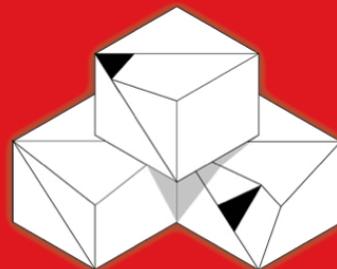


Diplomarbeit

Alles aus Zucker?

Metaphern in der Sprache von Typ-I-Diabetikern

Eine qualitative Forschungsarbeit – Jörg Klinger – 2013



Alles aus Zucker?

Metaphern in der Sprache von Typ-I-Diabetikern

Studiengang Soziale Arbeit

Diplomarbeit



Hochschule
Zittau/Görlitz

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Vorgelegt von: Jörg Klinger

Fachbereich: Sozialwesen

Matrikelnummer: 42 40 2

Gutachter: Prof. Dr. phil. Rudolf Schmitt

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Andreas Markert

© 2013

*„Der Gründliche.
Ein Forscher ich? Oh spart diess Wort! –
Ich bin nur schwer – so manche Pfund’!
Ich falle, falle immerfort
Und endlich auf den Grund!“*

Friedrich NIETZSCHE, *Die fröhliche Wissenschaft*

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Einleitung	VIII
Aktueller Forschungsstand	XI
Vorbemerkung zur eigenen Subjektivität	XIV
I. Theoretischer Rahmen	1
1. Diabetes mellitus	2
1.1. Kurze Vorbemerkung zu den Angaben von Werten und Zahlen	2
1.2. Begriffsbestimmung und Historie	3
1.3. Insulin	5
1.4. Diagnostik	6
1.5. Klassifikationen von Diabetes mellitus	8
1.6. Prävalenz von Diabetes	9
1.7. Pathogenese	11
1.7.1. Diabetes Typ-1	12
1.7.2. Diabetes Typ-2	16
1.8. Therapieziele und Formen bei Diabetes Typ-1	19
1.9. Komorbiditäten und Folgen	21
1.9.1. Physische Folgen	21
1.9.2. Psychische Folgen	24
1.10. Zusammenfassung	26
2. Bewältigung	27
2.1. Bewältigung	27
2.2. Krankheitsbewältigung	29



2.3.	Bewältigungsstrategie	32
2.4.	Bewältigungsressourcen	32
2.4.1.	Optimismus	34
2.4.2.	Kontrollüberzeugung	35
2.4.3.	Soziale Ressourcen	37
2.4.4.	Zusammenfassung der Ressourcen	38
2.5.	Bewältigung von Alltagsproblemen	39
2.5.1.	Allgemeines psychisches Anpassungssystem	39
2.5.2.	Situationspezifische Reaktionsformen	42
2.5.3.	Emotionale und evasive Reaktionen	46
2.6.	Anpassungsfähige Tätigkeiten von Coping	46
2.6.1.	Konzeptuelles Integrationsmodell	47
2.6.2.	Persönliche Ressourcen	47
2.6.3.	Gesundheitsbezogene Faktoren	48
2.6.4.	Sozialer und materieller Kontext	49
2.6.5.	Kognitive Bewertung und anpassungsfähige Tätigkeiten	49
2.6.6.	Bewältigungsfähigkeiten	52
2.6.7.	Gesundheitsbezogene Folgen	54
2.7.	Zusammenfassung	55
 II. Methodisches Vorgehen		57
 3. Wissenschaftliche Methodiken – Ein Kurzausschnitt		58
 4. Erhebungsmethode		62
4.1.	Nicht-reaktive Erhebung und Zugang zum Feld	62
4.2.	Datensampling	64
 5. Auswertungsmethode: Metaphernanalyse		68
5.1.	Was Metaphern sein können	68
5.2.	Die Alltäglichkeit von Metaphern	70
5.2.1.	Konzepte nach denen wir Leben	72
5.2.2.	Metaphorische Konzepte: Können beleuchten und verbergen	75
5.2.3.	Metaphernverständnis: Weiterentwicklungen	75
5.2.4.	Lakoff und Johnson: Kritische Auseinandersetzung	76
5.3.	Systematische Metaphernanalyse: Qualitative Forschung	77
5.3.1.	Begriffsdefinition von Metapher	78
5.3.2.	Vorgehensweise der Analyse	78



5.3.2.1.	Zielbereiche identifizieren	79
5.3.2.2.	Kontext- und Selbstreflexion	80
5.3.2.3.	Erhebung des Materials	81
5.3.2.4.	Systematische Analyse von Texten einer Gruppe . . .	81
6.	Forschungsethik: Verantwortung gegenüber ProbandInnen	86
III.	Forschungspraktischer Rahmen	89
7.	Darstellung der Ergebnisse	90
7.1.	Metaphern der Maschinen und Technik: Alles eine Einstellungssache .	92
7.2.	Metaphern des (Theater)Spiels: Vorhang auf	97
7.3.	Metaphern des Raums: Grenzen der Erkrankung	102
7.4.	Metaphern des Wegs: Diabetes, eine Reise	107
7.5.	Metaphern der Arbeit: Lebenslange Festanstellung	111
7.6.	Metaphern des Kriegs: Krieger und Opfer	114
7.7.	Metaphern der Sinne: Diabetes ist wahrnehmbar	118
7.8.	Metaphern des Zwangs: Vieles ist ein Muss	122
7.9.	Metaphern des Zyklus: Immer und immer wieder	125
7.10.	Metaphern des Gewichts: Diabetes ist schwer	128
7.11.	Metaphern der Personifikation: Freund und Feind	131
7.12.	Metaphern der Überwachung und Planung: Alles unter Kontrolle . . .	133
7.13.	Metaphern der Wirtschaft: Konjunktur des Blutzuckers	137
7.14.	Metaphern der Revolution: Widerstand ist zwecklos	140
8.	Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung	144
8.1.	Rückbezug zu den Ergebnissen: Metaphern von Diabetikern	144
8.1.1.	Fehlen metaphorischer Konzepte	147
8.1.2.	Konflikte metaphorischer Konzepte	149
8.2.	Rückbezug zu Bewältigungstheorien	150
8.3.	Rückbezug zum Forschungsstand	153
8.4.	Rückbezug zur sozialen Arbeit und praktischer Ansatz	154
8.5.	Grenzen der Analyse	155
8.6.	Ausblick für zukünftige Untersuchungen	156
9.	Gütekriterien der Forschung	158
9.1.	Intersubjektive Nachvollziehbarkeit	159
9.2.	Indikation des Forschungsprozesses	159
9.3.	Empirische Verankerung	160



9.4. Reflektierte Subjektivität	160
9.5. Vollständigkeit	160
9.5.1. Kohärenz	160
9.5.2. Implikationen der metaphorischen Konzepte	161
10. Selbstreflexion	162
Literaturverzeichnis	165
Danksagung	188
Eidesstattliche Erklärung	189
IV. Anhang	i
A. Auflistung aller erhobenen Texte für die Analyse	ii
B. Textbeispiele	vi
C. Auszug aus der Metapherntabelle	xv

Abkürzungsverzeichnis

ADA	American Diabetes Association	9
BMI	Body-mass-Index	11
CSSI	kontinuierliche subkutane Insulininfusion	20
DCCT	Diabetes Control and Complications Trial	22
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	18
EDIC	Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications	22
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell	10
GTT	Glukosetoleranztest	6
HbA_{1c}	adultes Hämoglobin	105
ICT	intensivierte konventionelle Insulintherapie	20
NTL	Neural Theory of Language	76
WHO	World Health Organisation	7

Abbildungsverzeichnis

1.1. Diagnose-Flusschemata von Diabetes	7
1.2. WHO–Diagnostik von Diabetes	8
2.1. Integrationsmodell	48
5.1. Konzeptuelle Metaphern	74
5.2. Festlegung der Zielbereiche für Metaphern	79
7.1. Legende	90
7.2. Metaphernlandkarte aller gefundenen Konzepte	91
7.3. Metaphern der Maschinen und Technik	92
7.4. Metaphern des (Theater)Spiels	97
7.5. Metaphern des Raums	102
7.6. Metaphern des Wegs	108
7.7. Metaphern des Kriegs	114
7.8. Metaphern der Sinne	118
7.9. Metaphern des Zwangs	122
7.10. Metaphern des Zyklus	125
7.11. Metaphern der Überwachung und Planung	134
7.12. Metaphern der Wirtschaft	137
7.13. Metaphern der Revolution	140
8.1. Quantitäten	145
8.2. Metaphernlandkarte: Passivität	146
8.3. Metaphernlandkarte: Gegenüberstellung	148
8.4. Metaphernlandkarte: Bewältigungsstrategien	151
8.5. Metaphernlandkarte: Bewältigungsressourcen	152

Tabellenverzeichnis

1.1. Vergleich Typ-1 und Typ-2-Diabetes	10
1.2. Ereignisverlauf	17
1.3. Blutzuckerwerte	20
2.1. Ziele der Krankheitsbewältigung	32
2.2. Mögliche Ressourcenklassifikation	33
4.1. Suchkriterien für Onlinetexte	66
7.1. Metaphern der Maschinen und Technik	96
7.2. Metaphern des (Theater)Spiels	101
7.3. Metaphern des Raums	107
7.4. Metaphern des Wegs	110
7.5. Metaphern der Arbeit	113
7.6. Metaphern des Kriegs	117
7.7. Metaphern der Sinne	121
7.8. Metaphern des Zwangs	124
7.9. Metaphern des Zyklus	127
7.10. Metaphern des Gewichts	130
7.11. Metaphern der Personifikation	133
7.12. Metaphern der Überwachung und Planung	136
7.13. Metaphern der Wirtschaft	139
7.14. Metaphern der Revolution	142

Einleitung

»All dances make a statement and begin with the question, What do I want to say in this dance? In much the same way, the qualitative researcher begins with a similar question: What do I want to know in this study?«

Valerie J. JANESICK (1994: 210)



DIABETIKERINNEN sind dick, dürfen keinen Sport treiben, haben eine Volkskrankheit und erkrankten, weil sie als Kinder zu viel naschten. Das sind oft vorgefasste Meinungen, mit denen die Erkrankung Diabetes mellitus assoziiert wird. Mythen und Fakten verlaufen manchmal parallel. Ein Fakt ist, dass Diabetes mellitus mit die häufigste Volkskrankheit auf der Welt ist (vgl. IDF 2011: 24). 371 Millionen Menschen sind weltweit erkrankt und bis zum Jahr 2030 wird die Zahl auf ca. 552 Millionen ansteigen. Im Jahr 2012 starben 4.8 Millionen Menschen an der Krankheit¹ (IDF 2012) und 50 % der Menschen (183 Millionen), die Diabetes haben, wissen es noch nicht. Eine düstere Prognose und ebenso für die Betroffenen, da nach Statistiken die Lebenserwartung geringer ist und Folgeschäden im Verlauf der Erkrankung entstehen können (vgl. IDF 2012: 18, 36).

Wie erleben PatientInnen ihre Welt mit Diabetes und wie bewältigen sie ihren Alltag? Von den Statistiken ausgehend, scheint die Krankheit Diabetes nicht aus Zucker zu sein. Mit Hilfe der systematischen Metaphernanalyse untersuchte ich qualitativ die subjektive Welt von Typ-1 DiabetikerInnen und vor allem ihre Sprache. Mit dieser Methode wollte ich Einblicke in das Denken und Handeln von Betroffenen gewinnen und Rückschlüsse zur Bewältigung ziehen. Dazu formulierte ich folgende Forschungsfrage:

¹ 2011 waren es noch 4.6 Millionen Menschen und 366 Millionen Erkrankte (vgl. IDF 2011: 23)



Welche metaphorischen Bilder entwickeln erwachsene Typ-1 DiabetikerInnen beim Umgang mit ihrer Krankheit im Alltag?

Aus dieser Frage lassen sich folgende Hauptbereiche herausarbeiten und den Untersuchungsgegenstand eingrenzen:

- Erwachsene Typ-1 DiabetikerInnen
- Diabetes
- Umgang (Bewältigung)
- Metaphern

Die Frage wurde so formuliert, dass sie ein entdeckendes und offenes Forschen ermöglichte. Sie stellte den Kernpunkt dieser Diplomarbeit dar, um die Theorie, Analyse und Auswertung zirkulierten. Diabetes und Bewältigung wurden im Verlauf der Forschung durch die Zielbereiche der systematischen Metaphernanalyse festgelegt, auf was die Texte – im Speziellen – untersucht wurden. Mir persönlich erschien es wichtig, Typ-1 DiabetikerInnen aus forschungspraktischen Gründen zu analysieren, denn oft wurden beide Diabetes-Typen zusammen untersucht (s. Kapitel „Aktueller Forschungsstand“). Es gibt viele Parallelen zwischen beiden Erkrankungen und gerade, die Entwicklungen in den letzten Jahren sind alarmierend, besonders was den Typ-2 Diabetes anbelangt (s. Kapitel „Diabetes mellitus“, S. 2).

Was LeserInnen erwartet: Eine Vorausschau

Die Arbeit ist in vier Hauptteile gegliedert. Auf den nächsten Seiten wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben und ein Einblick in meine eigene Subjektivität. Der I. Hauptteil bildet den theoretischen Rahmen, der Hintergrundwissen zu Diabetes gibt (Historie, Entstehung, Prävalenz) und aufklären soll zwischen Typ-1 und Typ-2 Diabetes, da diese beiden Typen oftmals als eine Erkrankung aufgefasst werden. Der zweite Theoriebereich gibt einen Überblick zu Bewältigungstheorien, wie Probleme und Krankheiten begegnet werden können und stellt zwei eigenständige Theorien vor, aus der Sicht des Alltags und aus der Sicht der Erkrankung.

Der II. Hauptteil befasst sich mit den verwendeten Forschungsmethoden (u. a. Erhebungs- und Auswertungsmethode) und bereitet den Weg zum III. und praktischen Hauptteil dieser Arbeit vor, der Forschung und deren Ergebnisse. Im Kapitel „Diskussion der



Einleitung

Ergebnisse und Zusammenfassung“ (S. 144) werden die Ergebnisse noch einmal gegenübergestellt und Rückschlüsse zu der gesamten Arbeit gezogen.

Im IV. Teil werden die Anhänge aufgelistet und können bei Bedarf genutzt werden.

Aktueller Forschungsstand

»Am Anfang der Frage steht die Suche nach der Antwort.«

Urs LAEUPPI



BISSHERIGE Forschungen über Diabetes beziehen sich vorrangig auf Kinder, Jugendliche und Familien. Zum Beispiel: DANTZERA ET AL. (2003), BROTMAN BAND (1990) und LANGE (2008), hier wurde dargestellt, wie Kinder und Jugendliche mit ihrer Krankheit umgehen und Familien auf die Diagnose von Diabetes reagieren. Oft wurden Komorbiditäten untersucht, wie Stress, Depression, Abhängigkeiten und Angst (PETRAK und HERPERTZ 2008; LUYCKX ET AL. 2010), die häufig mit Diabetes in Verbindung stehen (vgl. HAUNER 2011: 49), oder es wurden allgemein chronische Krankheiten und Bewältigungsstrategien erforscht (FITTING ET AL. 2006; PFEFFER 2010; SCHÜSSLER 1998; CORBIN und STRAUSS 2004).

Im englischen Sprachraum, konnten zusätzlich Studien zu Empowerment-Strategien gefunden werden (FUNNELL ET AL. 1991), dem PatientInnen-ÄrztInnen-Verhältnis und wie DiabetikerInnen besser geschult werden können (KUMAGAI ET AL. 2008; LOEWE und FREEMAN 2000).

Die aufgeführten Studien und Buchtitel sind teilweise qualitativ mit größerem Anteil jedoch quantitativ evaluiert worden. Zu dem Forschungsvorhaben dieser Arbeit gibt es bisher zwei Untersuchungen, die sich mit Metaphern von DiabetikerInnen befassen:

1. PATERSON, THORNE und DEWIS (1998): *Adapting to and Managing Diabetes* und
2. HUTTLINGER, KREFTING, DREVD AHL, TREE, BACA und BENALLY (1992): „*Doing Battle*“: *A Metaphorical Analysis of Diabetes Mellitus Among Navajo People*



Die Methodenbeschreibungen, Datengewinnungen, sowie der Analyse von Metaphern sind bei beiden Studien nicht offengelegt und eindeutig. Die Untersuchung von PATERSON ET AL. (1998) ist eine Meta-Analyse von bereits erhobenen Daten und konzentriert sich auf Diabetes-Typ-1, sowie Typ-2. Bei einer näheren Untersuchung dieser Studie, konnte festgestellt werden, dass die Metaphern unter einem völlig anderen Gesichtspunkt analysiert wurden. Dazu eine Beschreibung für die Methode, die in der Studie verwendet wurde:

Metaphor is a term that we develop in some detail. For now, it is important to know that when we talk about key metaphors of a study, we are referring to what others may call the themes, perspectives, organizers, and/or concepts revealed by qualitative studies. Further while we discuss criteria for adequate metaphors and the appropriate form of translations, we wish to be clear that, in the interpretive paradigm, any interpretation, metaphor, or translation is only one possible reading of that studied. Other investigations will have other readings.

(NOBLIT und HARE 1988: 14)

Das Metaphernverständnis hat folgernd nichts mit der vorliegenden Analyse gemeinsam. In der zweiten Studie von HUTTLINGER ET AL., wurden Navajo IndianerInnen untersucht, die vorrangig Diabetes-Typ-2 hatten. Außerdem wurde sich nur auf *markante* Metaphernbeispiele konzentriert (HUTTLINGER ET AL. 1992: 708 f.). Hierzu ein kurzer Auszug aus dem Artikel, mit einer knappen Fallbeschreibung (*brief case description*):

A 69-year-old Dine' went to the Indian Health Service clinic because of a large open sore on his left foot that had not responded to poultices made from local medical plants and over-the-counter medicine purchased from a local trading post. Because his foot was in the advanced stages of gangrene, he was admitted to the Indian Health Service Hospital, where his foot was amputated to the ankle and his condition was diagnosed as adult-onset diabetes (Type II diabetes). Two years later, the Dine referred to his amputated foot as a "wound" and the process of coping and dealing with diabetes as "doing battle." He stated that he knows that the wound that he had on his foot was related to the diabetes and that it is a struggle and "battle" to "fight" the disease.

HUTTLINGER ET AL. (1992: 709)



Die Wortbedeutung von „Struggle“² würde ebenso für Kampf stehen. Metaphern wurden bei beiden Analysen nicht nach Konzepten analysiert, wie es LAKOFF und JOHNSON ursprünglich entwickelten.

Andere Publikationen zu sprachlichen Bildern und Krankheiten befassten sich mit Metaphern in der medizinischen Sprache, der Sprache von Mediziner*innen, ärztlicher Praxis und Metaphern, die die Pflegenden verwendeten (BAUER 2006; SCHIEFER 2006; SCHACHTNER 1999; SCHMITT und BÖHNKE 2009). Krankheiten standen im Blickpunkt von metaphorischen Untersuchungen (BRUMLIK 2013). Vor allem Krebs- und Aidskrankungen wurden literarisch, sowie wissenschaftlich auf Metaphern untersucht (SONTAG 1978; SONTAG 1997; SCHMITT 2013).

THORNE ET AL. (2002) kritisierten vor allem, dass viele Veröffentlichungen von chronischen Erkrankungen und Metaphernanalysen sich nur auf spezielle Metaphern konzentrierten. Dies war ein Anlass mich der Herausforderung zu stellen und die Sprache von Typ-1-Diabetikern – mit Hilfe der systematischen Metaphernanalyse – zu untersuchen.

² „*noun*: a hard fight in which people try to obtain or achieve sth, especially sth that sb else does not want them to have“ (OXFORD DICTIONARY 2000: 1291)

Vorbemerkung zur eigenen Subjektivität

»Die Naturwissenschaft beschreibt und erklärt die Natur nicht einfach, so wie sie ›an sich‹ ist. Sie ist vielmehr ein Teil des Wechselspiels zwischen der Natur und uns selbst.«

Werner HEISENBERG



UBJEKTIVITÄT spielte in dieser Diplomarbeit eine wichtige Rolle, da ich selbst 1993 an Diabetes erkrankte. Es kann berechtigt die Frage formuliert werden, wie objektiv und unbefangen ich diese Arbeit verfassen konnte. Mit Hilfe verschiedener Methoden, die in diesem Kapitel beschrieben werden, stellte ich mich dieser Herausforderung.

In der qualitativen Sozialforschung wurden Ex-ante³ Hypothesen in Frage gestellt, mit der Begründung, dass das Wissen Wahrnehmung und Handeln beeinflusst (vgl. MEINEFELD 2010: 266). Damit sollte vermieden werden, dass sich der Forscher oder die Forscherin vorher auf bestimmte Aspekte festlegt und sich daraus resultierend Deutungsmuster bilden, aber nicht mit der zu untersuchenden Person übereinstimmen müssen (vgl. ebd.). In der qualitativen Methodologie wurde die vorgängige Formulierung von Hypothesen als Gefährdung für die entdeckende und offene Haltung des Forschers oder der Forscherin gegenüber der zu untersuchenden Personen gesehen (vgl. ebd.).

GLASER und STRAUSS argumentierten in ihrem Buch, *The Discovery of Grounded Theory*, dass mit Vorwissen oder Hypothesen kein passives Empfangen von Eindrücken möglich ist und der Forscher oder Forscherin aktiv Hypothesen generiert und diese im zu untersuchenden Feld zu bestätigen versucht (vgl. GLASER und STRAUSS 2006: 39). In der qualitativen Forschungsrichtung sollte daraus resultierend das Hauptziel sein, neue Theorien zu generieren und nicht zu überprüfen, wie

³ lat.: im Voraus (DUDEN – FREMDWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2001)



es in der quantitativen Forschung der Fall ist (vgl. MEINEFELD 2010: 268). Dieser geforderte Hypothesenverzicht der beiden Autoren forderte viele Diskussionen in qualitativer Forschung (vgl. ebd.). Bemerkenswert ist, dass Werner MEINFELD (1995) darauf hinweist, dass GLASER und STRAUSS (2006) nicht ganz ihren eigenen Aussagen folgten, die sie in den 60er Jahren aufstellten, sondern dass die Autoren bereits Erfahrungen in dem zu erforschendem Gebiet sammelten, die sie im Anhang von „*Awareness of Dying*“ schilderten.

Diese Erfahrungen, so MEINFELD (1995: 293) weiter, wurden nicht als Hypothesen erkannt und nicht weiter reflektiert. Einige Jahre nach der ursprünglichen Entwicklung der *Grounded Theory* im Jahre 1967, gingen GLASER und STRAUSS unterschiedliche Wege und vertraten verschiedene Auffassungen, was das Vorwissen von Forschenden anbelangt (vgl. MEY und MRUCK 2011: 31). Diese Auffassungen können auch als konträr angesehen werden. GLASER vertrat die Meinung, dass so gut wie kein Vorwissen vorhanden sein sollte und jede Literaturrecherche, die vor einer Untersuchung unternommen wird, als Zeitverschwendung gilt (vgl. ebd.). STRAUSS hingegen stand dem Vorwissen und Theoriewissen etwas liberaler gegenüber (vgl. ebd.: 32). Eventuell beschreibt dies das Dilemma zwischen Theorie, Praxis und persönlicher Ansicht, oder dass das persönliche Leben nicht von der Forschung ausgeschlossen werden kann und in einem Wechselspiel steht.

MEINEFELD führt weiter an, dass mit Vorwissen, was jeder Forscher oder Forscherin besitzt, lediglich ein Gerüst für eine Forschung vorhanden ist, nicht aber eine konkrete inhaltliche Ausprägung (MEINEFELD 2010: 272). Offenheit „wird also nicht durch den Verzicht auf eine Explizierung des Vorwissens gefördert, sondern durch eine bewußte Handhabung von Methoden, die eine »Abweichung« des Feldes vom Erwarteten erkennen und protokollieren lassen“ (MEINEFELD 2010: 273).

Dies wirft die Frage auf, denn Außenstehende bezeichnen oft qualitative Forschung in hohem Maße als unreliabel, da die Prozeduren und Datenerhebungen nicht identisch wiederholbar sind, und bei den Forschenden anders in Verlauf und Resultat sein können (vgl. BREUER ET AL. 2011: 427). BREUER ET AL. (2011) fordern aus diesem Grund „offensiv“ mit Subjektivitätsmerkmalen umzugehen, sie nicht zu verdrängen und zu ignorieren, sondern daraus Potential zu schöpfen (vgl. ebd.: 427 f.). Aus dem Grund, da „[ForscherInnen] oftmals nicht gewahr [sind], dass ihr Wahrnehmen und Denken von soziokulturellen Schemata, Stereotypen, Haltungen, von sozialisatorisch bedingten Relevanzen und Werthaltungen, von persönlichen Appetenzen und Vorlieben, ebenso wie von Aversionen, Vermeidensneigungen und Blindheiten mitbestimmt sind“ (BREUER ET AL. 2010: 117). Also kann formuliert werden, dass



ein gewisses *Gewahrsein* über die eigene und durchaus natürliche Subjektivität, der erste Schritt ist, damit zu arbeiten.

Lösungsansatz des Dilemmas

Resultierend aus dem vorher Genannten: Welche Methoden konnten mir beim Umgang mit meiner eigenen Subjektivität helfen?

Einen Ansatz bietet die *Reflexive Grounded Theory*, „die in Hochschulseminaren entwickelt wurde und sich dort bewährt hat und die bei der Anleitung eigenständiger studentischer Forschungsprojekte Anwendung findet“ (BREUER ET AL. 2010: 9). Folgende Bestandteile sind dafür kennzeichnend: der ethnographische Zugang, die *Grounded Theory-Methodik*, nach GLASER und STRAUSS und die Selbstreflexivität, der mein besonderes Interesse gilt. Diese Reflexivität besagt, dass die eigene Subjektivität Beachtung findet, sowohl des Forschenden selbst, als auch der Forschungsinteraktion. Sie „gilt nicht als Fehler und Makel im Forschungsprozess, vielmehr wird sie in Bezug auf ihre positiven Erkenntnismöglichkeiten umgewertet und genutzt“ (vgl. ebd.: 9). Um nicht in die Verlegenheit der Steuerung, Verzerrung und Lenkung bei face-to-face Interviews zu kommen, das heißt bei Probanden, die selber an Diabetes mellitus Typ-I erkrankt sind, wählte ich eine non-reaktive Erhebungsmethode. Diesen Vorgehen wird im Kapitel Erhebungsmethode (62) erläutert (vgl. BORTZ und DÖRING 2006: 325).

BREUER bietet in seinem Buch verschiedene Strategien an, welche mir als Vorlage dienen.

- Das Schreiben eines Forschungstagebuchs von Beginn des Forschungsprozesses an, indem alle für das Untersuchungsprojekt potenziell einschlägigen Gedanken, Assoziationen, Erlebnisse, Gefühlsregungen, Erfahrungen, Probleme, Überlegungen festgehalten werden.
- der kollegiale Austausch unter Koforschenden (gleicher methodologischer Orientierung) zu Erlebnissen im Forschungsprozess, zu einschlägigen Konzeptualisierungen und Deutungen etc. – etwa in Gestalt von Forscherteams, Forschungswerkstätten, Forschungskolloquien.

(BREUER ET AL. 2010: 128f.)

Im Forschungstagebuch wurden Transaktionen zwischen Thema und Kontext aufmerksam registriert und diese verschriftlicht, mit dem Ziel, die Einträge selbstreflexiv



zu analysieren. Dabei sollten diesem Werkzeug keine Grenzen gesetzt werden. Ideen, Tagesereignisse mit potentiellm Themenbezug, Träume, Erinnerungen aus der eigenen Lebensgeschichte und viele andere Thematiken, die sich auf die Forschungsarbeit beziehen, wurden darin notiert. Das Tagebuch ist als Arbeitsmaterial nur die ForscherInnen vorbehalten. Ferner kann es auch dazu dienen, sich früheren Gedankenvorgängen und Ideen zu Beginn der Forschung wieder bewusst zu machen, die sonst schnell vergessen werden. Die menschliche Erinnerung ist sehr flexibel, wenig zuverlässig und sich in ständiger Veränderung begreift, wie es BARTLETT in seinem klassischen Werk, *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*, beschreibt (vgl. BARTLETT 1995: 213f.). Das Tagebuch ist somit eine Gedächtnisstütze. Es half mir, bedeutende oder berührende Themen⁴ bewusst zu machen und eine Sensibilisierung zu erreichen.

Ein anderer Punkt, den BREUER erläutert, ist der Austausch in einem Kolloquium, wo Anregungen und Außenansichten gegeben werden können (vgl. ebd.: 134 f.). Dies wurde im angebotenen Diplomandenkolloquium umgesetzt.

In dieser Hinsicht, so abschließend BREUER,

ist die Aufgabe des Sozialwissenschaftlers bzw. der Sozialwissenschaftlerin eine selbst-/reflexive Hin- und Herbewegung gewissermaßen zwischen Person-Sein und Forscher-Sein, zwischen Sich-Einlassen und Distanz-Nehmen im Untersuchungszusammenhang: die Berücksichtigung und Einbeziehung der alltagsweltlichen Charakteristik der Forschungsinteraktion in der wissenschaftlich-methodisch angeleiteten und reflektierten Prozedur, das Aufsuchen interpersonaler Kontakt- und Beziehungsnähe zum Gegenstand einerseits – eine Dezentrierung und Reflexion nach methodischen Prinzipien andererseits.

(ebd.: 140)

⁴ Mit Fragestellungen, wie „Was löst das bei mir aus?“ oder „Inwieweit betrifft mich dieses Thema?“ (vgl. BREUER ET AL. 2010: 129 ff.).

Teil I.

Theoretischer Rahmen

1. Diabetes mellitus

»Sei nicht ganz Zucker, oder die Welt wird dich verschlucken! Sei nicht ganz Wermut, oder sie wird dich ausspucken!«

Iranisches Sprichwort



IN diesem Kapitel wird ein Überblick über die Erkrankung des Diabetes mellitus gegeben. Zum Vergleich werden am Anfang die bekanntesten Formen des Diabetes aufgeführt. Am Ende des Kapitels, wird vorrangig der Typ-1-Diabetes behandelt. Begriffsbestimmungen, Herkunft, Entdeckung, mögliche Entstehungsursachen, Komorbiditäten und allgemeine Auswirkungen der Krankheit auf Betroffene werden in diesem Kapitel betrachtet.

1.1. Kurze Vorbemerkung zu den Angaben von Werten und Zahlen

Es wird seit vielen Jahren darüber diskutiert, in welchen Maßeinheiten der Blutzucker angegeben wird. In den alten Bundesländern werden bevorzugt Blutzuckerwerte in mg/dl angegeben, in den neuen Bundesländern in mmol/l. Aus internationaler Perspektive ist mmol/l die weit verbreiterte Maßangabe, jedoch konnte bis jetzt weder für Deutschland noch international ein Konsens und sich auf eine Angabe geeinigt werden. Aus Gründen der Vereinfachung, gebe ich alle Werte – wenn nicht anders vorgegeben –, in mmol/l an⁵ (DIABETES RATGEBER 2005).

⁵ Vereinfachte Umrechnungsformel für Blutzuckerwerte:
mg/dl \div 18 = mmol/l
mmol/l \times 18 = mg/dl (DIABETES AUSTRIA 2012)



1.2. Begriffsbestimmung und Historie

In der Umgangssprache wird Diabetes mellitus als Zuckerkrankheit bezeichnet. Diese allgemeine Bezeichnung lässt sich aus der Herkunft der beiden Wörter herleiten. Diabetes entspringt dem Griechischen und bedeutet Harnruhr oder Durchfluss und mellitus stammt aus dem Lateinischen mit der Bedeutung honigsüß oder süß schmeckend. Diabetes mellitus bedeutet daher; „honigsüßer Durchfluss“ (vgl. DUDEN – FREMDWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2001; DUDEN – WÖRTERBUCH MEDIZINISCHER FACHAUSDRÜCKE 1998: 218).

Der Begriff Diabetes mellitus beschreibt ein Stoffwechselsyndrom, bei dem durch absoluten oder relativen Insulinmangel vorrangig der Kohlenhydrat-, Fett- und Eiweißstoffwechsel gestört ist. Durch die chronische Hyperglykämie⁶ kann es zu bedingten Störungen verschiedener anderer Stoffwechselprozesse, sowie nachfolgenden Spätkomplikationen und Ausfällen in Organen kommen. Anfängliche Symptome bei Diabetes Typ-1 können Durst, Polyurie, verschwommene Sicht und Gewichtsverlust sein. In schlimmsten Fällen kann es zu einer Ketoazidose⁷, stupor und Koma kommen und bei Nichtbehandlung zum Tod. Diabetes mellitus kann durch „genetische Prädisposition, Toxine, Infektionen und kontrainsuläre Hormone“ manifestiert werden (PSCHYREMBEL 2007: 420). Nicht außer Acht zu lassen sind exogene Faktoren, die im Laufe dieses Kapitels erwähnt werden (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 5; WHO 1999: 2).

Für einen Überblick der Geschichte des Diabetes gibt Uwe BOTT in seinem Buch, *Psychosoziale Aspekte der Krankheitsbewältigung und ihre Beziehung zum Therapieerfolg*, eine sehr gute Übersicht.

Papyrus-Schriften um ca. 1500 v. Chr., die nach dem Ägyptologen Georg Ebers benannt wurden, enthalten u. a. Beschreibungen einer Erkrankung, die mit übermäßigem Harnfluss assoziiert und somit dem Diabetes sehr ähnlich ist (vgl. MacFarlane, 1991). [...] Aretaios (81 - 138 n. Chr.) gab die erste differenzierte Beschreibung der Symptome des Diabetes wie großer Harndrang, starker Durst oder Brand in den Eingeweiden.

Hinweise auf die Süßlichkeit des Harns der Patienten ergaben sich zwar zwischen dem 2. und 6. Jahrhundert n. Chr. in der indischen und chinesischen Medizin, blieben aber für die westeuropäische Medizin ohne Bedeutung (vgl. Engelhardt, 1989). 1674 war es Thomas Willis, der die „honigähnliche“ Süße

⁶ „erhöhter Zuckergehalt des Blutes“ (vgl. DUDEN – WÖRTERBUCH MEDIZINISCHER FACHAUSDRÜCKE 1998: 356)

⁷ Bildung von Ketonen (DUDEN – WÖRTERBUCH MEDIZINISCHER FACHAUSDRÜCKE 1998: 406)



1. *Diabetes mellitus*

des diabetischen Harns aufgriff, was später zu dem Zusatz „mellitus“ (honig-süß) führte. Willis war es auch, der zu seiner Zeit eine Zunahme des Diabetes – im Sinne einer Zivilisationserkrankung – beobachtete. Entsprechende Zusammenhänge konnte auch Apollinaire Bouchardat (1875) während der Belagerung von Paris 1871 beobachten: Die Einwohner mussten hungern, aber seinen Patienten (übergewichtigen Typ-II-Diabetikern) ging es plötzlich besser.

In der experimentellen Periode im 19. Jahrhundert gab es rasch anwachsende Erkenntnisgewinne. Claude Bernard (1813–78) entdeckte, dass der im Harn auftretende Zucker in der Leber in Form von Glykogen gespeichert ist und belegte in Tierexperimenten, dass das zentrale Nervensystem an der Kontrolle der Blutglukosekonzentration beteiligt ist (vgl. MacFarlane, 1991). Minkowski und von Mering waren es, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Rolle der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) für die Blutzuckerkontrolle entdeckten. Nach Entfernung des Pankreas bei Hunden zeigten diese die typischen Symptome eines schweren Diabetes. Paul Langerhans entdeckte im Rahmen seiner Dissertation in Berlin 1869 ein bestimmtes Muster an Zellen in der Bauchspeicheldrüse, die, wie sich später herausstellte, das blutzuckersenkende Hormon „Insulin“ produzieren. Diese Zellen werden die Langerhans' Inseln genannt. Der Deutsche Georg Ludwig Zuelzer untersuchte 1906 die Wirkung von Extrakten tierischer Bauchspeicheldrüsen bei Diabetespatienten, allerdings mit wechselhaftem Erfolg (vgl. Hazlett, 1991).

1921 begann das Forscherteam Banting, Best, MacLeod und Collip in Toronto tierische Bauchspeicheldrüsenextrakte an diabetischen Hunden zu erforschen. Im Januar 1922 wurde dem 12jährigen Leonard Thompson, der aufgrund seines Diabetes dem Tode geweiht war, ein Extrakt aus der Bauchspeicheldrüse eines Rindes injiziert, das aber den Blutzucker nur unwesentlich senken konnte. Collip gelang es, durch verbesserte Reinigungsverfahren die Wirkung dieser Extrakte zu erhöhen, so dass die diabetesspezifischen Symptome beseitigt werden konnten (vgl. Hazlett, 1991). Damit war der Durchbruch geschafft. 1923 erhielt dieses Forscherteam den Nobelpreis. Die Herstellung des Insulins wurde u. a. mit Hilfe der Firma Eli Lilly & Co soweit professionalisiert, dass bereits im Oktober 1923 dieser Wirkstoff in Nordamerika und Europa weit verbreitet war (Bliss, 1991).

Vor der Entdeckung des Insulins 1922 gab es keine adäquate Therapie für insulinbedürftige Patienten. Allen (vgl. Bliss, 1991) propagierte eine strenge Diät, die einer systematischen Unterernährung gleichkam. *Dadurch konnten einige Patienten zwei bis drei Jahre überleben, bevor sie entweder aufgrund des Diabetes oder der Unterernährung verstarben.*

(BOTT 1996: 9 f., Betonung hinzugefügt, JK)



Vor der Entdeckung des Insulins von BANTING, BEST, MCLEOD und COLLIP, im Jahre 1922, war die Lebenserwartung von Patienten sehr gering. Die Therapieformen und technischen Hilfsmittel besserten sich in den letzten Jahren sehr. In den 40er Jahren wurden Nadeln und Spritzen selbstständig sterilisiert und geschärft. Bringen heutige Standards den PatientInnen riesige Verbesserungen, wie Wegwerfspritzen, Pens, Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte und verschiedenste Insulinformen. Sie gestalten heutzutage eine verhältnismäßig einfache Therapie von DiabetikerInnen (vgl. BERNSTEIN 2007: XII).

1.3. Insulin

Was ist Insulin und welche Funktionen übernimmt es? Wie von Uwe BOTT erwähnt, war 1869 Paul Langerhans der Entdecker des Insulins und reguliert die Blutzuckerkonzentration. Insulin ist ein Proteohormon, das in dem Pankreas gebildet wird (PSCHYREMBEL 2007: 918). Die Bauchspeicheldrüse, ist eine ca. 15–20 cm lange Drüse und besteht aus exokrinen und endokrinen Zellpopulationen. Die exokrinen Zellen produzieren Enzyme für den Verdauungssaft und die endokrinen Zellen Insulin (vgl. ebd.: 1424; HÜRTER ET AL. 2007: 57). Das Pankreas verfügt über ca. 10^6 Inseln. In diesen Inseln unterscheidet man zwei Haupttypen, den der α und β Zellen. Erstere stellen Glukagon zur Verfügung, zweitere das Insulin. Beide Zellarten sind Antagonisten, Glukagon lässt den Blutzucker ansteigen, Insulin senkt ihn (vgl. HÜRTER ET AL. 2007: 57). Insulin

stimuliert die Aufnahme von Glukose, Fettsäuren und Aminosäuren in die Zellen. Es erhöht die Aktivität bzw. Expression von Enzymen, die die Synthese von Glykogen, Lipiden und Proteinen katalysieren, während es die Aktivität bzw. Expression der Enzyme hemmt, die für deren Abbau zuständig sind.

(HÜRTER ET AL. 2007: 66)

HÜRTER ET AL. weiter:

[Insulin] kontrolliert die Glukosehomöostase, indem es die Glukoseaufnahme und Glykolyse in Muskulatur und Fettgewebe fördert und die Glukoneogenese und Glykogenolyse in der Leber hemmt. Insulin ist damit der wichtigste Regulator des Gleichgewichts zwischen Glukoseabsorption im Darm, Glukoseproduktion in der Leber und Glukoseaufnahme und Abbau in den peripheren Geweben“

(ebd.).



In einer in-vivo-Untersuchung an Mäusen aus dem Jahre 2011, von KÖNNER ET AL., wurde herausgefunden, dass das Insulin nicht nur als Signalgeber für den Hypothalamus⁸ verantwortlich ist, sondern es auch die Dopamin-produzierenden Zellen im Mittelhirn beeinflusst. Das heißt bei Mäusen wurden die Insulin-Rezeptoren in den Dopamin-produzierenden Zellen deaktiviert, mit dem Resultat, dass sie gefräßiger wurden. Eine erhöhte Gewichtszunahme wurde festgestellt und dass das Hormon einen Einfluss auf das Belohnungssystem nimmt (vgl. BRÜNING und KÖNNER 2011: 1 f.). Somit nimmt Insulin noch eine andere wichtige Funktion ein.

1.4. Diagnostik

Um Diabetes diagnostizieren zu können, ist der Nüchternblutzucker, der nicht $\geq 7,0$ mmol/l sein sollte, der wichtigste Parameter (vgl. MUTSCHLER ET AL. 2001: 405; BOTT 1996: 1). Ein erweitertes Testverfahren ist der Glukosetoleranztest (GTT), er unterscheidet sich in orale oder intravenöse Verabreichung von Glukose. Bei dem oralen-GTT werden die ProbandInnen gebeten, die letzte Mahlzeit vor 12 Stunden eingenommen zu haben und sich am vorhergehenden Tag mit ~ 150 g Kohlenhydraten zu ernähren. Am nächsten Morgen wird den nüchternen ProbandInnen 75 g Glukose verabreicht und nach 2 Stunden der Blutzucker gemessen. Im Messzeitraum sollte keine Arbeit und Bettruhe vorgenommen werden. Diabetes gilt dann als diagnostiziert, wenn der Blutzuckerwert innerhalb dieser 2 Stunden ≥ 11.1 mmol/l ist. Bei dem Diagnoseverfahren gibt es verschiedene Ausschlusskriterien zu beachten, wie zum Beispiel Morbus Crohn und Leberfunktionsstörungen, wo der GTT als nicht indiziert gilt. Der orale GTT kann falsch-negativ sein, wenn eine Reduktionsdiät und körperlichen Arbeit vor dem Test an sich, falsch-positiv hingegen, wenn Bettruhe gehalten oder eine längere Fastenperiode während der Diagnostik durchgeführt wurde (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 4 ff.).

Eine andere Methoden um Diabetes zu diagnostizieren, ist die Messung von Glukose im Urin. Dies ist bildet den Rückschluss auf die Herkunft des Namens Diabetes mellitus – des „honigsüßen Durchflusses“. Dort wird die Nierenschwelle⁹ überschritten, sowie die Messungen der Sekretionskapazität von Proinsulin, Insulin und C-Peptid¹⁰, Mikroalbuminurie, Fructosamin und des adulten Hämoglobins (HbA_{1c}). Dieser Wert

⁸ Verantwortlich für das vegetative Nervensystem und reguliert u. a. , die Nahrungsaufnahme (Hunger und Sättigungsgefühl) (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 877).

⁹ „Maximale Rückresorptionskapazität der Niere für eine Substanz (Glukose), bei der das Transportmaximum überschritten wird und die Substanz im Endharn nachweisbar ist (für Glukose bei 10mmoll)“ (PSCHYREMBEL 2007: 1348).

¹⁰ Feststellung, wie viel Insulin das Pankreas noch produziert (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 7).



1. Diabetes mellitus

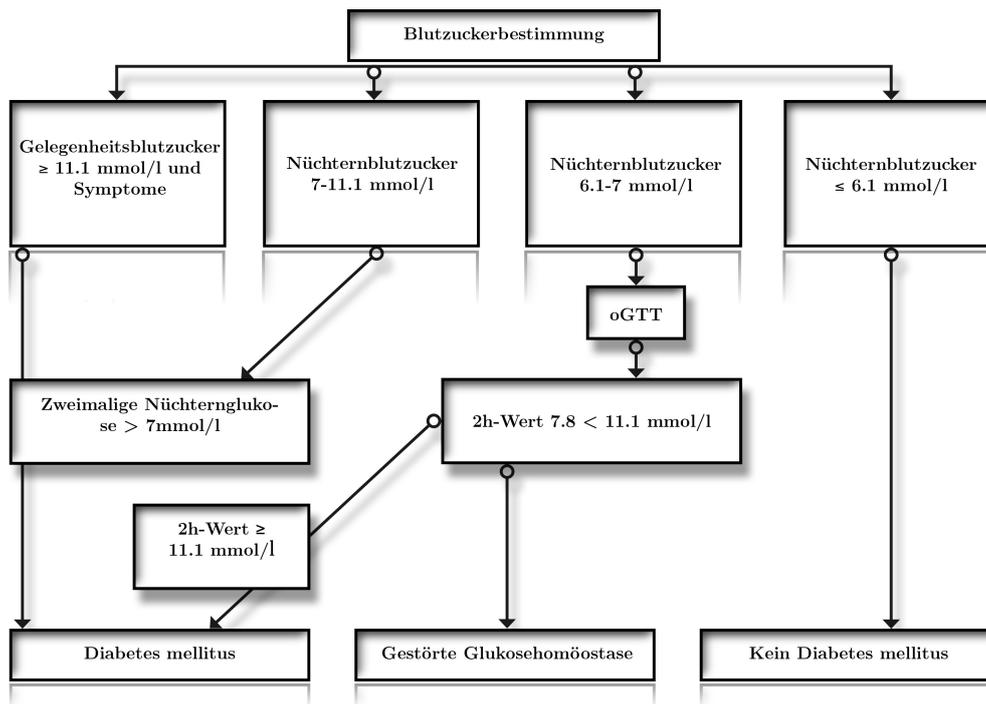


Abbildung 1.1.: Diagnostischer Weg von Diabetes nach MATTHAEI ET AL. (2007: 452)

wird auch als Blutzuckergedächtnis bezeichnet, weil er die Anteile des Zuckers im Blut über die letzten 6–8 Wochen wiedergibt und die Blutzuckereinstellung spiegelt. In Amerika wird seit 2009 der HbA_{1c}-Test den GTT und Nüchternblutzuckerwerten vorgezogen. Das kann kritisiert werden, denn dieses Testverfahren erfasst $\frac{1}{3}$ weniger von nicht diagnostizierten DiabetikerInnen und wichtigen pathophysiologischen Abweichungen, die auf ein Diabetes hinweisen (vgl. BONORA und TUOMILEHTO 2011: 187 ff.; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION 2012: 11).

1999 wies die World Health Organisation (WHO) bereits darauf hin, dass bei ProbandInnen, bei denen das Krankheitsbild asymptomatisch verlaufen und keine der oben beschriebenen Merkmale vorliegen (Durst, Polyurie etc.), die Diagnose nicht auf der Tatsache eines abnormalen Blutzuckerwertes gestellt werden sollte (vgl. WHO 1999: 5). Bei Zweifelsfällen sollte zusätzlich der GTT hinzugezogen werden, worauf BONORA und TUOMILEHTO zusätzlich aufmerksam machten, die Vor- und Nachteile des HbA_{1c}-Tests in Amerika beschrieben (vgl. WHO 1985: 10; BONORA und TUOMILEHTO 2011). In den Abbildungen 1.2 und 1.1 kann eingesehen werden, wie in Deutschland ein Ausschlussverfahren im Zweifelsfall gehandhabt wird, und ab welchen Blutglukosewerten die Krankheit als wahrscheinlich bis unwahrscheinlich gilt.

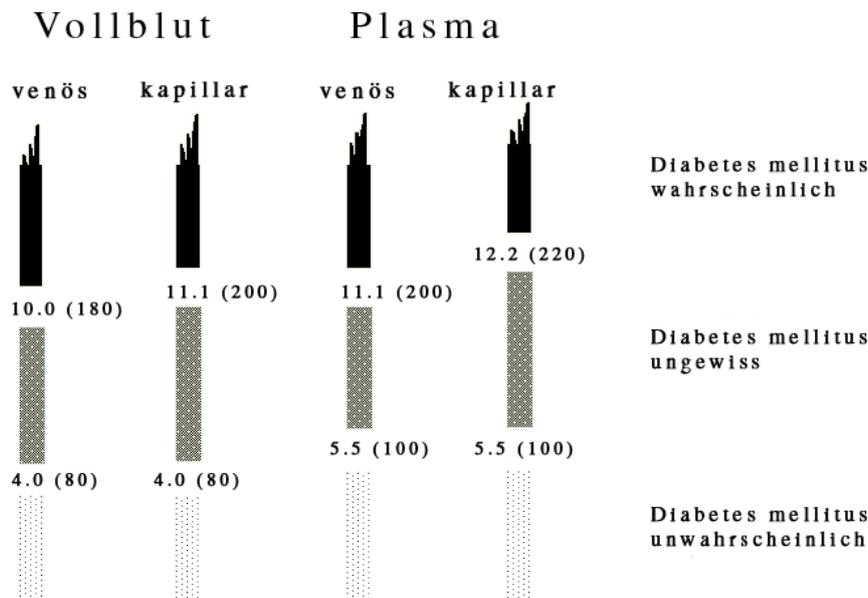


Abbildung 1.2.: Nicht standardisierte (beiläufige, zufällige) Blutzuckerwerte in der Diagnostik von Diabetes in mmol/l (mg/dL). Entnommen aus dem WHO (1985: 11) Forschungsgruppenbericht. Übersetzung, JK

1.5. Klassifikationen von Diabetes mellitus

Es werden bei Diabetes mellitus zwei Haupttypen unterschieden, den des Typ-1 und des Typ-2. Dabei gibt es zusätzlich unterschiedliche Subtypen, die nur beiläufig erwähnt werden.

Typ-1-Diabetes ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, welche mit einem stufenweisen fortschreitenden Insulinmangel verläuft, bis der Körper überhaupt kein Insulin mehr für den Stoffwechsel endogen zur Verfügung stellen kann. Wie eingangs formuliert, kommt es in diesem Fall zur chronischen Hyperglykämie, welche bei Nichtbehandlung lebensbedrohlich wird. An Typ-1, oder juvenilen Diabetes, erkranken vorrangig Kinder und Jugendliche, in einem Alter von 0–14 Jahren. Die Erkrankung kann ebenso im Erwachsenenalter erfolgen¹¹. Insulinmangel wird durch die Zerstörung der β -Zellen bedingt, bei Typ-1A immunologisch und bei Typ-1B idiopathisch. Die Pathogenese und mögliche andere Ursachen werden eingehender im Kapitel 1.7 behandelt (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 421, HOLTERUS ET AL. 2009: 12, HIEN und BÖHM 2007: 11).

Typ-2-Diabetes ist die häufigste Form und tritt überwiegend im Erwachsenenalter, mit den Eigenschaften der Insulinresistenz und Hyperinsulinämie, auf (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 421).

¹¹ dazu zählt LADA (latent autoimmune diabetes in adults) (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 421).



1. *Diabetes mellitus*

Eine [Blutzucker]-Entgleisung wird viele Jahre bis Jahrzehnte durch eine kompensatorisch überhöhte späte Insulinantwort mit daraus resultierender Hyperinsulinämie verhindert. Irgendwann kann diese Insulinresistenz durch vermehrte Insulinbildung nicht mehr ausgeglichen werden. Im Rahmen des metabolischen Syndroms [...] steigen die Blutzuckerwerte an, und es entwickelt sich die pathologische Glukosetoleranz. Es demaskiert sich ein Typ 2-Diabetes, sobald die Insulinproduktion nicht mehr ausreicht, um den Blutzuckerspiegel ausreichend zu senken. Um ein Mehrfaches erhöhte Insulinspiegel, sowohl nüchtern als auch bei Glukosebelastung, können die Insulinresistenz nicht mehr überwinden. Der Blutzuckerspiegel steigt, und die kompensatorische Insulinsekretion bleibt über viele Jahre auf maximal möglichem Niveau. Damit nimmt die Insulinresistenz auch weiter zu. [...] Letztendlich »brennen« die β -Zellen aus; nach neueren Untersuchungen fördern erhöhter Blutzucker in Verbindung mit Störungen im Fettsäurenstoffwechsel den programmierten Zelltod (Apoptose) der β -Zellen und führen somit zum Insulinmangel, der Patient braucht zur Therapie exogen zugeführtes Insulin.

(HIEN und BÖHM 2007: 23)

In der Tabelle 1.1 werden beide Typen gegenübergestellt und die wichtigsten Merkmale aufgeführt.

Die American Diabetes Association (ADA) unterteilt folgende weitere Formen des Diabetes:

- Andere spezifische Typen (genetische Defekte der Insulinwirkung, Erkrankung der exokrinen Pankreas)
- Andere genetische Syndrome
- Gestationsdiabetes (GDM; Schwangerschaftsdiabetes)
- Gestörte Glukosetoleranz („impaired glucose tolerance“; IGT)
- Abnorme Nüchternglukose („impaired fasting glucose“; IFG)

(DÖRFLER und HASLBECK 2008: 465)

1.6. Prävalenz von Diabetes

In der Einleitung wurden erste Zahlen genannt über die Betroffenenzahlen von Diabetes. Es ist eine Epidemie und ein Scheitelpunkt ist noch nicht abzusehen (IDF

1. *Diabetes mellitus*

Parameter	Diabetes mellitus Typ-1	Diabetes mellitus Typ-2
Manifestationsalter	meist Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	meist mittleres bis höheres Alter
Auftreten/Beginn	akut bis subakut	meist schleichend
Symptome	häufig typische Symptome	häufig keine Beschwerden
Körpergewicht	meist norm- oder untergewichtig	meist übergewichtig
Ketoseneignung	ausgeprägt	fehlend oder gering
Insulinsekretion	vermindert bis fehlend	hoch, normal oder niedrig
Insulinresistenz	keine (oder nur gering)	ausgeprägt
Familiäre Häufung	gering	typisch
Konkordanz bei ein-eiigen Zwillingen	30–50 %	Weit über 50 %
Erbgang	multifaktoriell (polygen)	multifaktoriell (polygen?, genetische Heterogenie möglich)
HLA-Assoziation	vorhanden	nicht vorhanden
Diabetesassoziierte Antikörper	ca. 90–95 % bei Manifestation (GAD, IA-2, IAA, ICA)	fehlen
Stoffwechsel	labil	stabil
Ansprechen auf β -zytrotrope Pharmaka	meist fehlend	zunächst meist gut
Insulintherapie	erforderlich	meist erst im Verlauf der Erkrankung notwendig

Tabelle 1.1.: Vergleich Typ-1 und Typ-2-Diabetes (nach DÖRFLER und HASLBECK 2008: 466)

2011). Insgesamt sind 7 Millionen Menschen in Deutschland (8,9% der Gesamtbevölkerung) an Diabetes mellitus erkrankt (vgl. HAUNER 2011: 8). Die häufigste Form ist der sogenannte Alterszucker, wo von einer Prävalenz von ca. 90% der 7 Millionen Menschen ausgegangen wird. Der Name des Alterszucker ist nicht mehr zutreffend, da immer mehr adipöse Kinder und Jugendliche an Typ-2-Diabetes erkranken.

In einer Untersuchung von 520 adipösen Kindern und Jugendlichen, wurde bei 8 (1,5%) ProbandInnen im Alter zwischen 9 und 20 Jahren Diabetes-Typ-2 diagnostiziert (vgl. WABITSCH ET AL. 2004: 8 f.). Aktuellere Zahlen werden von der Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Studie des Robert Koch Institut für das Jahr 2013 erwartet, da zu diesem Zeitpunkt die Erhebung stattfindet. Das Vorkom-



1. *Diabetes mellitus*

men von Typ-1-DiabetikerInnen, wird mit ca. 5–10 % der 7 Millionen Betroffenen bemessen (vgl. HAUNER 2011: 8).

Es wird von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgegangen. Die sogenannte „Augsburgstudie“ gab darüber Aufklärung. Es ist eine Untersuchung, die im Jahr 1999 im Raum von Augsburg durchgeführt wurde und eine der ersten dieser Art war, um die Prävalenz von Diabetes festzustellen (vgl. RATHMANN ET AL. 2003: 182–187).

The total study sample involved 6640 subjects with 2656 aged 55 years or over. After an intensive media campaign in the region, all subjects in the age-group 55 to 74 years without known diabetes were invited to participate in the OGTT study and informed consent was obtained from the participants. The study was performed from October 1999 to April 2001 in the KORA study centre (city of Augsburg) and 11 local study centres in the communities. All subjects who refused to take part were asked for a short structured telephone interview to obtain information on their medical conditions (including known diabetes and obesity).

(ebd.: 183)

In dieser Untersuchung wurde der orale GTT erfolgreich bei 1353 ProbandInnen durchgeführt, ohne Einbeziehung derer, bei denen bereits Diabetes diagnostiziert wurde. Bei ungefähr 17 % lag Diabetes vor, bei 23 % wurden andere Formen von Glukoseintolleranz nachgewiesen. Diese Ergebnisse überstiegen die Erwartungen. Es wird vermutet, dass ca. 1.5 Millionen Menschen innerhalb Deutschland **nicht diagnostizierten Diabetes** haben und weitere 3 Millionen an Glukoseintolleranz leiden und sich Diabetes-Typ-2 entwickeln kann. Angemerkt sei, dass es sich dabei um eine spezifische Altersgruppe handelt und jüngere Altersgruppen, die vorrangig einen erhöhten Body-mass-Index (BMI) haben, nicht berücksichtigt wurden und die Dunkelziffer höher liegen kann (vgl. ebd.: 187 f.). Die IDF geht von 1.8 Millionen Menschen aus, in der Altersklasse 20–79 Jahre und bei einem weltweiten Vergleich, dass bei 50 % der Erkrankten, Diabetes noch nicht diagnostiziert wurde (vgl. IDF 2011: 117; IDF 2012).

1.7. Pathogenese

Auf den nächsten Seiten möchte ich mögliche Ursachen für die Entstehung beider Diabetes Typen besprechen



1.7.1. Diabetes Typ-1

Über Faktoren, die den juvenilen Diabetes und die Zerstörung der β -Zellen hervorrufen können, kann vorerst nur spekuliert werden, dennoch gibt es mögliche Auslöseereignisse, die die Autoimmunreaktion hervorrufen. Dazu können Virusinfektionen, wie Masern, Mumps und Röteln gehören oder der Einsatz von Immunstimulatoren und -mediatoren. Eine kurze Stillzeit (unter 3 Monaten), ein hoher sozialer Status und gute hygienische Verhältnisse sind in diesem Zusammenhang zu betrachten (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 17). Letzteres wurde vermutet, da bei einer Untersuchung nicht adipöse diabetische Mäuse in einer hygienisch sauberen Umgebung häufiger erkrankten, wogegen die mit verschiedenen Bakterien und Viren infizierten Versuchsobjekte gegen Diabetes geschützt waren (vgl. BACH 2005: 78).

Die genetische Disposition (s. zusätzlich Tab. 1.1), wie sie in Zwillingsforschungen durchgeführt wurde, deutet auf einen Zusammenhang der HLA-assozierten¹² Veranlagung mit einer schwachen Penetranz¹³ hin (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 17). HIEN und BÖHM bemerken weiter, dass

offenbar [...] sich ändernde Umweltbedingungen bei entsprechend prädisponierten Personen immer häufiger zum Ausbruch der Erkrankung [führen]. Dieses Phänomen würde die weltweit stetig steigende Inzidenz der Erkrankung erklären.

(HIEN und BÖHM 2007: 17)

Diese Inzidenz beläuft sich in Deutschland auf ca. 18 % pro 100.000 Einwohner in einem Alter von 0–14 Jahren (vgl. IDF 2011: 101). Der jährliche Inzidenzanstieg beträgt 3,9 % und soll sich bis zum Jahre 2020 bei unter 5-Jährigen weltweit verdoppeln (vgl. HAUNER 2011: 11). Warum es zu einem hohen Anstieg kam und dieser gradiert, wird teilweise nicht eindeutig eruiert und findet vorrangig, wie bei HIEN und BÖHM, eine Allgemeinerklärung. Die genetische Disposition allein (u. a. die HLA-Assoziation), scheint aber auch keine ausreichende Antwort zu liefern, der Anstieg verläuft zu rasch, um das auf die Veränderungen des Genpools der Bevölkerung zurückzuführen (PENG und HAGOPIAN 2006: 149). In manchen Regionen der Welt gab es einen 500-fachen Anstieg (vgl. ebd.). Es wird vermutet, je zur Hälfte die Genetik und auf der anderen Seite Umweltfaktoren dafür verantwortlich sind (vgl.

¹² Englisch für **human leucocyte antigen**; Histokompatibilitätsantigen. Diese kommen auf der Oberfläche fast aller Zellen vor und haben für die Immunabwehr eine zentrale Bedeutung, d.h. das der Körper sich selber angreift (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 825).

¹³ (prozentuale) Häufigkeit, mit der ein Erbfaktor bei Individuen gleichen Erbguts im äußeren Erscheinungsbild wirksam wird (DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006)



1. *Diabetes mellitus*

ebd). Wenn der Querschnitt verschiedener Studien und Metaanalysen betrachtet wird, gab es einen signifikanten Anstieg ca. in der Mitte des letzten Jahrhunderts (vgl. ONKAMO ET AL. 1999: 1399; GALE 2002: 3356; VEHIK ET AL. 2007).

Was hat sich in der Umwelt geändert, damit es zu einem Anstieg kam und sich fortgesetzt?

Sarah HOWARD, selbst Diabetikerin, hat sich viele Jahren diesem Thema gewidmet und Entstehungsursachen kontrovers diskutiert. Wichtig ist es, Dinge kritisch zu hinterfragen. Dies sehe ich als möglichen Ansatz zur Krankheitsvorbeugung. In einer Publikation führt sie an, dass eventuell die Zunahme von Umweltchemie, zum Beispiel von N-Nitroso-, Nitrat- und Nitritverbindungen¹⁴, Luftverschmutzung, organischen Schadstoffen in Verbindung mit Typ-1-Diabetes gebracht werden kann (vgl. HOWARD und LEE 2011: 1). Der Einsatz von chemischen Mitteln in Industrienationen begann nach Ende des Zweiten Weltkrieges (vgl. ebd.). Ab diesem Zeitpunkt wird eine Zunahme des Diabetes-Typ-1, aber auch anderer Immunreaktionen verzeichnet. HOWARD berichtet weiter, dass es kritische Zeitfenster gibt, wo das Immunsystem von Kindern, sogar Säuglingen, Anfälligkeiten für chemische Umwelteinflüsse aufweist, in deren späteren Verlauf die Krankheit auftreten kann (vgl. ebd.: 2).

Ich nannte bereits HIEN und BÖHM, welche den Einfluss der Stilldauer auf die Krankheitsentstehung ansprachen. Daten aus retrospektiven Studien in Schweden und Litauen besagen, dass eine Stilldauer von mehr als 5 Monaten einen Schutzfaktor gegen Diabetes mellitus Typ-1 darstellt (vgl. SADAUSKAIT-KUEHNE ET AL. 2004: 150). Die frühe Einführung von Kuhmilch in den Nahrungsprozess des Babys führt hingegen zu Diabetes (vgl. KARJALAINEN ET AL. 1992: 302). Dies wird seit Jahren kontrovers diskutiert (vgl. STALVEY und SCHATZ 2008: 185). Eine aktuellere Studie der internationalen TRIGR-Forschungsgruppe¹⁵ hingegen, unternahm eine Doppel-blind-Untersuchung in 15 Finnländischen Krankenhäusern.

Infants were randomly assigned after birth to receive either the intervention formula or a control formula whenever breast milk was not available. The intervention formula was an extensively hydrolyzed casein-based formula (Nu-

¹⁴ **N-Nitroso:** Diese Verbindungen kommen zum Beispiel in Tabakrauch, verschiedenen Kosmetik und Nahrungsmitteln vor.

Nitrat/Nitrit: Kommt zum Beispiel in bestimmten stickstoffhaltigen Düngemitteln, pflanzlichen Nahrungsmitteln vor. Nitrate können sich in Nitrite umwandeln, bei zu langer Aufbewahrung von Lebensmitteln an der Luft (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 1351 f.).

¹⁵ Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk (KNIP ET AL. 2010)



1. *Diabetes mellitus*

tramigen, Mead Johnson Nutrition¹⁶); the control formula, which was produced specifically for this study, was composed of 80 % intact milk protein (Enfamil) and 20 % hydrolyzed milk protein and was formulated so that the taste and smell would be indistinguishable from those of the intervention formula. Study formulas were prepared and coded with the use of four colors by Mead Johnson Nutrition, which held the codes. Newborn infants requiring supplemental feeding before randomization (e.g., infants born at night or on weekends) received banked breast milk or Nutramigen. The codes, which were broken, as specified by the protocol, when the youngest child in the study completed the intervention, revealed that 113 infants had been randomly assigned to the casein hydrolysate group and 117 to the control group. There were no differences in the distribution of HLA genotypes or of affected family members between the two groups [...]

Breast-feeding was practiced at the discretion of the participating mothers, and maternal diets were unmodified. *Breast-feeding was encouraged and exceeded national averages in both study groups. The dietary intervention period lasted until the infant was at least 6 months of age.* If the mother chose to breast-feed exclusively until the child was 6 months of age, the opportunity to use the study formula was extended for 2 months, until the child was 8 months of age. Parents were told not to feed the children any commercial baby foods and other foods containing bovine protein during the intervention period. Adherence to the protocol was monitored by means of regular family interviews and by analysis of cow's-milk antibodies in serum samples.

(KNIP ET AL. 2010: 1902 f., Betonungen hinzugefügt, JK)

Das Ergebnis der Untersuchung war vielversprechend. Säuglinge, die Nutramigen bekamen, hatten aufgrund der Bildung von Antikörpern, bis zu ihrem 10. Lebensjahr, ein 50 % geringeres Risiko an Diabetes-Typ-1 zu erkranken. Warum hydrolisierte Milch das Diabetesrisiko senken soll, ist noch unbekannt. Die Autoren der Studie vermuten, dass Nutramigen die Durchlässigkeit des Darms verringerte, die Induktion von reifen regelnden T-Zellen im lymphoiden Gewebe senkte, die Darmflora veränderte oder eine Kombination der aufgeführten Auswirkungen dafür verantwortlich ist (vgl. ebd.: 1906).

Mögliche andere Faktoren die untersucht wurden, sind zum Beispiel die Nahrungsaufnahme von Gluten und ein Vitamin-D-Mangel (vgl. ZOLD ET AL. 2008; AGOSTONI ET AL. 2008: 106). Bisherige Ergebnisse ergaben, dass bei Säuglingen unter

¹⁶ Nutramigen ist eine mit Eisen angereicherte, laktosefreie, hypoallergene Anfangsnahrung für Säuglinge, die sensitiv auf intakte Proteine in Milch, Soja und andere Nahrungsmittel reagieren (vgl. MEAD JOHNSON NUTRITION 2010: Übersetzung, JK).



1. *Diabetes mellitus*

3 Monaten, die mit glutenhaltigen Lebensmitteln gefüttert wurden, die Gefahr besteht, dass sich Autoantikörper bilden können (vgl. AGOSTONI ET AL. 2008: 106). Die BABYDIET-Kohorten-Studie befassen sich speziell mit der Ernährung von Säuglingen und werden zur Zeit noch durchgeführt. Die Publikation wird für 2016 erwartet.

It is clear that environmental factors must play a substantial role in the development of T1D, but it is difficult to identify the clear role of any single environment factors as triggering or modulating the pathogenesis of T1D based on the current body of studies. Unfortunately, animal models may not adequately reflect the human situation [224, 225]. Even different human studies of the same exposure agent yield different answers, perhaps due to different sources of exposure information, different population, different sample sizes and power, etc. Many studies have been confounded by imprecise assessment of exposure, recall bias, failure to account for genetic susceptibility, failure to assess exposures at very early ages or the inability to follow a sufficient sample of children long-term with high intensity, limitations in sensitivity or specificity of methodology, failure to account for confounding factors, failure to consider groups of different exposures, and lack of sufficient study size to be powered to detect modest effects. *None of these problems is easy to address despite the creative approaches of numerous investigators.*

(PENG und HAGOPIAN 2006: 156, Betonung hinzugefügt, JK)

PENG und HAGOPIAN bemerken, dass weitere Studien durchgeführt werden müssen, um mögliche Trigger eingrenzen zu können. Dabei erwähnen sie und auch andere Autoren hoffnungsvoll die Kohorten-Studien, wie der bereits genannten BABYDIET-, TRIGR-, TEDDY-¹⁷ und TEENDIAB-Studien. Diese internationalen Forschungsprojekte untersuchen mögliche Umweltfaktoren und Biomarker in verschiedenen Altersgruppen über einen langen Zeitraum. Sie sind Hoffnungsträger, Ursachen für die Pathogenese einzugrenzen und somit Diabetes präventiv begegnen zu können (vgl. PENG und HAGOPIAN 2006: 156). Allerdings legen diese Studien kein größeres Augenmerk auf Einflüsse der Umweltchemie (Nitritate, Bisphenol A etc.), wie es HOWARD und LEE beschrieb. Diese Faktoren sollten nicht ungeachtet bleiben, denn es gibt Beispiele, wo kein Gluten und Kuhmilch in der Säuglingszeit verabreicht wurde und es trotzdem zur Erkrankung von Diabetes Typ-1 kam.

¹⁷ The Environmental Determinants of Diabetes in the Young; Studie zur Erforschung umweltbedingter Faktoren für Diabetes bei Kindern (FORSCHERGRUPPE DIABETES E.V. 2012).



1.7.2. Diabetes Typ-2

Auch bei Diabetes Typ-2 nimmt die Vererbung eine wichtige Rolle ein. „Zusätzlich bedarf es einer Vielzahl von »diabetogenen« Umweltfaktoren, die entscheidend die Manifestation eines Typ-2-Diabetes prägen. Somit wird auch verständlich, dass der Typ-2-Diabetes nicht den Vererbungsregeln nach Mendel folgt, sondern einer komplexen, als multifaktoriell bezeichneten Vererbung“ (HIEN und BÖHM 2007: 21). Die Vererbung wird mit einem Risiko von 40 % bemessen, wenn bereits ein Elternteil erkrankt ist, bei beiden erkrankten Elternteilen steigt die Wahrscheinlichkeit auf 80 % (vgl. ebd.). Die Inzidenzrate bei Typ-2-Diabetes liegt in Deutschland „bei den 55- bis 74-jährigen Männern bei 20,2 pro 1 000 Personenjahre, bei den gleichaltrigen Frauen bei 11,3 pro 1000 Personenjahre“ (HAUNER 2011: 9). Zu den Risiken, oder diabetogenen Faktoren können zählen:

- Familiengeschichte
- Gestationsdiabetes
- Polyzystische Ovarialsyndrom
- Dyslipidämie
- Adipositas
- Ethnische Risikogruppen
- frühe Gedeihstörung
- Acanthosis nigricans
- Hypertonie

(STALVEY und SCHATZ 2008: 191, Übersetzung, JK)

HIEN und BÖHM geben in der Tabelle 1.2 Ereignisse vor, die über einen längeren Zeitraum zu der Manifestation des Typ 2 Diabetes führen.

Resultierend daraus, nimmt die Ernährung und der Bewegungsmangel den wichtigsten Part ein, besonders wenn Online Zeitschriften gelesen werden. HIEN und BÖHM bezeichnen unsere Ernährung, oder besser den westlichen Lebensstil, als einen „Teufelskreislauf“.

Bei westlicher Lebensweise überfordern die ständig hohen Zuckerangebote (Nahrung mit hohem glykämischen Index, wie z.B. Fast Food, zuckerhaltige Getränke etc.) ein Stoffwechsellmuster, das auf Sparsamkeit ausgelegt ist. Die Spirale aus falscher Ernährung und mangelnder körperlicher Bewegung sowie einer Tendenz zur Insulinresistenz verbunden mit gestörter Insulinsekretion schraubt sich langsam in die Höhe. Die frühe Insulinantwort ist zu schwach, dies wird durch eine nachfolgende Übersekretion von Insulin und Proinsulin ausgeglichen.

Ein Teufelskreis beginnt: das überschießende Glukoseangebot, bedingt durch Bewegungsmangel und Überernährung, kann bei Menschen mit dieser genetischen Konstellation nicht mehr vollständig bewältigt werden. Eine BZ-Entgleisung wird viele Jahre bis Jahrzehnte durch eine kompensatorisch über-

1. *Diabetes mellitus*

1. Ereignis:	Genetische Konstellation mit Tendenz zur Insulinresistenz, verzögerten Insulinsekretion und reaktiver Hyper(Pro)insulinämie
2. Ereignis:	Bewegungsmangel und regelmäßige Überernährung (androide Adipositas)
3. Ereignis:	Zunehmende Insulinresistenz der insulinempfindlichen Organ- und Zellsysteme
4. Ereignis:	Zunehmende Insulinsekretion mit reaktiver Hyperinsulinämie und auch Hyperproinsulinämie
5. Ereignis:	Überschießender Insulinbedarf zur Senkung des Blutzuckers
6. Ereignis:	Verminderte Glukosetoleranz, später Typ 2-Diabetes
7. Ereignis:	Anhaltend erhöhte Insulinsekretion
8. Ereignis:	„Ausbrennen“ der β -Zellen
9. Ereignis:	Zur Kontrolle des Stoffwechsels wird eine Insulinbehandlung notwendig

Tabelle 1.2.: Ereignisverlauf nach HIEN und BÖHM (2007: 21)

höhte späte Insulinantwort mit daraus resultierender Hyperinsulinämie verhindert. Irgendwann kann diese Insulinresistenz durch vermehrte Insulinbildung nicht mehr ausgeglichen werden. Im Rahmen des metabolischen Syndroms (Kap. 9) steigen die Blutzuckerwerte an, und es entwickelt sich die pathologische Glukosetoleranz. Es demaskiert sich ein Typ 2-Diabetes, sobald die Insulinproduktion nicht mehr ausreicht, um den Blutzuckerspiegel ausreichend zu senken. Um ein Mehrfaches erhöhte Insulinspiegel, sowohl nüchtern als auch bei Glukosebelastung, können die Insulinresistenz nicht mehr überwinden. Der Blutzuckerspiegel steigt, und die kompensatorische Insulinsekretion bleibt über viele Jahre auf maximal möglichem Niveau. Damit nimmt die Insulinresistenz auch weiter zu. Grundsätzlich könnten 75 % dieser Patienten diesen Trend durch Einschränkung der Nahrungszufuhr und körperliche Aktivität wieder umkehren.

Letztendlich »brennen« die β -Zellen aus; nach neueren Untersuchungen fördern erhöhter Blutzucker in Verbindung mit Störungen im Fettsäurenstoff-



1. *Diabetes mellitus*

wechsel den programmierten Zelltod (Apoptose) der β -Zellen und führen somit zum Insulinmangel, der Patient braucht zur Therapie exogen zugeführtes Insulin.

(ebd.: 23)

Nach eigenen Recherchen bin ich der Auffassung, dass primär eine kohlenhydratreiche Ernährung für die Manifestation der Erkrankung an Diabetes Typ-2 verantwortlich ist und nicht eine Überernährung in diesem Sinne. Die ab Punkt 2 beschriebenen Ereignisse in der Tabelle 1.2 sind dann die Abfolge des weiteren Krankheitsverlaufes: die Bauchspeicheldrüse muss ständig Insulin abgeben und damit kann es zum Krankheitsbild Typ-2-Diabetes führen. Dies ist nach den Autoren ein „Teufelskreislauf“, indem zusätzlich präventive Ansätze oft fehlgeleitet sind. Warum ich diese Vermutung äußere, werde ich in den nächsten Zeilen kurz darstellen.

Herkömmliche Ernährungsempfehlungen werden durch die bekannte Ernährungspyramide propagiert. Demnach sind Milch und Brot, d.h. Kohlenhydrate, die vorrangigen Grundnahrungsmittel und einen Gesamtanteil von ca. 60 % der Ernährung ausmachen (DGE). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) gab 2004 Mengenvorschläge für die Ernährung heraus, mit der Empfehlung am Tag ca. 300 Gramm Kohlenhydrate zu sich zu nehmen. Selbst wenn es komplexe Kohlenhydrate sind und nach dem glykämischen Index langsam ins Blut übergehen, werden sie bei der Verdauung zu Monosacchariden¹⁸ gebrochen (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 1240). Damit dieser, so entstandene Zucker in das Gewebe transportiert wird, wird Insulin benötigt (vgl. ebd.).

Die Hypothese einer Studie ergab, dass durch eine geringere Energieaufnahme der Typ-2-Diabetes umgekehrt werden kann (LIM ET AL. 2011). Die Autoren schlussfolgerten dies, da durch einen bariatrischen Eingriff¹⁹ Typ-2-Diabetes reversibel ist und sich innerhalb weniger Tage nach dem Eingriff die Plasmaglukosekonzentration verbesserte, ohne dass eine Gewichtsabnahme über längere Zeit festzustellen war. Dies wurde mit einer Reduktionsdiät getestet, wo 11 Menschen mit Diabetes-Typ-2 (adipös, ca. 49.5 Jahre, 9 Männer, 2 Frauen) und 9 nicht DiabetikerInnen, sich in einem Zeitraum von 8 Wochen mit 600 kcal/pro²⁰ Tag ernährten. Die Testpersonen

¹⁸ Einfachzucker (PSCHYREMBEL 2007: 1240).

¹⁹ Bei diesem Verfahren wurde der Greenville gastric bypass vorgenommen, d.h. der Magen umgangen (vgl. PORIES ET AL. 1992: 634).

²⁰ „Die Nahrung bestand aus 46.4 % Kohlenhydraten, 32.5 % Proteinen und 20.1 % Fetten; Vitaminen, Mineralen und Spurenelementen [...]. Dies wurde ergänzt mit drei Portionen aus nicht stärkehaltigem Gemüse“ (LIM ET AL. 2011: 2507, Übersetzung, JK).



wurden in der 1., 4. und 8. Woche auf verschiedene Werte und Blutwerte untersucht (HbA_{1c}, C-Peptit, Nüchternblutglukose, Gewicht etc.).

Die Ergebnisse waren eindrucksvoll. Sämtliche Blutwerte verbesserten sich innerhalb einer Woche. Die Werte waren annähernd identisch mit der nicht diabetischen Kontrollgruppe. Beschriebene Hauptsymptome und Risikofaktoren, wie Insulinresistenz konnten rückgängig gemacht werden. Es ist die erste Studie die den Beweis antreten konnte, dass durch eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten Diabetes-Typ-2 potentiell reversibel ist (vgl. ebd.: 2513). Der beschriebene „Teufelskreislauf“ könnte damit durchbrochen werden.

Es ist ein vielversprechender Ansatz, der hoffentlich auch Anerkennung innerhalb präventiver Maßnahmen findet. Aus dem historischen Gesichtspunkt, ähnelt dieser Ansatz den ersten Behandlungsmethoden von Diabetes mellitus, wie er im Unterkapitel 1.2 (S. 3) beschrieben wurde, wo DiabetikerInnen einer strengen Diät unterzogen wurden, doch dass muss heutzutage nicht hungern bedeuten. Die Studie könnte unter Einbeziehung und Reduzierung der Kohlenhydratmenge vertieft werden, entsprechend dem klassischen Ansatz von Wolfgang LUTZ, der eine Low-Carb-Ernährung empfiehlt (ALLAN und LUTZ 2000).

1.8. Therapieziele und Formen bei Diabetes Typ-1

Wie ich in den letzten Unterkapiteln beschrieb, benötigen Typ-1-DiabetikerInnen exogen zugeführtes Insulin, um das Überleben zu sichern, da der Körper keines oder nur ungenügend Insulin zur Verfügung stellen kann. Die Insulintherapie ist daraus resultierend die erstrangige und wichtigste Behandlungsform mit dem Ziel, die physiologische Insulinabgabe zu imitieren und den Blutzucker zu stabilisieren, sodass keine Stoffwechselentgleisungen, wie eine Hyper- oder Hypoglykämie²¹, die Folge sind. Daran gebunden ist eine gute Einstellung dieser Substitution, damit Einschränkungen in der Lebensqualität oder Spätfolgen verhindert werden (vgl. BÖHM ET AL. 2011: 14). Die Blutglukoseeinstellung wurde in einem Expertenkonsens auf einen HbA_{1c} von < 7,5 % festgelegt und soll zu keinen Folgeerkrankungen führen (vgl. HOLTERUS ET AL. 2009: 16–18). Negative Folgen einer sogenannten schlechten Einstellung, werden im nächsten Unterkapitel behandelt. Weitere Blutzuckereinstellungswerte können der Tabelle 1.3 entnommen werden, um zwischen

²¹ Ab einem Blutzucker von ca. 3.5 mmol/l können z. B. folgende Symptome auftreten:

Körperliche Symptome: Schweißausbruch, Hunger, Zittern, rasendes Herz

Neurologische Symptome: Schwindel, Schwierigkeiten in der Artikulation, Desorganisation
Die Anzeichen können zu unterschiedlichen Blutzuckerwerten auftreten (vgl. FRIER 2009: 137).



1. *Diabetes mellitus*

Nicht-DiabetikerInnen und Betroffenen zu vergleichen, wie „gute“ und „schlechte“ Einstellungen kategorisiert werden.

Man kann die Therapieziele folgendermaßen resümieren: Hauptziel ist ein stabiler Blutzucker, der keinen großartigen Schwankungen unterliegt. Dies ist möglich mit einer guten Einstellung und vor allem Wissen, wie das Insulin am besten substituiert wird. Um das zu erreichen, muss dieses Wissen, den zumeist sehr jungen PatientInnen und Angehörigen sehr gut vermittelt werden. Die vorerst abstrakten Theorien gilt es dann gekonnt in praktische Fähigkeiten²² umzusetzen, welche durch intensive Schulungen während des Krankenhausaufenthaltes vermittelt werden. Das ist besonders wichtig bei der Ersteinstellung von DiabetikerInnen eine Grundvoraussetzung für die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. Die Nachbetreuung sollte durch DiabetologenInnen gesichert sein, ebenso kann Unterstützung bei ErnährungsberaterInnen, sowie DiabetesberaterInnen hinzugezogen werden (vgl. ebd.).

BERNSTEIN (2007) kritisiert allerdings die Blutzucker-Vorgaben von Diabetesorganisationen. Seiner Meinung nach ist es nicht möglich, bei diesen Vorschlägen Folgeerkrankungen zu verhindern. Er betont, dass jene Blutglukosewerte „außer Kontrolle“ sind und es das Ziel sein sollte, Werte von nicht DiabetikerInnen anzustreben, um Folgeschäden vollkommen auszuschließen (vgl.: 116). Auf diese Thematik wird im nächsten Unterkapitel 1.9 (S. 21) näher eingegangen.

BZ Kontrolle – Klinisch chemische Bewertung	Nicht Diabetikern	Gut	Mäßig	Schlecht
Nüchtern BG	3,6–5,6	5–8	> 8	> 9
BG nach dem Essen	4,5–7,0	5–10	10–14	> 14
Nächtliche BG	3,6–5,6	4,5–9	< 4,2 oder > 9	< 4 oder > 11
HbA _{1c}	< 6,05	< 7,5	7,5–9,0	> 9,0

Tabelle 1.3.: Entnommen aus REWERS ET AL. (2010: 71)

Bei der Insulintherapie werden zwei Hauptformen unterschieden: die intensivierete konventionelle Insulintherapie (ICT) oder Basis-Bolus-Therapie und die kontinuierliche subkutane Insulininfusion (CSSI) oder Insulinpumpentherapie. Bei der ICT wird morgens und abends Basalinsulin²³ injiziert, um den Tagesbedarf ohne

²² Blutzucker messen, Insulin spritzen, Spritz-Ess-Abstand, Broteinheiten berechnen, korrigieren von Blutzuckerwerten etc.

²³ Auch Verzögerungs-, Depot- oder Basisinsuline genannt (vgl. MUTSCHLER ET AL. 2001: 410). Der Tagesbedarf richtet sich nach dem Körpergewicht und wird bestimmt durch Nüchternblutzuckerwerte, wo es wichtig ist, für ca. 4–6 Stunden nichts zu essen, um die Dosierung genau



zugeführte Nahrungsmittel abzudecken. Bei Nahrungsaufnahme werden diese mit dem Bolusinsulin²⁴ gespritzt, dass ein individuell ermitteltes Schema ist. Die CSSI-Behandlungsform unterscheidet sich dadurch, dass 24 Stunden am Tag, an sieben Wochentagen eine Insulinpumpe getragen und mit Hilfe eines Katheters das Insulin subkutan verabreicht wird. Eine Insulinpumpe wird vorrangig mit Analoginsulin befüllt. Vorteil bei dieser Therapie ist, dass die stündliche Basalrate genauestens eingestellt werden kann.

DiabetikerInnen haben eine große Verantwortung sowohl im medizinischen als auch im diätetischen Bereich. Sie müssen als „Experten“ Blutglukosewerte richtig einschätzen und darauf reagieren. Und sie sollten wissen, wie Nahrungsmittel sich auf den Insulinspiegel des Körpers auswirken und berechnet werden.

1.9. Komorbiditäten und Folgen

Über einen langen Zeitraum kann die Erkrankung, unter bestimmten Bedingungen, Folgekrankheiten auslösen. Komorbiditäten und Folgen können physische und psychische Komplikationen umfassen, auf die auf den nächsten Seiten eingegangen werden soll. Diabetes ist nicht nur eine physische Krankheit, sondern kann auch die Psyche umfassen. So können sich veränderte Blutzuckerwerte auf die Psyche auswirken. Ebenso besteht ein Wechselspiel, das Stress, psychischer Stress und Lebensbedingungen den Blutzucker beeinflussen können.

1.9.1. Physische Folgen

Die Zahlen der Endorganschäden und Mortalität sind ernüchternd. Jährlich sterben 42.971 Menschen an den Folgen eines Diabetes. Betroffene haben eine ca. 2–3fach erhöhte Gesamtmortalität. Je früher Diabetes diagnostiziert wurde, desto größer ist der Verlust an Lebensjahren (vgl. IDF 2011: 100; LICHTENAUER ET AL. 2003: 842; vgl. HIEN und BÖHM 2007: 91). DiabetikerInnen, im Vergleich zu Nicht-DiabetikerInnen, verfügen über ein deutlich erhöhtes Risiko (Odds-Ratio²⁵), einen

zu ermitteln. Gerichtet wird sich dabei nach der Tabelle 1.3 auf S. 20 (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 148).

²⁴ Es kann sich um Alt- oder Analoginsulin handeln, die unterschiedliche Wirkungsgrade haben (vgl. MUTSCHLER ET AL. 2001: 410).

²⁵ Dimensionsloser Quotient zur Ermittlung relativer Risikounterschiede zweier Faktoren, zwischen der Wahrscheinlichkeit des Auftretens und des Nicht-auftretens eines Ereignisses. >1 Krankheitsmanifestation erhöht, <1 niedrigerer Einfluss, =1 kein Einfluss (vgl. PSCHYREMBEL 2007: 1372).



1. *Diabetes mellitus*

- Schlaganfall (2–4)
- zu erblinden (5,2)
- bei Männern an terminalen Nierenversagen zu leiden (12,7)
- Amputation der unteren Extremitäten (22,2)
- eine diabetische Fußkrankung (45)

zu bekommen (vgl. ICKS ET AL. 2005: 16). Haupttodesursache sind Herzerkrankungen mit einer Inzidenzrate von 70 % (vgl. LICHTENAUER ET AL. 2003: 842). Die Genesis von Folgeschäden ist „multifaktoriell, kompliziert und bis jetzt noch nicht vollständig verstanden“ (BRAAK und STADES 2009: 11, Übersetzung, JK). Es zeichnet sich allerdings ab, dass die vorrangige Ursache bei einer schlechten Einstellung der Blutglukosewerte, einer dauerhaften Hyperglykämie, zu finden ist (vgl. ebd.).

Organische Folgeschäden lassen sich in vier Hauptgruppen einteilen. In Erkrankungen der großen und größeren Gefäße (Makroangiopathie), kleinster und kleiner Gefäßerkrankungen (Mikroangiopathie), Nervenschädigungen des somatischen oder autonomen Teilen des peripheren Nervensystems oder Nervengewebes (Neuropathie) und in komplexe Syndrome, die mehrere genannte Störungen implizieren (vgl. HIEN und BÖHM 2007: 91; PSCHYREMBEL 2007: 421).

- Makroangiopathie (koronare Herzerkrankungen und Herzinfarkt)
- Mikroangiopathie (diabetische Netzhauterkrankung, Nierenleiden)
- Diabetische Neuropathie (z. B. Schmerzen, Kribbeln, Taubheit in Extremitäten)
- Komplexe Syndrome (z. B. diabetisches Fußsyndrom)

(HIEN und BÖHM 2007: 91; HÜRTER ET AL. 2007: 110)

Potenzierend und konträr dazu, was ich weiter oben in der Tabelle 1.3 (S. 20) beschrieb, dass selbst die Vorgaben von „guten“ Langzeitwerten (<7.5%), zu Folgeschäden führen könnten. Untersuchungen der Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) von 1983–1993, wie auch Nachfolgeuntersuchung der Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) bis 2005 ergaben, dass wenn ein HbA_{1c} von 6.05 % (Durchschnitt lag bei 7.12 %) oder niedriger, sich das Risiko für eine Retinopathie um 76 %, Nephropathie um 50 % und diabetische Neuropathie um 60 % verringern würde (vgl. THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS

*1. Diabetes mellitus*

TRIAL RESEARCH GROUP 1993: 978f.). Die EDIC Gruppe fand heraus, dass Herzerkrankungen um 42 % und nicht fatale Herzattacken oder Schlaganfälle um 57 % verringert werden konnten (vgl. EDIC STUDY GROUP 2005: 2643). 2008 gab es zu der DCCT Untersuchung eine Korrektur, da statistische Verfälschungen vorhanden waren, dennoch sind die Autoren der Meinung, dass eine sehr gute HbA_{1c}-Einstellung von wichtiger Bedeutung ist (vgl. LACHIN ET AL. 2008: 1001). CHANTELAU relativiert diese Erkenntnisse, was die Ergebnisse und Ursachen für eine Retinopathie angeht, da es multikausal ist und nicht Untersuchungsgegenstand innerhalb der DCCT-Untersuchung war (vgl. CHANTELAU 2009: 98). Es ist auch zu beachten, dass der HbA_{1c} ein Mittelwert ist und nicht tägliche Blutglukoseschwankungen erfasst. Doch bis jetzt gibt es keinen „goldenen Maßstab“ und weitere Forschungen müssten durchgeführt werden, um diese eindeutig zu definieren (vgl. SIEGELAAR ET AL. 2010: 179). Ein Hauptargument, das gegen eine niedrige Einstellung eines HbA_{1c} spricht, ist die Gefahr von Hypoglykämien. Sie können „häufig vorkommen, sind unvorhersagbar, potentiell gefährlich und können auf viele Bereiche des alltäglichen Lebens Einfluss nehmen und kann Angst und Sorge in DiabetikerInnen und deren Angehörigen auslösen“ (FRIER 2009: 151 f., Übersetzung, JK). FRIER führt weiter an, dass bei manchen DiabetikerInnen Angst und psychologischer Stress vor Hypoglykämien vorhanden sind und eine Senkung der durchschnittlichen Blutzuckerwerte nicht zu empfehlen sei. Unterzuckerungen können ebenso nicht rechtzeitig erkannt und mit (Monosaccharide) Kohlenhydraten gegenreguliert werden, wenn dieses Phänomen auftritt. Unterzuckerungen sind häufiger bei der DCCT-Untersuchung vorgekommen, als bei weniger restriktiven Blutzuckervorgaben (vgl. FRIER 2009: 143ff.). Die Einstellung des HbA_{1c} sollte genauestens mit den behandelnden ÄrztInnen abgesprochen werden. Diese müssen einschätzen, ob die PatientInnen z. B. körperliche Anzeichen einer Unterzuckerung erkennen können und ob sie diesen Schritt gehen möchten.

Trotz dieser Bedenken und der Anmerkung von CHANTELAU, ist meiner Meinung nach der HbA_{1c} ein guter Indikator, der nicht vernachlässigt, sondern mehr beachtet werden sollte. Warum kann in den Leitlinien für Diabetes nicht festgelegt werden, dass durch die Möglichkeit einer strengen Blutglukosekontrolle der Hämoglobin-Zielwert eines nichtdiabetischen Menschen erreicht werden kann und dadurch Komorbiditäten und terminale Schäden gemindert werden könnten? Pro 1 % eines Anstieges des Hämoglobinwertes, von einer 5 % Basis, dass Risiko von Herzerkrankungen um 21 % ansteigen (vgl. GIUGLIANO ET AL. 2008: 218S)! Es käme auf einen Versuch an, was natürlich an den persönlichen Interessen und Neigungen von PatientInnen gebunden ist und die Therapieziele mit den ÄrztInnen genauestens eruiert werden sollten.



1.9.2. Psychische Folgen

1684 stellte der britische Arzt Dr. Thomas WILLIS die Vermutung auf, dass Diabetes ein Resultat von Traurigkeit oder langer Trübseligkeit sei (vgl. EGEDE und ELLIS 2010: 304; ANDERSON ET AL. 2001: 1075). Vielleicht ist diese Vermutung WILLIS aber eine Folge durch die Krankheit. Diabetes wurde schon früh mit psychologischen Begleiterscheinungen in Zusammenhang gebracht. Auch neuere Untersuchungen bestätigen, dass PatientInnen prädestiniert sind für Depressionen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen (vgl. MAIER 2011: 48). Doch ist dem wirklich so? In diesem Kontext mit Depression muss angemerkt werden, dass die Meinungen weit auseinandergehen und berechtigter Weise von GONZALEZ ET AL. (2011) hinterfragt wurden. Zum einen, was wird für eine Depression diagnostiziert und wie? Gibt es eine spezielle diabetische Depression? GONZALEZ ET AL. führt an, dass DiabetikerInnen nicht unbedingt eine höhere Inzidenzrate für Depressionen haben, wie frühere Veröffentlichungen zeigten und eher unter seelischen Belastungen durch die chronische Erkrankung selbst leiden (vgl.: 236).

The current commentary seeks to shed light on the discontinuity among these findings. First, we suggest that there has been considerable confusion among MDD [major depressive disorder], diabetes-related distress, and depressive symptoms. We argue that this confusion has been exacerbated by measurement problems that stem from the lack of a clear distinction between MDD and nonpsychiatric emotional distress. Second, we suggest that this has led to a narrow focus on potential intervention approaches, originally developed for MDD, that may be limited in their ability to address diabetes-related distress and depressive symptoms. Although we do not deny the importance of true psychiatric presentations of MDD among those with diabetes, traditional approaches to MDD treatment may be unlikely to improve diabetes outcomes unless they also incorporate strategies to address important relationships between MDD and chronic illness (rev. in 10). Finally, we suggest an alternative approach to understanding the common experience of emotional distress in diabetes that emphasizes the demanding experience of diabetes and requires diabetes-specific measurement and treatment approaches.

(GONZALEZ ET AL. 2011: 236)

Die genannten Punkte sind wichtig, was die Behandlung von Depressionen bei DiabetikerInnen anbelangt. Doch was für Ergebnisse ergaben frühere Untersuchungen? Die Inzidenzzahlen für Depressionen variieren sehr stark zwischen einzelnen Nationen, Entwicklungsländern und den Diabetestypen. Eine Angabe, die in verschiedenen Veröffentlichungen wiedergeben wird, ist eine Inzidenz von ca. 16 % (vgl.



1. *Diabetes mellitus*

EGEDE und ELLIS 2010: 304; LLORENTE und MALPHURS 2009: 344). ANDERSON ET AL. (2001) gab an, dass DiabetikerInnen zweimal so häufig gefährdet sind an Depressionen zu leiden, wie Nicht-DiabetikerInnen und ist mit eine der am häufigsten zitierten Studien im Kontext mit Diabetes und Depressionen. Die Untersuchung der genannten Autoren selbst, war „nur“ eine Metaanalyse von vorangegangenen Studien und es wurden auch Daten aufgenommen, die Selbsteinschätzungen von PatientInnen beinhalteten. Vermutet wird, dass Betroffene die häufigere Arztbesuche haben, auch öfter mit einer Depression diagnostiziert werden (vgl. O'CONNOR ET AL. 2009: 334). Trotz alledem sind diese psychologischen Folgen nicht zu unterschätzen, ob diese nun klinisch diagnostiziert sind oder nicht, von einer zusätzlichen Belastung für die PatientInnen ist auszugehen.

Wie es zu diesen Folgen auf der psychologischen Ebene kommt, ist bis jetzt noch nicht vollkommen geklärt. Es gibt Vermutungen, dass wie bei den Endorganschäden, schlechte HbA_{1c}-Werte und allgemein Hyperglykämien eine Rolle spielen könnten (vgl. EGEDE und ELLIS 2010: 305; LLORENTE und MALPHURS 2009: 348; LUSTMAN ET AL. 2000: 934). FISHER ET AL. resümierten, dass der Hämoglobinwert vorrangig mit einer diabetischen seelischen Belastung in Verbindung steht, als einer major Depression (vgl. 2010: 23). Oft sind hier Verallgemeinerungen die Folge, da zwischen beiden Diabetes-Typen nicht unterschieden wird (vgl. ebd.).

Auch die Gefahr vor möglichen zukünftigen Folgeerkrankungen (Erblindung, Amputation etc.) können „Verzweiflung, Resignation und Depression bis hin zu Suizidgedanken“ verursachen (HÜRTER ET AL. 2007: 474). MAIER führt folgende Punkte an.

- Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Tatsache, lebenslang mit der Krankheit „Diabetes“ leben zu müssen
- Überforderung durch eine notwendige Veränderung des Lebensstils (z. B. mit dem Ziel einer Gewichtsabnahme)
- Überforderung durch die komplexe Therapie und die tägliche Selbstbehandlung (z. B. selbstständige Therapieanpassung)
- Auftreten von bzw. Umgang mit bestehenden Folgeerkrankungen des Diabetes (z. B. bei Dialyse, Fußkomplikationen)
- Emotionale und motivationale Probleme (z. B. „Diabetes burn-out“)
- Schmerzen (z. B. bei einer diabetesbedingten Neuropathie)
- Sorge um negative Auswirkungen des Diabetes auf Beruf, Familie und Freundeskreis (z. B. Angst vor beruflichen Nachteilen)



(MAIER 2011: 47 f.)

Alle genannten Faktoren können das tägliche Leben von DiabetikerInnen bestimmen. Die Schwierigkeit der Akzeptanz, ist als diffizile Situation für Kinder und Jugendliche vorstellbar, hier ist die Betreuung sehr wichtig. Ich kann nicht ausschließen, dass nach vielen Jahren der Krankheit dieser Punkt eine wichtige Rolle einnimmt, wenn die Komplexitätssituation der Krankheit berücksichtigt wird. Das gilt für körperliche, psychische, sowie soziale Faktoren bei denen Krankheit eine Rolle spielt. Denn Diabetes mellitus begleitet die Erkrankten bis zum Lebensende.

1.10. Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die historische Entwicklung erläutert, die Entstehungsursachen beider Diabetes-Typen und im späteren Verlauf erfolgte die Konzentration auf den Typ-1-Diabetes. Die Erkrankung hat Einfluss auf physische, psychische und soziale Bereiche und kann als komplex beschrieben werden. Viele Fragen sind dennoch offen und bedürfen weiterer Untersuchungen. Die Ursachenforschung ist Voraussetzung dafür, Heilungsmöglichkeiten zu entwickeln. Selbst die Versorgung von PatientInnen muss immer wieder neu durchdacht und verbessert werden.

2. Bewältigung

»Aber wieso Fügung? Ich brauche, um das Unwahrscheinliche als Erfahrungstatsache gelten zu lassen, keinerlei Mystik; Mathematik genügt mir.«

Max FRISCH (1977: 22 [1957]), *Homo faber*



EINE mögliche Bewältigungsart könnte die des Homo Fabers, des technischen Menschen, sein. Ob Technik und Logik als Werkzeuge alles bewältigen können, ist dabei eine interessante Frage, gerade bei menschlichen Problemen. Die Antwort darauf, möchte ich vorerst offen lassen. In diesem Kapitel werde ich mich mit den Begriffen der Bewältigung des Alltags und der Krankheit befassen. Diese erläutern, den Forschungsstand betrachten und zwei Bewältigungstheorien, unter verschiedenen Aspekten betrachtet, vorstellen.

2.1. Bewältigung

Für das Wort „Bewältigung“ gibt es die Synonyme „Coping“ und „Belastungsverarbeitung“ (SCHWARZ ET AL. 1997). Bis heute gibt es keine begriffliche Klarheit für den Begriff „Bewältigung“. SCHWARZ, SALEWSKI und TESCH-RÖMER schlugen vor, den Begriff für die jeweilige verwendete Theorie zu verwenden und somit zu definieren. Da Heterogenität vorherrscht und sich viele Richtungen entwickelt haben, ist die Bewältigungsforschung kritisch zu betrachten! STARKE (vgl. 2000: 62) zitiert nach SCHWARZER und SCHWARZER, dass es sich um einen *umbrella term* handelt, der alles beinhaltet, was die Forschung zu diesem Thema herausgefunden hat.

Bewältigungsforschung entstand aus zwei wichtigen Strömungen. Zum einen durch die psychoanalytische Ich–Psychologie nach Sigmund FREUD, der sich unter anderem mit psychologischen Taktiken befasste, die Menschen anwendeten, um unangenehme Gefühle und Gedanken zu bekämpfen (vgl. STARKE 2000: 75 nach PARKER



2. Bewältigung

und ENDLER). Zum anderen die Tradition der Tierforschungen, vis-a-vi Charles DARWIN, welche sich mit Stress und Kontrolle bei Tieren befassten und ob sie unangenehme Erfahrungen vermeiden oder bewältigen konnten (vgl. LAZARUS und FOLKMAN 1984: 117).

Seit den 60er Jahren sind die wichtigsten Vertreter der Bewältigungsforschung Richard LAZARUS und Susan FOLKMAN, die bis heute zitiert werden. LAZARUS und FOLKMAN entwickelten aus dem ursprünglichen Stresskonzept das Bewältigungskonzept, was später zu einem eigenständigen Konzept entwickelt wurde (vgl. SCHWARZ ET AL. 1997: 2). Stress war somit das Hauptanliegen vieler Untersuchungen. Doch was bedeutet Bewältigung? Die beiden Autoren definierten den Begriff folgendermaßen:

We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.

(LAZARUS und FOLKMAN 1984: 141)

Dabei bemerkt Dagmar STARKE, dass diese ursprüngliche Definition später unterschiedlich übersetzt und weiterverwendet wurde (vgl. STARKE 2000: 63). Eventuell führte dies zu der angesprochenen Heterogenität. Die Autorin nannte folgende Beispiele, wovon ich zwei Auszüge vorstelle:

GREVE, wählt eine eher laxere Beschreibung des Begriffes, wenn er definiert: „Coping meint dann, grob gesprochen, jede (Form der) Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten, die sich der Person faktisch und insbesondere aus ihrer subjektiven Sicht in den Weg zu einer ausreichenden Handlungsfähigkeit bei einem hinreichenden Wohlbefinden stellen“.

[...]

MITCHELL, CRONKITE und MOOS spezifizieren den Begriff Coping als „the cognitions and behaviors that people use to modify adverse aspects of their environment as well as to minimize the potential threat arising from such aspects“.

(STARKE 2000: 64)

Dabei ist bei diesen gewählten Definitionen ersichtlich, dass es bei Bewältigung um die Auseinandersetzung einer Art Bedrohung handelt, die von innen oder außen kommt und minimiert werden soll. Dabei ist die deutsche Beschreibung diesen Begriffs eventuell hilfreich. Bewältigung beschreibt nach der Herkunft des Wortes



2. Bewältigung

„bewältigen“ einen Zusammenhang mit Gewalt; „in seine Gewalt bringen, eine Sache beherrschen“ (SEEBOLD und KLUGE 2011: 118). In der Fachliteratur werden oft Begriffe von Homeostase, Gleichgewicht und Balance verwendet (vgl. PERREZ und REICHERTS 1992: 18; LAZARUS und FOLKMAN 1984: 15; GREVE 1997: 19). Das bedeutet, dass durch einen äußeren Stressor oder Situation dieses Gleichgewicht gefährdet wird und Ziel der Bewältigung ist es, dieses Gleichgewicht wiederherzustellen.

LAZARUS und FOLKMAN unterschieden zwei Funktionen der Bewältigung: die problemlöseorientierte und die emotionsregulierende (vgl. STARKE 2000: 10). Diese unterschieden sich Probleme positiv zu verändern und der Regulation belastender Emotionen (vgl. ebd.: 10). GREVE (vgl. 1997: 20) bringt meiner Meinung nach einen kritischen Gedanken auf, wo er BRANDSTÄDTER zitiert: „Wir brauchen Krisen. Menschliche Entwicklung, aufgefasst als Reaktion auf (Entwicklungs-)Probleme, ist in gewissem Sinne nichts anderes als Krisenbewältigung“ und erinnert mich an eine Aussage NIETZSCHES; „Was mich nicht umbringt, macht mich stärker“ (NIETZSCHE 1922: Sprüche und Pfeile 8). Dies wirft folgende Fragen auf: kann alles erfolgreich bewältigt werden und wie ist es bei chronischen Erkrankungen, wie erfolgreich können diese bewältigt werden? Oder ist es, eventuell nach LERNERS *Just World Phenomenon* verdient, krank zu sein (MARTZ und LIVNEH 2007b: XI)?

Diesen Fragen möchte ich mich im nächsten Unterkapitel widmen und mögliche Antworten darstellen.

2.2. Krankheitsbewältigung

Die Einordnung des Begriffs Krankheitsbewältigung ist ähnlich dem der Bewältigung. Fritz A. MUTHNY beschrieb es metaphorisch, dass es bis jetzt noch kein „Excalibur“ gibt, d.h. eine eindeutige Theorie (vgl. MUTHNY 1997: 63). Neuere Veröffentlichungen bestätigen dieses Problem (PFEFFER 2010; MARTZ und LIVNEH 2007a; SCHAEFER 2009). Es gibt zur Bewältigung viele Schnittmengen.

Krankheit ist ein belastendes Ereignis für den Betroffenen, welches Unsicherheiten auslöst. Sie ist ein markanter Punkt in der Biografie des Menschen, der von der Alltäglichkeit abweicht (vgl. WEBER 1997: 9; vgl. MOOS und HOLAHAN 2007: 107). Der Erkrankte muss nach der Akzeptanz dieses Einschnittes lernen, mit der neuen Situation umzugehen und versuchen, die Erkrankung in sein Leben zu integrieren (vgl. SALEWSKI 1997: 44). SCHÜSSLER nennt drei wesentliche Punkte, die für die Krankheitsbewältigung unterschieden werden können. Sie kann handlungsbezogen,



2. Bewältigung

kognitionsbezogen oder emotionsbezogen sein und ihr Ziel ist es, die allgemeine Lage zu ändern, die Bedeutung der Belastung zu verändern und unangenehme Gefühle zu kontrollieren (vgl. SCHÜSSLER 1993: 14).

Zu unterscheiden ist zusätzlich, ob es sich um Krankheiten mit Heilungschancen handelt oder um Formen, die nicht geheilt werden können. In Deutschland ist jeder siebente lebende Mensch chronisch erkrankt (vgl. SALEWSKI 1997: 43). Chronische Krankheit ist ein weitgefaster Begriff, der verschiedene Erkrankungen umfassen kann. SALEWSKI (1997) nach HARTMANN schlägt folgende 5 Typisierungen vor:

1. Fortdauernde Erkrankung (chronische Polyarthritis)
2. Lebens- oder lebensphasenbegleitende Leiden (wie Psoriasis)
3. Symptomlose oder -arme Krankheiten mit dauernder Behandlungsdürftigkeit (wie Essentielle Hypertonie)
4. „Geheilte“ Krankheiten, die Erlebnisspuren von dauernder Gefährdung hinterlassen (wie Krebs)
5. Defektheilung (wie Versteifungen)

(ebd.: 43)

Bei chronischen Erkrankungen stellt sich die Frage, ob eine erfolgreiche Bewältigung möglich ist. Denn eine chronische Erkrankung wird nicht verschwinden, höchstens einzelne Belastungsaspekte (vgl. SALEWSKI 1997: 46). Gerade an diesem Punkt ist die Schwierigkeit der Einordnung des Begriffs festzustellen. Es gibt verschiedene Ansätze die der Meinung sind, dass Erkrankungen zum Wachstum der Person beitragen können. Klassische Ansichten vertraten, dass Krankheit romantisch sei, oder NOVALIS, der der Auffassung war, dass Krankheit zur Individualisierung gehört (vgl. SONTAG 1978: 37). Sinnfindung, Spiritualität, Erkenntnisgewinn und Botschaft können durch die Krankheit gewonnen werden. Anja MEHNERT kam in einem Artikel zu dem Ergebnis, dass gerade diese Bereiche bei PatientInnen angesprochen werden sollten, sonst können diese zu Belastungen führen (vgl. MEHNERT 2006: 765). Es ist meiner Meinung nach eine interessante Thematik diese tiefgründiger zu untersuchen. Es stellt sich die Frage: sind alle chronischen Erkrankungen bei der Bewältigung gleichzusetzen? Denn eine terminale Krankheit, wie Krebs, kann in der Theorie nicht mit einem Diabetes gleichgesetzt werden. Zumindest war mein erster Gedanke, dass es große Unterschiede geben müsste. Bei chronischen Krankheiten finden Bewältigungsmuster tendenziell eine überwiegende Übereinstimmung, unabhängig nach Krankheitsart (vgl. PFEFFER 2010: 27). Es wurden verschiedene Vergleichsstudie angestellt, zwischen unterschiedlichen chronischen Erkrankungen, die davon



2. Bewältigung

berichteten, dass „überwiegend ähnliche und nur wenige spezifische Copingformen“ vorhanden waren (ebd.).

Zurück zu meinem Ausgangspunkt, ob es gelungenes oder weniger gelungenes Bewältigungsverhalten gibt. Um das festzustellen, müssten feste Messgrößen erstellt werden, was überhaupt erreicht werden soll (vgl. ebd.: 29). Dabei ist zu bedenken, dass es schwierig ist, Bewältigungsverhalten auf zwei Pole zu beschränken, da es viele Zwischentöne gibt (vgl. ebd.: 30). Sinngemäß merkten das auch LAZARUS und FOLKMAN (1984) in ihrem Buch sehr oft an, dass der Kontext der jeweiligen Person und Situation zu beachten ist. SCHÜSSLER (1993) nach MUTHNY empfiehlt folgende erfolgsunabhängige Definition:

Krankheitsverarbeitung ist die Gesamtheit aller Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Die Krankheits-Verarbeitungsmodi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Erfolges zu definieren.

(ebd.: 18)

Dies lässt Ergebnisse und Erwartungen offen und mindert eventuell den Erwartungsdruck auf Besserung der PatientInnen. Wenn Krankheitsbewältigung ein Leistungssport wird, sind die Belastungen zusätzlich hoch, die gerade bei einem Scheitern künstlicher Ziele besonders schwerwiegend sein können. Im medizinische Bereich können Ziele und Werte leicht erhoben werden, zum Beispiel bei DiabetikerInnen einen guten HbA_{1c}-Wert zu erreichen (vgl. SALEWSKI 1997: 52). „Nicht in Auseinandersetzung oder gar ‚auf Sieg programmierter‘ Bewältigung, sondern im Erkennen von Begrenzung und in einem Leben auf beiden Seiten – der des Daseins und der der Existenz – kann Entwicklung geschehen“ formulierte OLBRICH (1997: 232). Um eine Vorstellung der Dimension der Bewältigung von chronischen Krankheiten zu bekommen, eine Tabelle von SCHÜSSLER (1993) (s. Tabelle 2.1).

Wie im Kapitel „Komorbiditäten und Folgen“ (S. 21) erwähnt, können chronische Krankheiten mit Nebenerkrankungen auftreten, wie zum Beispiel bei Diabetes mellitus. Dadurch können Belastungen zunehmen (vgl. SALEWSKI 1997: 43). Die Erkrankung kann viele Dimensionen umfassen und beeinflussen. Es können persönliche, soziale, sowie psychische Belastungen hinzukommen. Bei der Krankheitsverarbeitung spielen Ressourcen sehr oft eine wichtige Rolle, die helfen sollen, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen, um diese zu bewältigen. Zu der Thematik der Ressourcen werde ich in diesem Kapitel zusätzlich eingehen, doch vorerst möchte ich noch auf die Bewältigungsstrategie eingehen.



2. Bewältigung

Krankheitsbezogene Aufgaben:	Anerkennung und Bewältigung der Krankheitssymptome wie Schmerz, Schwäche und Behinderung, Auseinandersetzung mit der notwendigen medizinischen Behandlung, Entwicklung und Aufrechterhaltung adäquater Beziehungen zu Ärzten und Pflegepersonal, eventuell Anerkennung und Bewältigung eines ungewissen Krankheitsverlaufs und einer ungewissen Zukunft
Personenbezogene Aufgaben:	Entwicklung und Aufrechterhaltung eines emotionalen Gleichgewichts, Aufrechterhaltung eines ausreichenden Selbstwertgefühls
Umweltbezogene Aufgaben:	Umgestaltung und Aufrechterhaltung der wichtigen Beziehungen zu Familie und Freunden

Tabelle 2.1.: Ziele der Krankheitsbewältigung (SCHÜSSLER 1993: 15)

2.3. Bewältigungsstrategie

Bei einem Schachspiel wird versucht, den Gegner Matt zu setzen mit Hilfe verschiedener Spielzüge oder Strategien. Eine Strategie folgt einem Plan, um dieses gewisse Ziel zu erreichen. Sie kann militärisch, politisch oder psychologisch ausgerichtet sein und versucht Faktoren einzukalkulieren, die dem Ziel entgegen stehen. Zum Beispiel der Schachgegenspieler, der ebenso gewinnen möchte (vgl. DUDEN – FREMDWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2001). Dieser Vorgang bezieht sich auf die Kognition und kann in zwei Ebenen unterschieden werden (vgl. STARKE 2000: 69). In einem bewussten Vorgang werden gegebene Verhältnisse analysiert (Situationsdiagnostik des Schachgegners) und Ergebnisse antizipiert. Unbewusst (intuitiv) kann auf bereits erfolgreiche Bewältigungsstrategien zurückgegriffen werden, mit einer möglichen Strategie, die in vorangegangenen Spielen eingesetzt wurde, um das Ziel zu bewältigen (vgl. ebd.: 69 f.). Dieses Vorgehen kann ebenso auf die Bewältigung übertragen werden, dass ein Problem mit einer bereits bekannten Strategie bewältigt oder gemindert wird.

2.4. Bewältigungsressourcen

Beim Studieren verschiedener Bewältigungsliteratur stellte ich fest, dass das Thema „Ressourcen“ sehr oft aufgegriffen wurde. Der Begriff Ressourcen hat einen ökonomischen Ursprung und bezeichnet den „Bestand an Naturprodukten [und] Geldmitteln“ (SEEBOLD und KLUGE 2011: 762) und wird als „Hilfsquelle“ definiert (DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006). Innerhalb der Bewältigungsforschung gibt es für diesen Begriff ebenso verschiedene Definitionen.



2. Bewältigung

SCHRÖDER und SCHWARZER verstehen unter Ressourcen Faktoren, welche die Bewältigung erleichtern. Das sind Werte wie Gesundheit, materielle Güter, Kompetenzen, Familie, Freunde und Zeit (vgl. 1997: 176). Dies sind zum einen vorrangig messbare und „objektive“ Werte, aber es zählen dazu auch „subjektive“ Größen, wie das Selbstkonzept einer Person (vgl. LEPPIN 1997: 196). Fehlen hingegen Ressourcen, führt das zur Überforderung bei schwierigen Situationen (vgl. SCHRÖDER und SCHWARZER 1997: 174). Diese Hilfsquellen werden oft in die beiden Hauptkategorien unterteilt. Der personalen und sozialen Ressourcen oder internen oder externen mit jeweils verschiedenen Variablen (vgl. ebd.: 187; KOHLMANN 1997; LEPPIN 1997: 196). LAZARUS und FOLKMAN (1984) stellen die Frage, „What can I do?“ und beziehen sich auf belastende Situationen (: 157). Ressourcen einer Person sind dann mögliche Antworten, wie sie auf eine belastende Situation reagiert und was sie einsetzt, um dieser Situation entgegenzuwirken (vgl. ebd.). Die beiden Autoren beschreiben, dass es unzählige Ressourcen gibt, die Personen einsetzen können (vgl. ebd.). Dies setzt wieder eine kognitive Analyse der Situation voraus, um diese einzuschätzen.

Für einen besseren Überblick zur Begriffserklärung entschied ich mich für die Tabelle von KOHLMANN (s. Tabelle 2.2), der mögliche Formen spezifizierte. Der Autor beschreibt diese Art der Unterscheidung als „Kreuzklassifikation“, die zwischen Quelle und Fokus unterscheidet (vgl. KOHLMANN 1997: 209).

Fokus	Quelle	
	Personale Ressource	Soziale Ressource
Emotion	Emotionale Stabilität	
↑	Defensive Bewältigungsdisposition	Emotionale Unterstützung
↑	Optimismus	
↕	Kompetenzerwartung	
↓	Kontrollüberzeugung	
↓	Intelligenz	Instrumentelle Unterstützung
Aufgabe	Wissen	

Tabelle 2.2.: Mögliche Ressourcenklassifikation nach KOHLMANN (1997: 210)

Ich habe aus der Tabelle drei Ressourcen ausgewählt, die nach meiner Ansicht nach wichtig sein können. Das ist der Optimismus, die Kontrollüberzeugung und soziale Ressourcen.



2.4.1. Optimismus

Es ist wahrscheinlich, dass jeder Mensch ein glückliches und erfülltes Leben haben möchte. Als OptimistIn mit einer positiven Lebenseinstellung könnte dies erreicht werden und eine wertvolle Ressource sein.

SCHEIER und CARVER (1992) befassten sich viele Jahre mit dieser Thematik. Einer ihrer Aufsätze lautet *Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being*. Sie maßen den dispositionalen Optimismus, der individuelle Differenzen in der Ergebniserwartung beschreibt (WILLIAMS 1992: 475). Um diesen zu bestimmen, entwickelten sie den *Life Orientation Test*, ein eindimensionaler psychometrischer Test nach ihren Angaben, der zwei Faktoren maß (vgl. ROBINSON-WHELEN ET AL. 1997: 1345). Items, die einer positiven Kategorie zugeordnet werden können, z. B. „In uncertain times, I usually expect the best“ (OptimistInnen), Items, die eine negative Einstellung wiedergeben, z. B. „I hardly ever expect things to go my way“ (PessimistInnen) und mit neutralen Werten, die nicht bewertet wurden (vgl. WILLIAMS 1992: 475; nach SCHEIER und CARVER 1985).

Nach SCHEIER und CARVER haben OptimistInnen tatsächlich eine bessere Lebensqualität und sich eine optimistische Einstellung positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden auszuwirken scheint (vgl. SCHEIER und CARVER 1992: 203–206). PatientInnen waren schneller in der Lage „Milestones“ in der Genesung nach Operationen zu erreichen. Zum Beispiel wieder aufrecht im Bett zu sitzen, oder sich wieder zu bewegen (vgl. ebd.: 207). Im Bereich der Bewältigung benutzen OptimistInnen häufiger aktive und problemzentrierte Bewältigung (vgl. ebd.: 209 ff.). Steht diese Bewältigungsart nicht zur Verfügung, verwenden OptimistInnen angepasste emotionale Bewältigungsstrategien, wie Akzeptanz, Humor oder positives Reframing für eine gegebene Situation (vgl. ebd.; SCHEIER ET AL. 1994: 1063). Besonders dann, wenn eine stressvolle Situation nicht zu handhaben ist (vgl. ebd.: 211 ff.). Im Gegensatz zu PessimistInnen, die häufiger eine gegebene Situation verneinen, egal ob eine Situation lösbar ist oder nicht (vgl. ebd.).

Optimismus kann aus den genannten Gründen als wichtige Ressource angesehen werden. Doch ist Optimismus immer gut? Dieser Frage gingen SCHEIER und CARVER nach. Es werden Grenzen aufgezeigt, vor allem dann, wenn, wenn die Erwartungshaltung unrealistisch ist und Ziele, die für die Bewältigung wichtig sind, nicht erreicht werden können (vgl. ebd.: 219 nach EPSTEIN & MEIER, 1989; TENNEN & AFFIECK, 1987; WEINSTEIN, 1984). Dies tritt besonders dann auf, wenn auf eine Veränderung der Situation, ohne eigenes dazutun, gewartet wird (vgl. ebd.).



2. Bewältigung

Jedoch betonen die Autoren des Aufsatzes wieder die positiven Eigenschaften von Optimismus und verfolgen die kritische Seite von Optimismus nicht weiter.

Daniel KAHNEMAN behandelt den negativen Aspekt von Optimismus aus der wirtschaftlichen Perspektive. OptimistInnen unterschätzen oft Risiken und das Vorherrschen einer Illusion über die Kontrollierbarkeit. Das optimistische Individuen ein übermäßiges Vertrauen in die Zukunft legen (vgl. KAHNEMAN 2011: 261; ebd.: 261). Der Autor bezeichnet dies, dass der empirische Beobachtungssatz²⁶ nicht beachtet wird.

Auch der *Life Orientation Test* und die Arbeit von SCHEIER & CARVER wurden kritisiert. Persönlich hatte ich den Eindruck, dass er eine Dichotomie bildet und die Tendenz zum Schwarz-Weiß zeichnen hat. Entgegen der Autoren, dass der Test eindimensional ist, dieser zwei Faktoren zu messen versucht; Optimismus und Pessimismus. Dabei waren die Ergebnisse statistisch nicht signifikant und die beiden Faktoren maßen nicht dieselben Konstrukte (vgl. ROBINSON-WHELEN ET AL. 1997: 1345, 1351; MYERS und STEED 1999: 1262). Es wird angenommen, dass es unterschiedliche Typen von OptimistInnen gibt, zum Beispiel „cautious optimist“ und „cockeyed optimist“ (MYERS und STEED 1999: 1263 nach WALLSTON 1994).

Im Jahre 1994 revidierten SCHEIER, CARVER und BRIDGES diesen Test und veränderten einige Items. Eventuell ist es sinnvoll, statt einer reinen Dichotomie die Begrifflichkeiten von Optimismus und Pessimismus zu relativieren. Das heißt eine optimistische und pessimistische Lebensweise vorzuziehen. Meiner Meinung nach können auch Optimisten von Zeit zu Zeit pessimistisch eingestellt sein.

2.4.2. Kontrollüberzeugung

Ist man für seine Handlungen und folgernden Konsequenzen selber verantwortlich, kann das Leben kontrolliert werden, oder sind es unbestimmte äußere Kräfte? Diese Fragen bilden den Kernpunkt der Kontrollüberzeugung²⁷. Julian B. ROTTER ist der Begründer diesen Konstruktes und der sozialen Lerntheorie (vgl. MAYRING 1988: 139).

Kontrollüberzeugung beschreibt inwiefern Individuen glauben, Ereignisse kontrollieren zu können (vgl. RAHIM 1997: 162, nach ROTTER 1966). Dabei wurde ursprünglich unterschieden in internale und externale Kontrollüberzeugung. Internale Kon-

²⁶ Sinngemäß bedeutet Beobachtungssatz, dass beobachtete Aussagen, die mit den Sinnen überprüft werden, falsifiziert oder validiert werden können (vgl. CHALMERS 2007: 23).

²⁷ Original: *Locus of control*



2. Bewältigung

trolle beschreibt, dass Individuen glauben, Ereignisse in ihrem Leben werden durch ihr eigenes Verhalten, Eigenschaften oder Leistungen hervorgerufen (vgl. PILISUK ET AL. 1993: 151). Externale Kontrollüberzeugung dagegen bedeutet, dass Ereignisse durch andere Personen, Schicksal oder Glück bestimmt wurden (vgl. ebd.).

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung zählt zu einer wichtigen personalen Ressource. Personen, welche darüber verfügen, können Belastungen dämpfen (vgl. KIM ET AL. 1997: 153). Nach THOMPSON (1981) ist dies möglich, weil eine Vorhersage über die Belastung getroffen werden kann, sich Personen kognitiv darauf einstellen können und es wird ein „positives Selbstbild“ erhalten (vgl. MAYRING 1988: 146). THOMPSON weist auf eine Einschränkung hin, dass die spezifische Situation beachtet werden soll und ob dabei die Belastung mit erhöhter Kontrollüberzeugung gemindert werden kann (vgl. ebd.). Veränderungen einer belastenden Situation können geschehen, da Veränderungsmöglichkeiten von den Betroffenen gesehen werden (vgl. ebd.: 147). Anja HECK (2009) listet folgende Eigenschaften auf, wie sich interne Kontrollüberzeugung auf Personen auswirkt:

- Personen mit einer eher internalen Kontrollüberzeugung aufmerksamer gegenüber Umweltaspekten sind, die nützliche Informationen für künftiges Verhalten liefern (Seeman, 1963)
- eher Schritte unternehmen, ihre Umwelt zu verbessern (Gore & Rotter, 1963)
- in bedrohlichen Situationen ein Wahrnehmungsverhalten zeigen, durch das sie kompetenter mit der Bedrohungssituation umgehen können (Phares, 1962)
- ihr Leben als durch eigenes Verhalten und eigene Fähigkeiten bestimmt sehen und sich eher Situationen auswählen, die von diesen Fähigkeiten abhängen (Rotter & Mulry, 1965)
- ihren eigenen Zustand besser kennen, aktiv verstärkt Informationen einholen und unzufriedener mit den bisher erhaltenen Informationen waren (Seeman & Evans, 1962)

(ebd. 24 f.)

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung vorrangig problemfokussierte und zielorientierte Bewältigung anwenden, um Belastungen zu begegnen. Menschen mit einer externalen Kontrollüberzeugung als Ressource, tendieren Belastungen emotional zu bewältigen (vgl. LAZARUS und FOLKMAN 1984: 161, nach ANDERSON 1977; STRICKLAND 1978).



2. Bewältigung

Auch hier stellt sich die Frage, ob Kontrollüberzeugung immer vorteilhaft ist. Eine übersteigerte Kontrollüberzeugung (intern und extern) ist problematisch und kann zusätzliche Belastungen hervorrufen (vgl. MAYRING 1988: 145). Unangemessene Kontrollüberzeugung wirkt sich als Hindernis aus, besonders bei schweren Erkrankungen (vgl. JERUSALEM 1997: 265). Anders wäre es, wenn ein Individuum über eine erhöhte interne Kontrollüberzeugung verfügt und sich seine chronische Erkrankung selbst vorwirft. Dies kann zu einer Verneinung der Belastung führen und erschwert eine Problembewältigung (vgl. WALLSTON 1992: 196). Zum Beispiel der Glaube an sich selbst, alle Probleme bewältigen zu können und nicht Hilfe von Außen anzunehmen, kann ein Resultat sein (vgl. LAZARUS und FOLKMAN 1984: 160). Und übersteigerte externe Kontrollüberzeugung kann zu Hilflosigkeit führen und sich vollkommen der Belastung zu verweigern (vgl. ebd.).

2.4.3. Soziale Ressourcen

Die letzte Bewältigungsressource, die ich vorstellen möchte, sind soziale Ressourcen. Menschen leben in Netzwerken und in kodependen Strukturen, in denen sie aufwachsen (vgl. GRAF 2012: 289). Diese Netzwerke und Strukturen sind bei der Verarbeitung von Belastungen ein Schutzfaktor in gesundheitlicher sowie psychischer Hinsicht (vgl. ebd.: 291; vgl. PETZOLD 2007: 536). Diese Ressource gibt die Möglichkeit, eingeschränkte personale Ressourcen zu erweitern und in schwierigen Situationen darauf zurückgreifen zu können (vgl. AYMANN 1992: 56). Sie unterscheidet sich, ob die Hilfe auch tatsächlich erbracht wird, oder nur eine Erwartung von den Betroffenen ist (vgl. SCHRÖDER und SCHWARZER 1997: 183).

Bereits LAZARUS und FOLKMAN wiesen darauf hin, dass soziale Ressourcen einen wichtigen Beitrag für die Bewältigung leisten (vgl. LAZARUS und FOLKMAN 1984: 162). Die Autoren bezeichnen sie als „social skills“ und „social support“ (vgl. ebd.). *Social skills* (soziale Kompetenzen) sind bedeutend, um mit Menschen sozial angemessen umgehen und um Hilfe bitten zu können (vgl. ebd.). *Social Support* (soziale Unterstützung) beschreibt handfeste Unterstützung, Informationsunterstützung und emotionale Unterstützung durch andere zu erfahren (vgl. ebd.).

SCHRÖDER und SCHMITT (1988) geben nach HOUSE (1981) folgenden Überblick über mögliche Dimension sozialer Unterstützung und bemerken an:

Emotionale Unterstützung

- Zuneigung, Umsorgung, Vertrauen und Einfühlungsvermögen



Instrumentelle Unterstützung

- alle konkreten und direkten Maßnahmen (z. B. Einkäufe)

Unterstützung durch Information

- Tipps, Ratschläge, nützliche Informationen, die einer Person helfen, dass Problem zu bewältigen

Unterstützung der Selbstbewertung

- Rückmeldung einer Person über ihr Verhalten und die eine Hilfe sind, sich besser einzuschätzen (z. B. Lob des Chefs über verrichtete Arbeit)

(in Anlehnung an SCHRÖDER und SCHMITT 1988: 153)

Emotionale Unterstützung ist bei Krankheitsbewältigung als hilfreich eingeschätzt worden und kann als Moderatoreffekt beschrieben werden (vgl. SCHRÖDER und SCHWARZER 1997: 184).

Auch hier gibt es Kehrseiten und Grenzen. Zum Beispiel beim Wegfall der Hilfe von Außen, kann dies zu einer Belastung oder Überforderung werden (vgl. AYMANN 1992: 56). LAZARUS und FOLKMAN führen nach WRIGHT, WRIGHT und DEMBO (1948) soziale Unterstützungen gegenüber. So können Informationen von Außen Fehlinformationen, schlechte Beispiele sein oder sogar zu neuen Problemen führen (vgl. LAZARUS und FOLKMAN 1984: 244). Auch kann angenommen werden, dass wenn Personen über ein großes soziales Netzwerk verfügen, sich dieses positiv auf das emotionale Empfinden auswirkt. Jedoch konnten Untersuchungen dies nicht bestätigen (vgl. SCHRÖDER und SCHWARZER 1997: 186). Eventuell ist es bei sozialen Ressourcen wie es Kurt Tucholsky formulierte: „Das Gegenteil von ‚gut‘ ist nicht ‚böse‘, sondern gut gemeint.“

2.4.4. Zusammenfassung der Ressourcen

Beide Ressourcenvariablen (personale und soziale) helfen bei der Problembewältigung. Personale Ressourcen übernehmen einen Haupteffekt auf die Bewältigung und soziale Ressourcen einen Puffereffekt (vgl. SCHRÖDER und SCHWARZER 1997: 187, nach HOBFOLL und WALFISCH). Der Haupteffekt ist, dass diese Ressourcen immer zur Verfügung stehen und in Krisenzeiten kann auf soziale Ressourcen zurückgegriffen werden (vgl. ebd). Personale Ressourcen sind besser vorhersagbar und soziale Ressourcen mit Unsicherheit verbunden (vgl. KOHLMANN 1997: 212).



In ihrem Buch berichteten LAZARUS und FOLKMAN (1984) sehr oft von der Situationsabhängigkeit, wie eine Belastung angegangen wird. Ich habe anhand der jeweils dichotomen Beispielen erklärt, dass sich Ressourcen sowohl positiv als auch negativ auf die Betroffenen auswirken können, und dass der Kontext und das Maß des Einsatzes entscheidend sind.

Beide Ressourcentypen sind nicht voneinander trennbar, da sich der Mensch ständig in Netzwerken oder Geflechten befindet. Dies kann als Person-Umwelt-Beziehung angesehen werden (vgl. SCHRÖDER und SCHMITT 1988: 159).

2.5. Bewältigung von Alltagsproblemen

In diesem Unterkapitel stelle ich die Bewältigungstheorie nach Ursula LEHR und Hans THOMAE vor. Ende der 1940er Jahre begannen die beiden Autoren mit Feldstudien zur Thematik Konflikt und Belastung mit vom Krieg betroffenen Gruppen. Dabei bestrebten sie den direkten Zugang zu den jeweils Betroffenen mit Hilfe von Interviews und Beobachtungen an. Sie kritisierten Experimente, die durchgeführt wurden, um Bewältigungsstrategien zu untersuchen. Sie hielten Forschungsexperimente für ungeeignet, um Strategien aus dem täglichen Leben gewinnen zu können (vgl. LEHR und THOMAE 1991: 143). „So wie sich die Entscheidungsforschung immer wieder an der Realität von Entscheidungen im ‚realen‘ Leben orientieren muss, sollte auch die ‚Streß-‘ und ‚Copingforschung‘ überprüfen, ob sie mit der Adaptation der zu untersuchenden Reaktionen an ein experimentelles Design diese nicht inzwischen stark verändert oder gar verloren hat“ (ebd: 142 f.). Bewältigung wurde direkt am erhobenen Material herausgearbeitet und allgemeineren Grundmustern zugeordnet (vgl. ebd.: 157).

Ende der 1940er Jahre begannen die beiden Autoren mit Feldstudien zur Thematik Konflikt und Belastung mit vom Krieg betroffenen Gruppen.

2.5.1. Allgemeines psychisches Anpassungssystem

Das allgemeine psychische Anpassungssystem besteht aus zwei Komponenten, die nach LEHR und THOMAE (1991) scheinbar die Grundvoraussetzung zur Bewältigung von Belastungen und Krisen im Alltag sind. Es besteht aus praktischen Lösungsversuchen und psychischen Verarbeitungsweisen. Zu der ersten Komponente gehören „Leistung, verschiedene Varianten von Anpassung und Einbeziehung sozialer Stützsyste-me“ (ebd.: 165). Die zweite Komponente umfasst „Verarbeitungsweisen des



2. Bewältigung

Akzeptierens“ und die „positive Deutung“ (ebd.). Die Autoren fügen hinzu, dass dieses Anpassungssystem situationsspezifische und persönliche Antwortmuster ergänzt und teilweise auch ersetzt (vgl. ebd.: 166). Diese Komponenten werden in den nächsten Abschnitten behandelt.

Leistungsorientiertes Verhalten

LEHR und THOMAE (1991) erklären diesen Begriff nach MURRAY (1938), dass Leistung „alle Reaktionsformen umfasst, die mit Anstrengung, Müheaufwand, Energie-Einsatz verbunden sind“ (ebd.: 167). Das Wort „Leistung“ beschreibt eine häufig genutzte Reaktionsart der Bemühung um Erfolg in den unterschiedlichsten Lebenslagen und ist eine der am häufigsten genutzten Reaktionsart (vgl. ebd. nach THOMAE 1988). Der Begriff wird weiter unterschieden in:

1. Leistung als körperliche und/oder geistige Anstrengung
2. Kognitive Leistung, d. h. erhöhte Aufmerksamkeit, intensives Nachdenken, Versuche Informationsgewinnung und Informationsspeicherung
3. Direktive Leistung, d. h. Steuerung des eigenen oder fremden Verhaltens im Sinne der Erfüllung einer Aufgabe oder der Erreichung eines Zieles trotz Ermüdung, Ablenkung, oder sonstiger Störfaktoren.

(ebd.: 167 f.)

Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation

Bei dieser Komponente werden alle Unternehmungen für das Lösen von Problemen zusammengefasst, die sich an personenunabhängigen Aspekten der Situation orientieren (vgl. ebd.: 168). Es kann sich um ein intellektuelles Problem handeln, oder um die spezifische Beschaffenheit einer Sache (vgl. ebd.: 168). Zum Beispiel wenn ein technisches Gerät nicht mehr funktioniert und mit Hilfe der Bedienungsanleitung nach der Lösung des Problems gesucht wird. Soziale Normen, Traditionen und Regelungen können auch personenunabhängig sein, sind aber nicht veränderbar. Die Anerkennung der Unveränderbarkeit ist dabei entscheidend.

Um Probleme bewältigen zu können, werden sachliche oder soziale Ordnungen hinzugezogen (vgl. ebd.: 170). So können Arbeitsamt, Kirche, Sozialamt etc. bei der Problemlösung hilfreich sein. Dies setzt viel Informationsaufnahme und Informationsverwertung voraus (vgl. ebd.: 168). Gerade in heutiger Zeit, übernehmen Institutionen sehr viele Aufgaben, um zum Beispiel das Überleben sichern können. Dabei



2. Bewältigung

ist die Anpassung an diese Institutionen sehr wichtig. LEHR und THOMAE (1991) behaupten, dass „ein Verzicht auf sie kann [...] nur Wunden hinterlassen, physische oder psychische“ (ebd.: 171).

Anpassung an die Eigenheiten und Bedürfnisse anderer

Es wird versucht eine Übereinstimmung zwischen den eigenen Verhaltensweisen und den vermuteten Erwartungen anderer Menschen herzustellen (vgl. ebd.: 171). In diesem Fall kann zum Beispiel bei Krankenpflege von Angehörigen auf eigene Wünsche verzichtet werden, um die Pflegenden nicht zu enttäuschen (vgl. ebd.). Ebenso innerhalb des Berufes, kann diese Reaktionsform von Nutzen sein, um Probleme zu lösen, oder aber die Zusammenarbeit zu sichern, so die beiden Autoren. Sie merken auch an, dass oft „vermutete Grundbedürfnisse“ wichtiger sind als „faktische Problemlösung“ (vgl. ebd.: 172).

Stiftung und Pflege sozialer Kontakte

Mit Menschen Kontakt zu haben und die Pflege von Kontakten, ist nicht nur ein Grundbedürfnis, sondern ein Hilfsmittel zur Bewältigung von Belastungen (vgl. ebd.: 174). Bereits bei Einjährigen ist zu beobachten, wie sie Kontakt suchen und sich um die Kontakterhaltung bemühen (vgl. ebd.: 173, zit. nach CORNELL et al. 1986). Besonders familiäre Probleme werden zu persönlichen Kontakten genutzt (vgl. ebd.: 174, zitiert nach NIEHAUS 1985). Zum Beispiel zählt dazu die Aussprache zwischen Menschen.

Akzeptieren der Situation

Sind Belastungen und Krisen unveränderbar, zum Beispiel chronische Krankheiten, ist die Reaktionsform „Akzeptieren der Situation“ von besonderer Bedeutung. Es handelt sich nicht um ein „dumpfes, apathisches Hinnehmen“, sondern ist nach LEHR und THOMAE ein Resultat „innerer Verarbeitung, einer kognitiven Umstrukturierung der Situation, die ein gewissen Maß an Offenheit und Flexibilität voraussetzt“ (LEHR und THOMAE 1991: 159). Es wird oft verglichen, wie es anderen ergeht, um die eigene unveränderbare Situation relativieren zu können, oft werden philosophische und religiöse Hinweise hinzugezogen (ebd.: 175). Bei Gesunden ist die Fähigkeit zur Akzeptanz scheinbar eine von „sozialen Normen abhängige psychische Verarbeitungsform“ (ebd.: 178).



Positive Deutung

Bei dieser Reaktion werden positive Aspekte der Belastung hervorgehoben (vgl. ebd.: 141, 159). Sie erfolgt nicht als rationaler Plan und ist keine Verdrängung, sondern steht im Zusammenhang mit der Erfahrung vergangener negativer Erlebnisse und sie ist eine spontane Reaktion (vgl. ebd.: 178). *Positive Deutung* nach GRAUMANN: „eine Variante der Akzentuierung, des Hervorhebens bestimmter Seiten und der geringeren Beachtung anderer“ (LEHR und THOMAE 1991: 178, zitiert nach GRAUMANN 1966). Die beiden Autoren stellten bei ihren Untersuchungen fest, dass zu dieser Akzentuierung einer Situation positive, sowie negative Gesichtspunkte hinzukommen und am Ende ein positives Fazit steht (ebd.: 178). Ähnlich wie bei der *Akzeptanz der Situation*, sind Vergleiche zu anderen Personen und Situationen hilfreich.

Die beiden Autoren bemerken jedoch, dass ein Unterschied zwischen Akzeptanz und positiver Deutung vorhanden ist und nach den Forschungsergebnissen STÖHR (1986) nur ein geringer Zusammenhang besteht (vgl. ebd.: 179).

Nach dem Beschreiben der Reaktionsformen des allgemeinen psychischen Anpassungssystems, werden in den nächsten Abschnitten situationsspezifische Reaktionsformen genannt. Denn dieses System bedarf „in unterschiedlichen Situationen der Ergänzung durch stärker situationsspezifische praktische und intrapsychische Lösungsversuche“ (ebd. 184).

2.5.2. Situationsspezifische Reaktionsformen

Wie bei dem allgemeinen Anpassungssystem, werden die situationsspezifischen Reaktionsformen in praktische und psychische Lösungsversuche unterteilt (vgl. ebd.: 185). Die beiden Autoren zählen zu den praktischen Reaktionsformen, das *Aufgreifen von Chancen*, *der Bitte um Hilfe* und den *Widerstand* (vgl. ebd.). Psychische Verarbeitungsformen sind die *Identifikation mit Zielen und Schicksalen anderer*, *Hoffnung* und *Korrektur von Erwartungen*. LEHR und THOMAE (1991: 185) beschreiben das *Sichverlassen auf andere* und *Zurückstellen eigener Bedürfnisse*, als eine Verbindung der beiden Lösungsversuche (vgl. ebd.).

Aufgreifen von Chancen

Diese Reaktionsform stellt ein aktives Auseinandersetzen mit Alltagsproblemen dar und ist weniger geeignet bei Krankheiten (vgl. ebd.: 185 f.). Die Reaktionsform kann



2. Bewältigung

helfen, bei finanziellen Problemen (wie Suche nach einem Nebenerwerb), zum Beispiel nach einer Wohnung oder einem Beruf (bei wirtschaftlichen Krisen) zu suchen. Dabei hängt das „Gegebensein und [die] Wahrnehmung einer günstigen Konstellation“ davon ab, ein Problem lösen zu können und sich schnell auf Belastungen einzustellen und Chancen zu nutzen (vgl. ebd.).

Bitte um Hilfe

Um Hilfe gebeten werden können „natürliche Personen, Gruppen, Institutionen oder übernatürliche Wesen“ (ebd.). Kennzeichnend sind soziale Netzwerke (familiär oder außer-familiär), die bei der Problemlösung helfen. LEHR und THOMAE (1991: 187) nennen es Hilfe zu richten an „bedeutsame andere, wie Familienangehörige, Freunde, Nachbarn oder Bekannte“.

Widerstand

Bei ihren Untersuchungen stellten beide Autoren fest, dass Widerstand eine Weigerung gegenüber Anordnungen, Hinweisen, Empfehlungen und Traditionen oder gegenüber Autoritäten (z.B. ÄrztInnen) ist (vgl. ebd.: 188). Widerstand bei Krankheiten kann sich in zwei Richtungen zeigen. Zum einen, dass die gestellte Diagnose nicht anerkannt wird oder das Ratschläge von MedizinerInnen (z.B. kein Alkohol zu trinken) nicht befolgt werden (vgl. ebd.: 163). Dies könnte negative Folgen haben und zu einer schlechten Zusammenarbeit führen (vgl. ebd.: 189).

Identifikation mit Zielen und Schicksalen anderer

An dieser Reaktionsform ist die Verbindung zur Psychoanalyse von Sigmund FREUD bei LEHR und THOMAE (1991) festzustellen. Identifikation oder Identifizierung beschreibt die „früheste Äußerung einer Gefühlsbindung“ (FREUD 2000: 98, [1921]) und einen psychischen Vorgang, der für die Entwicklung der Psyche sowie einen Abwehrmechanismus, der für die Konfliktbewältigung notwendig ist (vgl. PETZOLD 2007: 295 f.). Die AutorInnen zitieren weiter nach FREUD, dass es ein sich in die Lage eines anderen setzen voraussetzt und ein Dazugewinn für das Ich ist, wenn es sich mit den Eigenschaften von jemand anderen identifiziert (vgl. LEHR und THOMAE 1991: 190).

Diese Verarbeitungsform ist ebenso im engeren Umfeld einer Person zu finden (familiärer Bereich, Freunde) oder der „bedeutsamen anderen“, wie bei der letzten



Reaktionsform genannt (vgl. ebd.). Sie ist nicht geplant und tritt spontan auf und hilft Misserfolge zu kompensieren, indem sich zum Beispiel mit einer im Beruf erfolgreichen Person identifiziert wird (vgl. ebd.: 192).

Hoffnung

„Solange ich atme, habe ich Hoffnung“ lautet ein Zitat CICEROS und Hoffnung nimmt bei der Verarbeitung von Belastungen eine wichtige Position ein. LEHR und THOMAE (1991: 187) fanden bei ihren Untersuchungen heraus, dass Hoffnung „als ein auf die Veränderung einer unbefriedigenden beziehungsweise bedrohenden Situation gerichteter Erwartungseffekt“ darstellt und „als innige Verbindung von Wunsch und Erwartung in Bezug auf die Beibehaltung eines positiv erlebten, erfüllten Zustandes“ einnimmt (ebd.: 194). Die Reaktionsform ist bei Situationen hilfreich, wo eigene Ressourcen nicht ausreichen, um eine belastende Situation zu verändern (vgl. ebd. nach LAZARUS 1980). Im Zusammenhang mit manchen Krankheiten wird diese Reaktionsform oft gewählt, damit eine Besserung eintritt (vgl. ebd.: 195).

Korrektur von Erwartungen

Eine Erwartung oder Antizipation steht meiner Meinung nach immer im Konflikt mit der Realität. Im DUDEN – FREMDWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) (2001) wird Antizipation als „Vorwegnahme von etwas, was erst später kommt oder kommen sollte“ definiert. Meist sind diese Vorwegnahmen nicht möglich, da nicht alle Faktoren, die Einflüsse auf Situationen haben, berücksichtigt werden können. Deshalb ist es sinnvoll Erwartungen zu korrigieren, auch wenn im Sinne der Definition es sich noch immer um Erwartungen handelt, aber die Situation an sich korrigierbar ist. Für LEHR und THOMAE ist Erwartung eine „intensive psychische Auseinandersetzung“ (ebd.: 180). Ist diese eine Frustration, weil sich die Erwartung nicht erfüllte, wird sie korrigiert, um die eingetretenen Situation umgehen zu können (vgl. ebd.: 196).

Diese Reaktionsform ist von besonderer Bedeutung bei schweren Krankheiten (vgl. ebd.: 197). Gerade im Prozess der Heilung können zu hohe Erwartungen immer wieder zu Enttäuschungen führen und die Korrektur dieser soll vorbeugen. Dennoch meinen die beiden Autoren, dass immer noch eine „leise Hoffnung“ vorhanden ist (vgl. ebd.: 197). Die Korrektur von Erwartungen kann ebenso unter „externaler Kontrolle“ verstanden werden, wie ich es im Unterkapitel „Kontrollüberzeugung“ (S. 35) beschrieb.



Selbstbehauptung

Bei der Selbstbehauptung „werden primär jene Reaktionsweisen zusammengefasst, welche auf die Verteidigung oder Wiederherstellung von Selbstachtung gerichtet sind“ (ebd.: 198). Diese Reaktionsform findet Anwendung bei „sehr spezifischen Situationen“, wo das Selbstbild gefährdet und mit Hilfe dieser Reaktionsform wiederhergestellt wird (vgl. ebd.: 199). Als Beispiel nennen sie Etikettierungen bei Krankheiten (z.B. Schizophrenie), um nicht stigmatisiert zu werden (vgl. ebd.: 164 u. 200). LEHR und THOMAE bezeichnen es auch als Schutzfunktion, wo keine logische Richtigkeit bei den Behauptungen vorhanden sein muss. Hauptsache ist, dass es aus psychologischer Perspektive die richtigen – die bei der Lösung der psychologischen Belastung helfen – sind (vgl. ebd.: 200).

Aggression/Kritik

Kritik übernimmt eine entlastende Funktion bei Belastungen (vgl. ebd.: 201 ff. nach BECKMANN 1987). Diese ist vorrangig verbal, richtet sich oft an andere Personen und ist eine der häufigsten Formen innerhalb der Gesellschaft, ebenso kann Aggression physisch gerichtet sein (vgl. ebd.: 201). Beide Arten können bei Frustrationen auftreten, die nicht kontrolliert werden können, aber ein Wunsch nach Veränderungen vorhanden ist (vgl. ebd.: 202 und 203 nach BECKMANN 1987).

Sichverlassen auf andere

LEHR und THOMAE (1991) beziehen sich auf eine Begriffsdefinition von Vertrauen nach Erik ERIKSON und ist „die Grundlage einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung“ (ebd.: 203). Vertrauen wird weiter definiert als sich einer „haltgebenden Struktur zu überlassen, um die Unsicherheit (Risiko) zu überbrücken“ (FRANK-RIESER 2007: 255). Dies kann ein unbewusster Vorgang sein, bei dem sich auf jemand anderen eingelassen wird (vgl. ebd.: 255). Es handelt sich aber nicht um eine passive Reaktionsform, dass gewartet wird bis etwas geschieht (vgl. LEHR und THOMAE 1991: 204). Sondern es herrscht ein Glauben oder Gewissheit vor, dass es Personen, übernatürliche Kräfte oder Institutionen gibt, die bei der Lösung (Übernahme von Aufgaben, Behebung) des Problems helfen können (vgl. ebd. nach THOMAE 1988).



Zurückstellen eigener Bedürfnisse

Diese Reaktionsform ist nicht gleichzusetzen mit selbstlosen und selbstbezogenen Motiven, kann aber in bestimmten Situationen damit in Verbindung stehen (Pflegebedürftigkeit von Familienangehörigen) (vgl. ebd.: 208). Es werden Lösungen angestrebt, die „zugunsten anderer oder zugunsten der Erreichung weiter gesteckter Ziele auf die Befriedigung bestimmter Wünsche verzichtet bzw. ihre Erfüllung zurückgestellt“ wird (ebd.: 207 f.). Bei unterschiedlichen PatientInnengruppen kam diese Reaktionsform vor (vgl. ebd.: 209).

2.5.3. Emotionale und evasive Reaktionen

Das letzte Thema von LEHR und THOMAE ist als ein Hinweis und teilweise Kritik zu verstehen. Kritik, da Coping-Forschung Bewältigung als strategisches Manöver ansieht, aber es Situationen gibt, die nicht akzeptabel und immer lösbar sind (vgl. ebd.: 210). Die AutorInnen beschreiben, dass viele Dinge als Movie-Helden-Taten beschrieben werden. Immer eine Patrone bereit auf Probleme zu schießen, um diese zu lösen (vgl. ebd.).

2.6. Anpassungsfähige Tätigkeiten von Coping (*adaptive tasks and methods of coping*)

In diesem Abschnitt stelle ich ein Konzept von MOOS und HOLAHAN vor. Es ist ein Aufsatz aus dem Buch *Coping with Chronic Illness and Disability*. Dieser Abschnitt soll Bewältigung unter dem Aspekt von chronischer Krankheit betrachten. Rudolf H. MOOS ist Professor für Psychiatrie und Verhaltenstherapie an der Stanford University in Amerika unter anderem mit dem Forschungsschwerpunkt von Coping von Gesunden und Risikogruppen (MOOS 2012). Charles J. HOLAHAN ist Professor für Psychologie an der University of Texas at Austin, Amerika mit den Schwerpunkten in Gesundheitspsychologie, Stress und Coping bei kranken Menschen (HOLAHAN 2012). Dieses Konzept ist ein konzeptioneller Bezugsrahmen, der chronische Erkrankung als eine Lebenskrise beschreibt und Sichtweisen der adaptiven Bewältigung aufbringt.

MOOS und HOLAHAN sagen aus, dass Coping von chronischen Erkrankungen von der Krisentheorie (*crisis theory*), biopsychosozialen Perspektiven (*biopsychosocial perspective*) sowie Copingprozessen und Ressourcen (*coping resources and processes*)



geformt wurde (vgl. MOOS und HOLAHAN 2007: 107). Die Krisentheorie besagt, dass die von einer chronischen Erkrankung Betroffenen dies als Einschnitt in ihr Leben betrachten (vgl. ebd.: 108). Um das Gleichgewicht wieder zu finden, sind Individuen empfänglich für Hilfe von außen (vgl. ebd.). Der Einfluss und Ratschläge von ÄrztInnen ist vor allem für chronisch Kranke und deren Familien wichtig (vgl. ebd.). Die biopsychosoziale Perspektive beachtet das nähere Umfeld von chronisch Kranken und wie sich Erkrankung auf das persönliche und soziale Umfeld auswirkt (vgl. ebd.). Die letzte Perspektive, Copingprozesse und Ressourcen, umfasst mehrere Modelle. Psychoanalytische Abwehrmechanismen, die dem Ich helfen Konflikte zu beseitigen, kognitive Problemlösestrategien und das Transaktionsmodell nach LAZARUS und FOLKAMAN (vgl. ebd.). Auch hier ist wieder eine große Schnittmenge unterschiedlicher Theorien festzustellen, wie es am Anfang des Kapitels erwähnt wurde.

2.6.1. Konzeptuelles Integrationsmodell (*Integrative Conceptual Framework*)

Dieses Modell (siehe Abb. 2.1, S. 48) wurde entwickelt, um zu beschreiben wie chronisch Kranke ihre Krankheit bewältigen (vgl. ebd.: 109). Dabei benennen die Autoren fünf Faktoren: gesundheitsbezogene (*health-related factors*), persönliche Ressourcen (*personal resources*), sozialer und physischer Kontext (*social and physical context*), kognitive Bewertung (*cognitive appraisal*) und anpassungsfähige Tätigkeiten (*adaptive tasks*) (vgl. ebd.). Die Autoren definieren die Grafik folgendermaßen:

Personal resources (Panel I), health-related factors (Panel II), and the social and physical context (Panel III) influence appraisal of a health condition (Panel IV) and the formulation of adaptive tasks (Panel V). These factors shape the choice of coping skills (Panel VI), which then mediate between the influences in Panels I through V and health-related outcomes (Panel VII). In a mutual feedback cycle, health-related outcomes may alter the preceding sets of factors and consequently, change longer-term health outcomes.

(ebd.)

2.6.2. Persönliche Ressourcen (*Personal Resources*)

Persönliche Ressourcen umfassen ein weites Spektrum, wie „intellectual ability, ego strength and self-confidence, religious beliefs, and prior health-related and coping

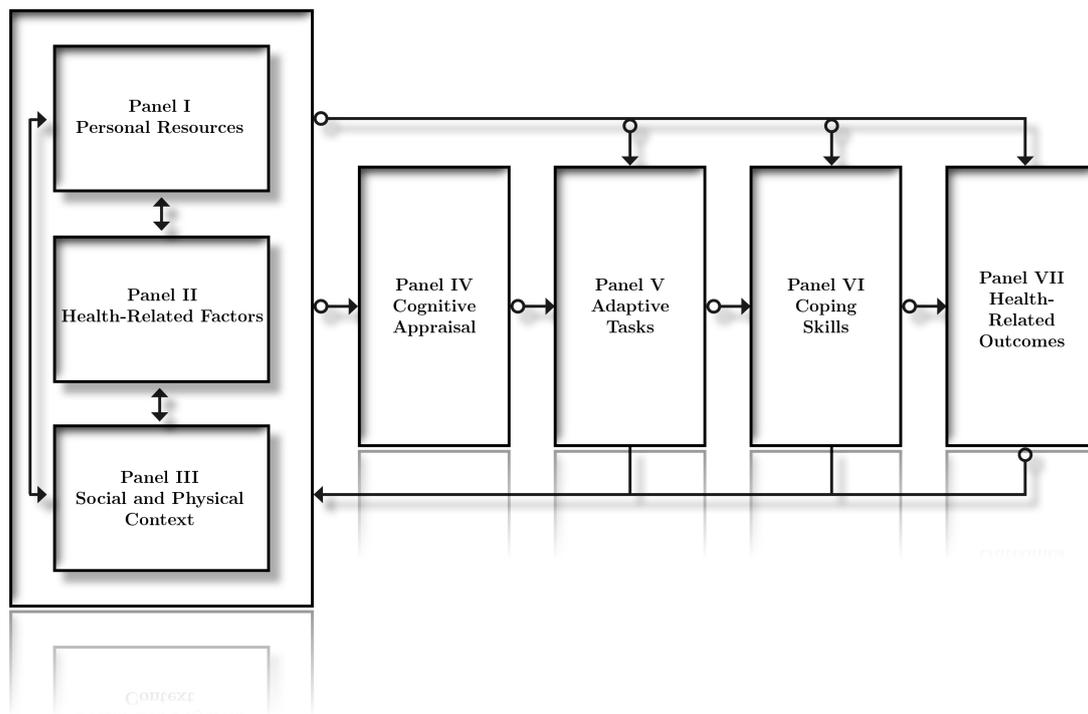


Abbildung 2.1.: Integrationsmodell nach MOOS und HOLAHAN (2007: 110)

experiences, as well as such demographic characteristics as age, gender, and education“ (ebd.: 109 f.). Auch gehören persönliche Charakteristiken dazu, wie zum Beispiel Extroversion, Optimismus, Selbstkontrolle und kognitive Problemlösungsstile (vgl. ebd. nach MOOS & HOLAHAN 2003). Die Autoren fassen zusammen, dass Menschen mit den Charaktereigenschaften von erhöhter Kontrollüberzeugung und Selbstvertrauen dazu tendieren, Problemlösestrategien zu verwenden und zielorientierter sind (vgl. ebd.: 110 nach DE RIDDER & SCHREURS, 1996; KEMP, MORLEY, & ANDERSON, 1999; LUSTIG, 2005). Optimistische Menschen neigen zur Suche nach Hilfe im sozialen Umfeld und sind ebenso problemlösungsorientiert (vgl. ebd. nach SCHEIER & CARVER 1987). Pessimistische Menschen hingegen verneinen, resignieren und beschwerten sich (vgl. ebd.).

2.6.3. Gesundheitsbezogene Faktoren (*Health-Related Factors*)

Alles was mit einer Erkrankung zu tun hat, kann den gesundheitsbezogenen Faktoren zugerechnet werden (Entwicklung von Symptomen, wie ist jemand beeinträchtigt, das Hilfesystem von Mediziner etc.) (vgl. ebd.: 110). Es wird unterschieden zwischen Kranken, die eine terminale Krankheit haben und nicht lebensbedrohlichen Krankheiten (vgl. ebd.). MOOS und HOLAHAN bemerken jedoch an, dass allum-



fassend nicht die Krankheit an sich Bewältigungsverhalten beeinflusst, sondern in welcher Phase sich PatientInnen befinden (vgl. ebd.: 111).

2.6.4. Sozialer und materieller Kontext (*Social and Physical Context*)

Ein soziales Netzwerk kann persönliche Eigenschaften von Individuen stärken, so dass die Krankheit nicht als Bedrohung aufgefasst wird, sondern eine Herausforderung ist (vgl. ebd.: 111). Zu dem sozialen Kontext gehören nach MOOS und HO-LAHAN, die Beziehungen zwischen den chronisch Kranken, deren Familie, Freunden und ebenso Arbeitskollegen und Betreuungspersonen (vgl. ebd.). Kommt es zu Äußerungen von Kritik oder zu einem mangelnden Interesse, kann es passieren, dass chronisch Kranke es eventuell vermeiden Probleme anzusprechen und die Bewältigung der Krankheit schwieriger verlaufen könnte (vgl. ebd. nach ROHRBAUGH 2000). Und einer nicht unerheblichen Rolle kommt einer zufriedenstellenden Privatsphäre zu (vgl. ebd.: 111).

2.6.5. Kognitive Bewertung und anpassungsfähige Tätigkeiten (*Cognitive Appraisal and Adaptive Tasks*)

Wie am Anfang des Modells von MOOS und HOLOHAN erläutert, beeinflussen die vorangegangenen Punkte, wie auf eine Situation reagiert wird. Dazu zählen die kognitive Bewertung einer Situation und die anpassungsfähige Tätigkeit.

Wie wird auf eine Situation reagiert? Nach dem Modell von MOOS und HOLOHAN wird zuerst eine Situation kognitiv bewertet und eine potentielle Copingstrategie gebildet. Wurde der Stressfaktor erwartet, war genügend Zeit um sich darauf einzustellen und wird es als Bedrohung oder Herausforderung angesehen (vgl. ebd.)? Und haben die Betroffenen eventuell die Situation selber herbeigeführt? Ist eine Krankheit kontrollierbar und lässt sie sich verändern, wird eine zielorientierte Problemlösung angestrebt (vgl. ebd.: 112). Betrachtet der Betroffene aber die Krankheit als Bedrohung, wird er dem Problem eher ausweichen (vgl. ebd.).

Wurde eine Situation eingeschätzt, ist der nächste Schritt (aus den vorangegangenen) eine Tätigkeit zu wählen. Bei Krankheiten ist anzumerken, dass diese viele Aufgaben voraussetzen können. Zum Beispiel:

- managing physical impairments



2. Bewältigung

- accepting one's illness and personal needs
- giving up ordinary activities
- adapting to an altered social identity
- finding new ways to maintain social relationships

(vgl. ebd. nach DE RIDDER, SCHREURS, & BENSING, 1998; HEIJMANS ET AL., 2004).

Diese Aufgaben:

can be divided into seven groups: three tasks are related to the health condition and its treatment; the other four tasks are more general and apply to all types of life-crises. These seven tasks are typically encountered with all CIDs, but their relative importance varies, depending on the person, the specific health problem, and the unique set of circumstances.

(ebd.)

Diese Gruppierungen erläutere ich in den nächsten Absätzen:

1. Symptome handhaben (*Managing Symptoms*)

Schmerzen, Schwindelgefühl, das Gefühl die Kontrolle zu verlieren etc., können Symptome von Erkrankungen sein (vgl. ebd.: 112). Diese sind unangenehm und Individuen sollten die Symptome erkennen und kontrollieren können, so weit dies möglich ist (zum Beispiel bei Diabetes eine Unterzuckerung zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu treffen) (vgl. ebd.).

2. Behandlung handhaben (*Managing Treatment*)

Diese Gruppe von Aufgaben umfasst die Behandlung und eventuelle Behandlungstechniken, die eingesetzt werden müssen, und wie diese gemanagt werden (vgl. ebd.): bei Krebspatienten zum Beispiel, dass Chemotherapie Nebeneffekte erzeugt, Wartezeiten vor wichtigen Behandlungen (vgl. ebd.).



3. Beziehung aufbauen mit medizinischen Dienstleistern (*Relationships with Health-Care Providers*)

Chronisch Erkrankte sind abhängig von Hilfesystemen (ÄrztInnen, Krankenschwestern und Pflegern etc.). Es fällt nicht allen Betroffenen leicht, Bedürfnisse zu äußern, Hilfe in Anspruch zu nehmen oder gar eine Diagnose zu hinterfragen und Alternativen zu suchen (vgl. ebd.: 113). MOOS UND HOLOHAN beschreiben es als schwierige Aufgabe, angemessene Beziehungen zu ÄrztInnen und anderen Dienstleistern aufzubauen, da es oft vorkommt, dass hier ein Wechsel erfolgt (vgl. ebd.).

4. Emotionen handhaben (*Managing Emotions*)

Die vierte Gruppe von Aufgaben beschreibt eine gewisse emotionale Balance zu halten, die bei schwierigen gesundheitlichen Krisen auftreten können (vgl. ebd.). „Disturbing emotions“, so MOOS und HOLAHAN (2007), treten aus Angst vor einer ungewissen Zukunft, dem Gefühl der Entfremdung und Isolation auf (vgl. ebd.). Chronisch Kranke sollten den Autoren zufolge Hoffnung bewahren, um diesen Situationen und deren assoziierten Gefühlen begegnen zu können (vgl. ebd.).

5. Ein positives Selbstbild erhalten (*Maintaining a Positive Self-Image*)

Erkrankungen können den Körper verändern und beeinträchtigen. So kann permanente Schwäche oder Unbehagen PatientInnen betreffen (vgl. ebd.). Diese Veränderungen verändern das Selbstbild und sollten in das Leben von PatientInnen integriert werden und ein zufriedenstellendes Selbstbild erhalten (vgl. ebd.). Die Autoren bezeichnen das als eine „Identitätskrise“ („*identity crisis*“) und Änderung der persönlichen Werte. DialysepatientInnen können zum Beispiel durch ihre lebenserhaltende Behandlung der Dialyse von sich denken, dass sie „halb-Mensch-half-Maschinen“ sind (vgl. ebd.). Zu dieser Kategorie von Aufgaben gehört auch eine Akzeptanz der Erkrankung und dem Verändern von Erwartungen (vgl. ebd. nach WRIGHT 1983).



6. Sich auf Familienmitglieder und Freunde beziehen (*Relating to Family Members and Friends*)

Müssen schwierige Entscheidungen in Zusammenhang mit der Krankheit getroffen werden, sind unterstützende FreundInnen und Verwandte des sozialen Netzwerkes eine Hilfe (vgl. MOOS und HOLAHAN 2007: 114). „Open and caring relationships“ ermöglichen es auch FreundInnen und Verwandten, sich auf Aufgaben vorzubereiten, die kommen könnten (vgl. ebd.). Probleme könnte es geben, wenn es schwere Krankheiten sind, äußere Hilfe zu akzeptieren (vgl. ebd.).

7. Sich auf eine unsichere Zukunft vorbereiten (*Preparing for an Uncertain Future*)

Diese letzte Gruppe von Aufgaben könnte mit Hoffnung assoziiert werden. Oftmals besteht Unsicherheit (Bsp. Chemotherapie bei KrebspatientInnen), ob eine Behandlung den erhofften Erfolg bringt oder Gefahren die kommen könnten (Haarausfall, Amputation etc.) (vgl. ebd.). Bei terminalen Erkrankungen stehen Familienangehörige und PatientInnen vor der schweren Aufgabe zu trauern und ebenso Hoffnung zu bewahren, dass neue Behandlungsmethoden doch helfen könnten (vgl. ebd.).

2.6.6. Bewältigungsfähigkeiten (*Coping Skills*)

Bewältigungsfähigkeiten können erlernt werden, um Menschen mit chronischen Erkrankungen zu helfen, mit Disstress umzugehen und Probleme zu lösen (vgl. ebd.: 114 nach RADNITZ 2001; SHAROFF 2004). Die Autoren nennen zwei Ansätze: Auf der einen Seite wird sich auf die Art der Bewältigung konzentriert und wie eine Person auf einen Stressor reagiert (vgl. ebd.). Die Person kann versuchen das Problem zu verstehen und zu bewältigen, oder sie konzentriert sich auf die mit dem Problem zusammenhängenden Emotionen, oder sie kann es vermeiden. Auf der anderen Seite, dass kognitive oder verhaltensbezogene Bemühungen stattfinden (vgl. ebd.).

When these two approaches are combined, they specify four broad domains of coping: cognitive approach coping, behavioral approach coping, cognitive avoidance coping, and behavioral avoidance coping. Each of these four coping domains encompasses two subsets of conceptually related coping skills:



2. Bewältigung

- (a) **Cognitive approach coping:** encompasses logical analysis and the search for meaning and positive reappraisal and
- (b) **behavioral approach coping:** includes seeking guidance and support and taking problem-solving action.
- (c) **Cognitive avoidance coping:** is comprised of cognitive avoidance or denial, and acceptance or resignation and
- (d) **behavioral avoidance coping:** covers seeking alternative rewards and emotional discharge.

(MOOS und HOLAHAN 2007: 114, Betonungen hinzugefügt, JK)

Bei diesen Richtungen ist klar die psychologische Strömung der Verhaltensforschung zu erkennen, was in den nächsten Absätzen noch ersichtlicher wird. MOOS und HOLAHAN (2007) beschreiben acht der am häufigsten eingesetzten Bewältigungsfähigkeiten (vgl. ebd.: 117). Sie merken dazu an, dass diese nicht exklusiv und einseitig eingesetzt werden und sich von Situation zu Situation unterscheiden (vgl. ebd.). Von diesen acht Fähigkeiten stelle ich vier vor:

1. Logische Analyse und Sinnsuche (*Logical Analysis and the Search for Meaning*)

Überwältigende Probleme sollen in kleinere und lösbare Teile gegliedert werden, und frühere erfolgreiche Problembewältigungen sollen ein Ansporn sein (vgl. ebd.: 115). Auch die Suche nach dem Sinn umfasst diese Fähigkeiten und dass Individuen mehr über ihren Zustand erlernen und mit Hilfe von medizinischen Interventionen Krankheitssymptome beeinflussen können (vgl. ebd.).

2. Suche nach Hilfe und Unterstützung (*Seeking Guidance and Support*)

Um eine gewisse Kontrolle über die Erkrankung zu erlangen, müssen Informationen über die Gesundheitssituation eingeholt und eventuell alternative Behandlungsmethoden in Betracht gezogen werden (vgl. ebd.: 115). Diese Fähigkeit ist eine Kombination der vorangegangenen *logischen Analyse* und PatientInnen können sich durch erlangtes Wissen auf Probleme einstellen. Zu diesen Fähigkeiten zählt auch Hilfe und Bestätigung zu suchen bei Freunden und Verwandten. MOOS und HOLAHAN erwähnen für diese Kategorie auch religiöses Verhalten (vgl. ebd.).



3. Akzeptanz und Resignation (*Acceptance and Resignation*)

Es gibt Situationen und Krankheitszustände, die nicht geändert werden können. Diabetes-Typ-I zum Beispiel ist nicht heilbar. Auch Symptome sind nicht in jedem Fall kontrollierbar. Die Fähigkeit, diese Unveränderlichkeit zu akzeptieren und ein möglichst zufriedenstellendes Leben zu haben, beschreibt diese Eigenschaften. Auf der anderen Seite steht die Resignation bei schnellen Veränderungen der Krankheit und ist somit ein Bewegen zwischen „continued hope and acceptance with resignation“ (vgl. ebd.: 116).

4. Emotionales abreagieren (*Emotional Discharge*)

Schreien, Weinen und Galgenhumor können Ausdrucksformen dieser Kategorie von Eigenschaften sein. Bei neuen schicksalhaften Prognosen sind dies Mittel, um mit der Situation umgehen zu können und erleichtern PatientInnen die Situation und hilft, die Anspannung zu mindern (vgl. ebd.: 117). Es gibt Reaktionen, wie Bingeating, die eingesetzt werden können, aber nicht vorteilhaft sind. Auch hier ist es eine Balance zwischen emotionaler Kontrolle und emotionalem Abreagieren (vgl. ebd.).

Die anderen nicht näher erläuterten Bewältigungsfähigkeiten sind: Positive Neubeurteilung (*Positive Reappraisal*), Verwendung von Problemlöseverhalten (*Taking Problem-Solving Action*), Akzeptanz und Resignation (*Acceptance and Resignation*) und der Suche nach alternativen Belohnungen (*Seeking Alternative Rewards*).

2.6.7. Gesundheitsbezogene Folgen (*Health-Related Outcomes*)

Gesundheitsbezogene Folgen sind der letzte Bereich des Konzeptes von MOOS und HOLAHAN. Die Autoren beschreiben es als „Feedback cycle“ und der letzte Schritt kann die vorangegangenen Schritte (persönliche Ressourcen, Bewältigungsfähigkeiten etc.) noch einmal beeinflussen und sich längerfristig auf die Gesundheit auswirken (vgl. ebd.: 109).

Sie unterscheiden dabei folgende Bewältigungsarten; *Approach Coping* und *Avoidance-Coping*. *Approach coping* hat den Autoren zufolge Vorteile bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten. Sie weisen aber darauf hin, dass die Anforderungen an Coping einer Gesundheitskrise angepasst sein müssen (vgl. ebd.: 117). *Approach Coping*



wird in Zusammenhang gebracht mit „fewer symptoms, less distress, and more well-being“. Wohingegen *Avoidance-Coping* in schlechteren Ergebnissen resultiert (vgl. ebd.). DiabetikerInnen, die häufiger diese Bewältigungsart verwendeten, hielten sich weniger an Behandlungsempfehlungen (vgl. ebd. nach SHERBOURNE, HAYS, ORDWAY, DIMATTEO, & KRAVITZ 1992). Entgegen dieser negativen Beeinflussung kann Verneinung hilfreich sein, insbesondere in den Anfängen von traumatischen Belastungen, bei nicht veränderbaren Symptomen (vgl. ebd.: 118 nach GOLDBECK 1997).

Die Situation ist im Allgemeinen entscheidend, um beurteilen zu können, wann welche Bewältigungsform hilfreich oder hinderlich ist (vgl. ebd.: 118).

2.7. Zusammenfassung

In diesem Kapitel stellte ich die wichtigsten Begriffe vor, die im Zusammenhang von Bewältigung vorkommen (Krankheitsbewältigung, Ressourcen, Strategien).

Die beiden Modelle von MOOS und HOLAHAN (2007) und LEHR und THOMAE (1991), sollten zwei unterschiedliche Spektren zeigen: Bewältigung aus der Sicht des Alltags und aus der Sicht chronischer Erkrankung. LEHR und THOMAE betrachteten verstärkt psychologische Aspekte. MOOS und HOLAHAN folgten verhaltenstheoretische Ansätze, wo Kognition eine wichtige Rolle spielte. Dennoch gibt es bei beiden Ansätzen Schnittmengen, die sich vorrangig innerhalb der Ressourcen widerspiegeln. Beide Theorien betonten das soziale Umfeld als wichtige Ressource und waren praktisch orientiert. LEHR und THOMAE unterteilten ihre Theorie jeweils in einen praktischen, sowie psychologischen Teil. Und MOOS und HOLAHAN betonten lösungsorientiertes Coping. Ebenso betonten alle VerfasserInnen beider Theorien, dass die Kontextabhängigkeit von Personen zu beachten sei.

Innerhalb der Bewältigungsforschung war ein großer Einfluss der Verhaltensforscher (oder Forschung) zu erkennen. Namen wie ANTONNOVSKY, BANDURA, A. T. BECK sind einige der Forscher, die mir während des Befassens mit dieser Thematik begegneten. Annahmen, dass viele Sachen antizipiert werden können und es sich manchmal um ein Feldzug handeln könnte, wenn es darum geht, Probleme zu bewältigen. Dies kritisierten vor allem LEHR und THOMAE, dass immer mit „Vernunft und Planung alles zu meistern sei“. Ein Leben, das vollkommen planbar ist und nach einem *Homo Faber*-Prinzip funktioniert. Die Ansätze der Verhaltensforschung sind nachvollziehbar. Es gibt ein Problem, das es zu lösen gibt. Vielleicht ist es dennoch eine Idealvorstellung, dass Probleme und deren Lösungen antizipiert werden können und es



2. Bewältigung

wichtig wäre PatientInnen gut zu schulen, gerade was unsichere Situationen betrifft, sowie nicht leistungsorientiert mit Betroffenen zu arbeiten, um Enttäuschungen zu verhindern.

Teil II.

Methodisches Vorgehen

3. Wissenschaftliche Methodiken – Ein Kurzabriss

»Die Wissenschaft braucht Zusammenarbeit, in der sich das Wissen des einen durch die Entdeckungen des andern bereichert«

José Ortega y GASSET



AS Forschungsdesign kann metaphorisch anhand des Wechselspiels der Methodiken und deren Zusammenwirken als Choreographie verstanden werden. Es gibt Auskunft darüber, wie Daten erhoben, analysiert und generiert werden. Das Design soll helfen, die Forschungsfrage zu beantworten (vgl. FLICK 2010: 252; vgl. JANESICK 1994: 209). Ziel der folgenden Kapitel ist es, die wissenschaftlichen Methodiken und das Forschungsdesign anzuführen, die ich während der Untersuchung verwendete.

Methodik ist laut Dudenbeschreibung, „auf einem Regelsystem aufbauendes Verfahren zur Erlangung von [wissenschaftlichen] Erkenntnissen oder praktischen Ergebnissen“ (DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006). Methodiken wurden nach Thomas S. KUHN als Paradigmen bezeichnet, die den allgemeinen Modus operandi wissenschaftlichen Arbeitens beschreiben und Probleme lösen sollen (vgl. BORTZ und DÖRING 2006: 15; CHALMERS 2007: 92). Ob der Paradigmenbegriff eins zu eins auf die Sozialwissenschaften übertragbar ist, könnte in Frage gestellt werden. Da Thomas KUHN vorrangig aus der Perspektive der Naturwissenschaften, wie z. B. Mathematik und Physik, geschrieben hat. Lee HARVEY (1982) beschreibt in diesem Kontext, dass

es innovativ ist, die Wissenschaftsphilosophie mit der wissenschaftsoziologischen Praxis miteinander in Verbindung zu bringen, es jedoch daran fehlt nennenswerte substantielle Verbindungen zu dem weiteren soziologischen Kontext zu ziehen. Diese Verbindungen hätten KUHN'S Vorstellung eines Paradigmas von einer mechanistischen [...] zu einem interpretativ-erklärenden, geändert.



(ebd.: 85, Übersetzung, JK)

Der Autor schlägt vor, dass das Konzept eines Paradigmas aus den engfassten Handlungsrahmen der Naturwissenschaften genommen werden sollte (ebd.).

Zwei Soziologen, die sich eingehender mit Paradigmen der Soziologie befassten, sind Thomas P. WILSON und George RITZER, deren Herangehensweisen kurz erläutert werden sollen. WILSON (1971) führt zwei Paradigmen an, das normative und das interpretative:

Das normative Paradigma zeichnet sich laut WILSON dadurch aus, dass es die Naturwissenschaften zum Vorbild der Sozialwissenschaften nimmt. Normative Theorien erklären soziales Handeln dadurch, dass die normativen Dispositionen der Handelnden und die normativen Erwartungen der Interaktionspartner über einen von beiden Seiten geteilten und durch Kultur und Gesellschaft abgesicherten, kognitiven Konsens aufeinander bezogen sind.

(WEYMANN 1998: 36)

Und dem interpretativen Paradigma:

Die interpretative Soziologie hingegen setzt einen solchen Konsens nicht voraus, sondern untersucht die Konstruktion sozialer Realität im individuellen und kollektiven sozialen Handeln. So werden beispielsweise Erwartungen anderer an die eigene Rolle nicht einfach erfüllt oder abgewiesen, sie werden vielmehr – je nach Wahrnehmung und Deutung – interpretiert und aktiv angeeignet.

(ebd.)

WILSON summiert, dass das interpretative Paradigma radikal die Natur der sozialen Welt formt und Probleme entstehen lässt, die nicht durch das normative Paradigma an sich beantwortet werden können und andere Methoden erfordert, um Feldstudien oder Erhebungen durchzuführen (vgl. WILSON 1971: 79; 1970: 706).

George RITZER (2001) hingegen metatheoretisierte die soziologische Wissenschaft und ordnete verschiedene Theorien Paradigmen zu. Dabei definierte er den Begriff eines Paradigmas genauer und bemerkte nach MASTERMAN, dass KUHN in seinem Werk *The Structure of Scientific Revolutions* diesen Begriff in 21 verschiedenen Arten verwendete (vgl. ebd.: 59). RITZER fasste damit drei Haupt-Paradigmen zusammen, die die amerikanische Soziologie in den 60iger Jahren prägten. Dem „Social Facts Paradigm“ mit dem Strukturfunktionalismus nach Robert MERTON und die Konflikttheorie nach Ralf DAHRENDORF, dem „Social Definition Paradigm“



und letztendlich dem „Social Behavior Paradigm“ mit den Theorien von Robert L. BURGESS und Don BUSHELL in der Verhaltensoriologie (ebd.: 62–72). Das besondere daran ist meiner Meinung nach und warum ich RITZER erwähne, dass er nicht der Ansicht ist, dass ein einziges Paradigma oder besser eine Theorie alle Phänomene, die mit Soziologie in Verbindung gebracht werden können, erklären kann (vgl. ebd.: 73). Er schreibt weiter, dass dies eine negative Tragweite für die gesamte Disziplin hat, wenn solch ein Standpunkt vertreten wird. In einer Anmerkung fügt er hinzu, dass obwohl dieser Aufsatz in den 60er Jahren geschrieben und 2001 in Buchform neu aufgelegt wurde, diese Konflikte leider heute immer noch vorhanden sind (vgl. ebd.).

Eine ähnliche Diskussion, der „Methodenstreit“ zwischen quantitativer und qualitativer Forschung, gab und gibt es heute noch innerhalb der Sozialwissenschaften. Meiner Ansicht nach haben beide Methoden ihre Berechtigung. Zu bedenken ist insgesamt der vielfältige Methodenpool innerhalb der Soziologie und ebenso in qualitativer Forschung, deren Verwendung es sein sollte, dass diese dem zu untersuchenden Gegenstand angemessen sind (vgl. BERGMANN 2010: 530). Oder wie es Silke Birgitta GAHLEITNER formulierte, ein „Resultat [von Forschungsergebnissen] ist in der Regel kein einheitliches oder gar vollständiges, sondern ein ‚kaleidoskopartiges‘ Gesamtbild, das sich unter anderem durch Brüche und Diskrepanzen auszeichnet“ (GAHLEITNER 2012: 69, nach FLICK und KÖCKEIS-STANGL). Oftmals lässt sich jedoch erst nach der Forschung wirklich nachprüfen, ob die verwendeten Methoden wirklich angemessen waren und ein choreographische Gesamtbild ergeben (vgl. BERGMANN 2010: 530). ForscherInnen sollten Paradigmen oder Methoden auswählen, die zu ihnen am besten passen (vgl. MAXWELL 2005: 224). Denn es würde weniger Sinn machen, sich in ein „Methodensujet“ zu zwingen, was zu groß oder zu klein ist mit der Gefahr, dass das Forschungsvorhaben nur erschwert durchgeführt werden kann (ebd.). Deshalb, so BERGMANN (2010: 530) weiter, sollte sich Verfahren angenähert werden, die passend für die Persönlichkeit des Forschers und des Untersuchungsgegenstandes sind (vgl. ebd.: 530). Wie Eingangs im Zitat wiedergegeben, könnte dies mit Experimentierfreudigkeit und dem Wissen vorangegangener Untersuchungen gelingen. T.P. WILSON resümierend:

Somit ergänzen sich qualitative und quantitative Ansätze gegenseitig und konkurrieren nicht miteinander. Jeder liefert eine Art Information, die sich nicht nur von der anderen unterscheidet, sondern auch für deren Verständnis wichtig ist. [...] Die Anwendung einer bestimmten Methode kann man also nicht mit seinem „Paradigma“ oder seinen Neigungen begründen, sondern sie muss von der Eigenart des jeweiligen Forschungsproblem ausgehen. [...] Kurz, die



3. *Wissenschaftliche Methodiken – Ein Kurzausschnitt*

Interpretation quantitativer Daten lebt vom qualitativen Verstehen der jeweils untersuchten sozialen Erscheinungen und die Interpretation qualitativer Daten lebt von der Kenntnis regelhafter Strukturen, in die die untersuchten Einzelereignisse hineingehören.

(WILSON 1982: 501)

4. Erhebungsmethode

»Der Gegenstand soll von ‚allen‘ Seiten angegangen werden.«

Gerhard KLEINING (1982: 234)

4.1. Nicht-reaktive Erhebung und Zugang zum Feld



EINE Erkrankung an Diabetes mellitus erläuterte ich im Kapitel „Vorbemerkung zur eigenen Subjektivität“ (S. XIV). Dies beinhaltet Risiken bei reaktiven Methoden²⁸ bei der Kontaktaufnahme und späteren Interviews ProbandInnen lenken zu wollen. Aus diesem Grund entschloss ich mich eine Methode zu wählen, die diese mögliche Steuerung unterbindet.

WEBB, CAMPBELL, SCHWARTZ und SECHREST beschrieben die Methode des nicht-reaktiven Messverfahren im Jahr 1966. Ihr Ziel war es, die Verletzung der Intimsphäre von ProbandInnen zu umgehen, wie sie bei reaktiven Methoden vorkommen können (vgl. 1975: 13). Sie wollten zu ihrer Zeit „ethisch empfindsameren Sozialwissenschaftlern die Möglichkeit zu geben, effektiv zu arbeiten und nachts besser zu schlafen“ (ebd.: 14), die Methode hatte somit einen ethischen und moralischen Anspruch. Anzumerken ist, dass diese Methode in den 60er Jahren entwickelt wurde, qualitative Forschungsmethoden in ihren Anfängen steckten und teilweise kritische Erhebungen durchgeführt wurden. Bei diesem Messverfahren soll das zu untersuchende Feld jeglicher Beeinflussung, wie Testverfälschungen und Antwortverzerrungen etc., ausgeschlossen werden (vgl. BORTZ und DÖRING 2006: 268, 325). WEBB ET AL. entwickelten dazu mehrere Verfahren, wie das Messen physischer Spuren, Datenerhebungen durch Archive und Beobachtungen, um nicht-reaktive Daten zu gewinnen (vgl. ebd.: 17).

²⁸ direkte Interaktion mit dem zu untersuchenden Feld: Interviews, Fragebögen, Onlinebefragungen (DÖRING 2003; WEBB ET AL. 1975)



4. Erhebungsmethode

Eine moderne Form nicht-reaktiver Datengewinnung sind Massenmedien, wie Zeitungen und Bücher. Das Medium ist nach Dudenbeschreibung ein „Träger bestimmter physikalischer, chemischer Vorgänge“, wenn eine naturwissenschaftliche Definition gewählt wird und eine „Einrichtung, organisatorischer und technischer Apparat für die Vermittlung von Meinungen, Informationen, Kulturgütern“ für eine bildungssprachliche Definition (DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006). Es gibt weitaus mehrere Definitionen von Medien und Massenmedien, die auch innerhalb der Kommunikationswissenschaft konkurrieren (vgl. VOLLBRECHT 2005: 29). Das Internet, speziell Internetseiten und Zeitschriften, in denen DiabetikerInnen ihre Erfahrungen veröffentlichten, sind für meine Diplomarbeit als Medium relevant. Das Internet hat sich besonders in den letzten Jahren zu einem Massenmedium entwickelt (vgl. HOLOUBEK ET AL. 2010: 12 f.; vgl. IMMERSCHITT 2010: 125; vgl. BERGMANN 2011: 401 f.) und erfüllt die Anforderungen einer nicht-reaktiven Messmethode.

Nachteile dieses Verfahrens sind, dass Datensätze und Archive selektiv aufgezeichnet und verzerrt sein können (vgl. SECHREST und PHILLIPS 1979: 5). SECHREST und PHILLIPS erwähnen, dass bis zum Jahr 1979 wenige bis keine Untersuchungen unternommen wurden, so können zusätzlich Verzerrungen bei dieser Methode entstehen (ebd.). Mein persönlicher Eindruck ist, dass der Forscher selbst Verfälschungen oder Neigungen unterliegt, egal ob reaktive oder nicht-reaktive Methoden gewählt werden. So können Bestätigungsfehler²⁹ Einfluss auf Untersuchungen nehmen.

Inhaltsanalyse

Da ich Daten aus dem Internet erhoben habe, kann dieses Verfahren einer Inhaltsanalyse zugeordnet werden. Der Begriff Inhaltsanalyse wird in qualitativer Forschung mit dem Namen Philipp MAYRING und seiner entwickelten Methode in Zusammenhang gebracht. Dabei handelt es sich um ein Auswertungsverfahren. Claudia WEGENER unterschied den Begriff in primärer und sekundärer Anwendung (vgl. WEGENER 2005: 200).

Im ersten Fall kommt sie [die primäre Analyse] als exklusives methodisches Instrument zu Geltung und dient der Analyse von Texten, deren Produktion außerhalb des Forschungsprozesses angesiedelt ist, die – wie beispielsweise

²⁹ Begriff, der vorrangig in der Psychologie vorkommt und Vorgänge beschreibt, dass nach Daten gesucht wird, die dem eigenen Glaubenssystem und Erwartungen entsprechen und widersprüchliche Daten ignoriert werden können (vgl. NICKERSON 1998: 175)



4. Erhebungsmethode

eine Fernsehsendung - *somit ohne Einwirken des Forschers zustande gekommen sind.* [...] Im zweiten Fall ist sie Hilfsmittel zur Auswertung bereits im Forschungsprozess erhobenen Materials und dient hier zum Beispiel der Analyse von transkribierten Leitfadeninterviews. [...] Der Unterschied zwischen der primären und der sekundären Inhaltsanalyse liegt somit vor allem im Zustandekommen des Analysematerials. Kommt die Inhaltsanalyse sekundär als Auswertungsverfahren zur Anwendung, beispielsweise zur Auswertung transkribierter Leitfadeninterviews, beziehen sich Überlegungen zur Materialauswahl lediglich auf die zuvor erhobenen Interviews und damit auf die Befragten. Mit der Entscheidung für einzelne Interviewpartner und der anschließenden Verschriftlichung ihrer Aussagen ist das Auswertungsmaterial klar definiert und liegt vor. [...] Dient die Inhaltsanalyse hingegen als primäre Analyse der Untersuchung massenmedialer Produktionen, so müssen sich Überlegungen zur Materialauswahl direkt auf das der Inhaltsanalyse liegende Phänomen beziehen.

(ebd.: 200, Betonung hinzugefügt, JK)

Für meine Diplomarbeit war die primäre Inhaltsanalyse relevant, da Daten erhoben wurden, die ohne mein Einwirken zustande gekommen sind. Die Überlegungen der Materialauswahl werden im nächsten Unterkapitel erörtert.

4.2. Datensampling

[...] [U]nd wir werden nun, deutlich gesprochen, ganz banausisch anzufangen haben damit, zu messen, mit der Schere und mit dem Zirkel, wie sich denn der Inhalt der Zeitungen in quantitativer Hinsicht verschoben hat im Lauf der letzten Generation, nicht am letzten im Inseratenteil, im Feuilleton, zwischen Feuilleton und Leitartikel, zwischen Leitartikel und Nachricht, zwischen dem, was überhaupt an Nachrichten gebracht wird und was heute nicht mehr gebracht wird. Denn da haben sich die Verhältnisse außerordentlich geändert. [...] Und von diesen quantitativen Bestimmungen aus werden wir dann zu den qualitativen übergehen.

(WEBER 1911: 52)

Max WEBER arbeitete vorrangig empirisch, in heutiger Zeit hätte eventuell der Autor Bildschirmausschnitte gewählt, um an Daten aus dem Internet zu gelangen und diese empirisch auszuwerten. Das birgt jedoch die Gefahr, bereits am Anfang der Arbeit Datensammlungen anzulegen, die alles andere als hilfreich sind. Es lassen sich nach Claudia WEGENER (vgl. 2005: 200) die Anzahl der untersuchenden Texte



4. Erhebungsmethode

für eine qualitative Forschung kaum pauschal beantworten. Sie resümiert, dass nur so viele Texte bearbeitet werden sollen, „wie der Forscher in der Lage ist, diese mit den ganzheitlichen Ansprüchen qualitativer Forschung zu verbinden“ (vgl. ebd.: 203). Wie möchte ich also Daten erheben und vor allem, was sollen es für welche sein?

Die Sampling-Strategie ist ein ausschlaggebender Arbeitsschritt in der qualitativen Forschung und es gibt nicht *die* richtige Auswahlmethode (vgl. FLICK 2007: 170), um Erhebungen durchzuführen. Die Strategie die gewählt wird, sollte sich vorrangig anhand der Forschungsfrage (s. S. VIII) und vorangegangenen Methoden erschließen, um Fälle gezielt auszuwählen (vgl. ebd.: 169). Dabei zu bedenken sind mögliche zeitliche Einschränkungen, bis wann die Untersuchung vollendet sein soll und üben Einfluss auf die Tiefe und Menge der gewählten Exempel aus (vgl. ebd.: 167). Am Anfang des Kapitels 3 übernahm ich JANESICKS Metapher der Choreographie als einen weiteren Schritt für das Zusammenspiel der Methoden. Beim Festlegen der Samplestruktur werden in qualitativer Forschung Auswahl und Zusammensetzung im *Prozess der Datenerhebung* vorgenommen und sind nicht von Beginn an vorgegeben (vgl. FLICK 2007: 158; KLEINING 1982: 236). Eventuell damit begründet, dass qualitative Forschung „Neues finden“ möchte und somit ein „Entdeckungs-Verfahren“ darstellt (vgl. KLEINING 1982: 228; KUHN 2003)

Eine bekannte Auswahlstrategie in qualitativer Forschung ist des gezielten Samplings von Michael Quinn PATTON (vgl. FLICK 2007: 165). Diese Strategie würde in quantitativer Forschung als „Bias“ bezeichnet werden, da informationsreiche Fälle ausgewählt werden, von denen das meiste gelernt oder entdeckt werden kann, um die Erhebung durchzuführen (vgl. PATTON 2002: 230). Dieser „Bias“, soll in qualitativer Forschung eine Stärke sein (vgl. ebd.).

Eine ähnliche Methode entwickelte Gerhard KLEINING (1982). Diese beschrieb er in seinem Aufsatz *Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung* und formulierte die *Regel der maximalen strukturellen Variation der Perspektiven*. „Die Regel besagt einfach, man solle einen Gegenstand von allen Seiten betrachten, betasten, erleben, um ihn ‚richtig‘ d. h. nicht einseitig zur Kenntnis nehmen“ (vgl. ebd.: 234). Dabei wird eine größtmögliche Variation der Betrachtungsweisen eingenommen (vgl. ebd.: 235). Es werden wenige, aber extreme und unterschiedliche Ausprägungen der Untersuchenden einbezogen, um eine Variationsbreite zu erlangen (vgl. FLICK 2007: 165). Dabei kann es sich um ein Total-Sample handeln, dies ist jedoch durch die Fülle der Daten und verfassten Berichte von DiabetikerInnen überfordernd. Deshalb schlägt KLEINING ein „Extremgruppen“-Sample vor.



4. Erhebungsmethode

Innerhalb qualitativer Forschung sind Flexibilität und Offenheit zentrale Aspekte (vgl. LAMNEK 2005: 194). Auf Normierung und Standardisierung wird vorrangig verzichtet und von einem Zirkulären Prozess gesprochen (vgl. ebd.). Peter KUHN (2003) beschrieb, dass nie bestimmt werden kann, „ob alle Perspektivvariationen berücksichtigt worden sind. Als wesentlich hingegen erscheint [ihm], eine offene Haltung gegenüber der Vorläufigkeit der eigenen Erkenntnis und der Möglichkeit weiterer Entdeckungen zu bewahren und bereit zu sein, die Unsicherheit, die mit qualitativen Forschungsdesigns immer verbunden ist, auszuhalten“.

Sampling: Mein Vorgehen

Um verfasste Texte von Typ-1-DiabetikerInnen zu finden, nutzte ich die Suchmaschine von Google mit den folgenden Suchkriterien. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Texte öffentlich zugänglich sind und somit die Verwendung ethisch vertretbar war (s. Kapitel 6, S. 86). Ich durchsuchte jeweils die ersten 200 Sucheinträge pro Suchbegriff, ob diese die Suchkriterien erfüllten. Wichtig dabei war, dass es sich um erwachsene Typ-1-DiabetikerInnen handelte. Für eine Übersicht aller erhobenen und verwendeten Texte verweise ich auf den Anhang („Auflistung aller erhobenen Texte für die Analyse“, S. ii).

Suchbegriff	Suchbereich	Mit Anführungszeichen
ich habe Diabetes	Web	+
Diabetes	Blogs	+
ich bin Diabetiker	Web	-
ich bin Diabetikerin	Web	-
Erfahrungsbericht Diabetes	Web	-
Zuckerkrankheit	Blogs	-
ich habe Zucker	Web	-
mein Diabetes	Blogs	-

Tabelle 4.1.: Suchkriterien für Onlinetexte

Insgesamt erhob ich 56 Online-Texte. Beim genaueren Betrachten stellte sich oft heraus, dass einige Text nicht meinen Suchkriterien entsprachen. Das heißt, dass die Texte von Typ-II-Diabetes mellitus handelten, oder von Jugendlichen waren. Um die Suche zu erweitern, verwendete ich das DiabetikerInnen Magazin *Insuliner*, was von und für DiabetikerInnen verfasst wird. Dabei wurden ca. 50 Magazine durchsucht, mit dem Kriterium der maximalen Variabilität. Beide Textarten (online und print) wurden in einem Textprogramm³⁰ mit folgenden Kriterien formatiert:

³⁰ OpenOffice.org 3.4.1



4. Erhebungsmethode

- A4 Papier (Hochformat)
- Ränder (oben, unten, links, rechts): 2 cm
- Kopf- und Fußzeile deaktiviert
- Keine Zeilennummerierung für Leerzeilen
- LM Roman 10 Schrift
- Schriftgröße: 11 DTP-Punkte
- einfacher Zeilenabstand
- linksbündig
- Grafiken wurden deaktiviert

Der Textkorpus umfasste am Ende 48 Texte, was 48 verschiedenen Personen entsprach. Die Seitenzahl variierte mit den oben beschriebenen Formatierungen, mit einer Spanne von $\frac{1}{4}$ bis 7 A4-Seiten. Für eine Arbeitserleichterung wurden die Texte als PDF's exportiert. Um die maximale Variabilität zu erreichen, waren die verschiedensten Personen in den Textkorpus – sofern eindeutig feststellbar – vertreten, zum Beispiel:

- (Leistungs)SportlerInnen
- ein Bergsteiger
- StudentInnen
- SozialarbeiterInnen
- ein Ingenieur
- jüngere Erwachsene
- RentnerInnen

Die Zeit der Erkrankung variierte zwischen 2–50 Jahren, ebenso sofern feststellbar. Interessant war festzustellen, dass Internetblogs über Diabetes sich gegenseitig verlinkten und sich in verschiedenen Einträgen erwähnten.

5. Auswertungsmethode: Metaphernanalyse

»Man brauche gewöhnliche Worte und sage ungewöhnliche Dinge.«

Arthur SCHOPENHAUER



METAPHERN waren das Hauptaugenmerk meiner Analyse. Ich untersuchte die Sprache von Typ-1-Diabetikern auf Metaphern. Was sind Metaphern und wie war meine Vorgehensweise bei der Auswertung? Diese Fragen beantwortete ich in diesem Kapitel.

5.1. Was Metaphern sein können

Hielte diesen frühen Segen,
Ach, nur eine Stunde fest!
Aber vollen Blütenregen
Schüttelt schon der laue West.
Soll ich mich des Grünen freuen,
Dem ich Schatten erst verdankt?
Bald wird Sturm auch das zerstreuen,
Wenn es falb im Herbst geschwankt.



GOETHE (1974: 247)

Poeten benutzen Metaphern. Sie kreieren diese Schmuckelemente der Sprache und verleihen Versen Plastizität, wie es die eine Strophe von Goethes Gedicht, *Dauer im Wechsel*, zeigt. Ebenso innerhalb der Rede können Metaphern Sachverhalte lebendiger gestalten und dem Zuhörer Informationen veranschaulichen (vgl. DEBATIN 2011: 187). Das war die ursprüngliche Annahme von ARISTOTELES, dass Metaphern etwas Besonderes und abweichend vom normalen

Sprachgebrauch sind. In seinen Werken *Poetik* und *Rhetorik*³¹ behandelte er Metaphern und schrieb, dass „man [Metaphern] nicht von einem anderen erlernen kann, und ein Zeichen von Begabung ist“ (ARISTOTELES 2006: 19 [335 v. Chr.]), um diese

³¹ Das Werk *Poetik*: Behandelt die Dichtkunst und wie sie aufgebaut ist
Rhetorik: Beinhaltet Theorie der Argumentation, Redeweise und des Redeaufbaus (vgl. KIM 2002: 19, 26)



bilden zu können. Der Philosoph gilt als der Begründer einer Metapherntheorie, und seine Abhandlung über Metaphern wird heute unter der Substitutionstheorie oder Vergleichstheorie³² verstanden (vgl. KIM 2002: 13). Er war der Erste, doch nicht der Letzte.

GEFFERT zitiert STRUB, dass es bis zum Jahr 1991 bereits über zweitausend Titel gibt, die sich mit der Thematik Metaphern befassen³³ (vgl. GEFFERT 2006: 122). Rhetorik, Literaturwissenschaft, Psychologie, Linguistik, Kognitionswissenschaft und selbst Neurologie bilden ein paar dieser Bereiche (vgl. BALDAUF 1997: 13; JÄKEL 1997: 15; FELDMAN 2006; vgl. MEINKE 2003: 4; POLLIO ET AL. 1977 u. a.). Wichtigste Theorien, um Metaphern einzuordnen, waren die von Aristoteles bereits angesprochene Substitutionstheorie, Interaktionstheorie und der pragmatische Ansatz³⁴. Sie bilden nur einen Ausschnitt möglicher Definitionen, was Metaphern sein können. Eventuell ist es, wie es Michel Bréal bereits im 19. Jhd. formulierte:

*The subject of Metaphors is inexhaustible*³⁵

(zitiert nach JÄKEL 1997: 15)

Was ist, wenn Metaphern nicht unbedingt nur poetische Schmuckelemente oder Ausnahmen innerhalb der Sprache sind? Sie viel mehr sind und mit gewöhnlichen Worten, ungewöhnliche Dinge gesagt werden können? Dazu ein Beispiel von Karl VALENTIN, der zeigt, dass ein Gespräch ohne das Verständnis von Metaphern, schwer zu verstehen ist:

Weil wir grad vom Aquarium redn, ich hab nämlich früher – nicht im Frühjahr – früher in der Sendlinger Straße gewohnt, nicht in der Sendlinger Straße, das wär ja lächerbar, in der Sendlinger Straße könnt man ja gar nicht wohnen, weil immer die Straßenbahn durchfährt, in den Häusern hab ich gewohnt in der Sendlinger Straße. Nicht in allen Häusern, in einem davon, in dem, das zwischen den andern so drin steckt [...]

(KIM 2002: 22, zitiert nach KURZ)

³² Beispiel: Banker sind Geier. Anstatt, Banker sind wie Geier.

³³ Rudolf SCHMITT (2000) gibt an, dass es mindestens 18.000 Einträge zu Metaphern gibt (vgl.: 5)

³⁴ Für einen näheren Überblick über Strömungen und Theorien: KIM (2002); JÄKEL (1997: ab 85) und MÁCHA (2010).

³⁵ Eigene Übersetzung: Das Thema Metaphern ist unerschöpflich.



5.2. Die Alltäglichkeit von Metaphern

95 % all unserer Gedanken sind unbewusst, bewusste Gedanken machen nur die Spitze des Eisberges aus³⁶, so der Linguist George LAKOFF und Sprachphilosoph Mark JOHNSON (vgl. LAKOFF und JOHNSON 1999: 13). Gilt dies ebenso für Metaphern?

1980 verfassten die Autoren ihr Buch *Metaphors we live by*³⁷. Ihre Theorie brach zu damaliger Zeit das Verständnis verschiedener Metapherntheorien, die ich oben kurz erwähnte (vgl. KUDLA 2008: 12). Die Ausarbeitung wird oft als „neues“ Metaphernverständnis oder gar als „revolutionär“ beschrieben (vgl. KUDLA 2008: 12; BALDAUF 1997: 15; BUCHHOLZ 1996: 39; MEINKE 2003: 8). „Revolutionär“ deshalb:

Wir haben dagegen festgestellt, daß die Metapher *unser Alltagsleben durchdringt* [...]

(LAKOFF und JOHNSON 2008: 11, Betonung hinzugefügt, JK)

Für LAKOFF und JOHNSON waren Metaphern etwas alltägliches – nicht nur ein Schmuckelement sensu Poetik – oder etwas Abweichendes innerhalb der Sprache. Unter Metaphern verstehen sie „*alle sprachlichen Phänomene, in denen Bedeutung übertragen wird*“ (KRUSE ET AL. 2011: 64, Betonung hinzugefügt, JK). Der Metaphernbegriff ist somit sehr weit gefasst und nicht auf einen einzelnen Ansatz.

Die Metapher hatte nach ihrer Theorie noch eine andere Bedeutung. Sie „durchdringt“ nicht nur unsere Alltagssprache,

sondern auch unser Denken und Handeln. Unser alltägliches Konzeptsystem, nach dem wir sowohl denken als auch handeln, ist im Kern und *grundsätzlich metaphorisch*.

(LAKOFF und JOHNSON 2008: 11, Betonungen hinzugefügt, JK)

Sie verfassen weiter,

[w]enn, wie wir annehmen, unser Konzeptsystem zum größten Teil metaphorisch angelegt ist, dann ist unsere Art zu denken, unser Erleben und unser Alltagshandeln weitgehend eine Sache der Metapher.

(ebd.)

³⁶ Die Autoren geben selber keinen Quellverweis für diese Aussage, aber neuere Kognitionsstudien scheinen dies zu bestätigen. Für mehr Informationen: KAHNEMAN (2011); WILSON (2002).

³⁷ Deutsche Ausgabe: *Leben in Metaphern* (2008).



Der Begriff *Konzept* ist der Kognitionswissenschaft entlehnt und definiert damit die Theorie der Autoren als kognitive Metaphertheorie. Konzepte bilden Bausteine kognitiver Strukturen, und helfen die Welt zu organisieren, verstehen und Orientierung zu verschaffen³⁸ (vgl. SCHWARZ 1996: 87f., 103; STROHNER 1995: 114). Kognition umfasst dabei nicht nur das Denken, sondern ebenso Handeln und Fühlen (vgl. SCHMITT 2010: 680). In ihrem Nachwort von 2003, welches bis zu diesem Zeitpunkt nicht auf Deutsch veröffentlicht worden war, verdeutlichten sie folgende Punkte und dem „falschen Verständnis von Metaphern“:

The single biggest obstacle to understanding our findings has been the refusal to recognize the *conceptual* nature of metaphor. The idea that metaphors are nothing but linguistic expressions – a mere matter of words – is such a common fallacy that it has kept many readers from even entertaining the idea that we think metaphorically. The fallacy is that metaphor is only about the ways we *talk* and not about conceptualization and reasoning.

(vgl. LAKOFF und JOHNSON 2003: 245, Betonung im Original)

Jene Konzepte bilden den Rückschluss zu den unbewussten Gedanken (*unconscious thought*), die ich am Anfang erwähnte, denn sie sind vorrangig unbewusst und geschehen automatisch (vgl. LAKOFF und JOHNSON 2008: 11; vgl. LAKOFF und JOHNSON 1999: 13). Die Autoren bezeichneten die Funktion des unbewussten konzeptuellen System (*unconscious conceptual system*) als „unsichtbare Hand“ (*hidden hand*), die:

- alle Aspekte unserer Erfahrungen konzeptualisieren, prägt
- wie wir automatisch und unbewusst vergleichen, was wir erleben
- unser unreflektierten Menschenverstand begründet

(vgl. LAKOFF und JOHNSON 1999: 13, Übersetzung, JK)

Können wir somit ohne Metaphern leben und denken? LAKOFF und JOHNSON schreiben, dass dies nur schwer möglich ist (vgl. ebd.: 59). Sie geben zu verstehen, dass

³⁸ Ein vereinfachtes Beispiel eines Konzeptes: Ein Kind sammelt mehrere Erfahrungen mit unterschiedlichen Hunden. Das Konzept Hund kann folgendermaßen kategorisiert werden:

- Hat vier Beine
- Ist ein Tier
- Hat einen Schwanz
- Kann bellen

Diese Einordnung fungiert als Regel zur Klassifikation (vgl. SCHWARZ 1996: 88).



Metaphern unserem Gehirn, Körper und der Welt, in der wir leben, entspringen (vgl. ebd.).

Um diese unbewussten (metaphorischen) Konzepte zu erschließen, wird die Sprache nach Metaphern analysiert und durch das Bilden von metaphorischen Konzepten herausgearbeitet (vgl. LAKOFF und JOHNSON 2008: 11).

Hierzu ein paar Beispiele³⁹, was die beiden Autoren unter Metaphern verstehen. Um Metaphern zu verdeutlichen, sind sie *kursiv* gestellt.

[1]

- Meine Bauchspeicheldrüse *zerstörten*
- Für meine Eltern war das damals *ein Schock*
- drohen *schwere Schäden*
- Als ich den Diabetes bekam, war das ein *Schock*
- Entzündung und vor allem die *Zerstörung* dieser Zellen
- dass es ein jeden von Euch *erwischen kann*

Diese Beispiele sind nicht sofort als Metaphern erkennbar, denn sie sind unauffällig, alltäglich und werden unbewusst verwendet (vgl. BALDAUF 1997: 15). Dennoch sind sie nicht wortwörtlich zu verstehen.

5.2.1. Konzepte nach denen wir Leben

Aus den oben genannten Beispielen [1], lassen sich metaphorische Konzepte bilden. Dies sind Metaphern, die gemeinsame bildliche Inhalte haben. Metaphern werden verallgemeinert, systematisiert und unter einer gemeinsamen Unterschrift zusammengefasst (vgl. SCHMITT 2007: 140). Die Konzepte sind in Kapitälchen formatiert und die darin eingeordneten Metaphern bilden ein Metaphernsystem (vgl. BALDAUF 1997: 16).

[2] DIABETES IST KRIEG

- meine Bauchspeicheldrüse *zerstörten*
- drohen *schwere Schäden*
- Entzündung und vor allem die *Zerstörung* dieser Zellen

³⁹ Diese sind meiner eigenen Analyse entnommen.



[3] DIAGNOSE IST EIN ELEKTROSCHOCK

- dass es ein jeden von Euch *erwischen kann*
- Als ich den Diabetes bekam, war das ein *Schock*
- Für meine Eltern war das damals *ein Schock*

Diese gebildeten Konzepte bestehen aus einem Quell- und Zielbereich. Beispiel [2] hat einen gemeinsamen Quellbereich KRIEG: „zerstören“, „schwere Schäden“, „Zerstörung“. Und einen gemeinsamen Zielbereich: DIABETES, wohin die die Bedeutung übertragen wird. Beim Beispiel [3] ist der gemeinsame Quellbereich ELEKTROSCHOCK: „erwischen kann“ und „Schock“. Der gemeinsame Zielbereich: DIAGNOSE. Daraus ergibt sich eine Gleichung für die Erstellung dieser Konzepte:

$$\{\text{Quellbereich}\} = \{\text{Zielbereich}\}$$

LAKOFF und JOHNSON verwendeten ursprünglich eine Typologie, um konzeptuelle Metaphern einzuordnen (s. Abb. 5.1). Um ein Verständnis für diese Typisierungen zu bekommen, werde ich diese Einordnungen nur nebenbei erwähnen. Die Beschreibungen dieser Konzepte sind nicht eindeutig und wurden später als „künstlich“ (*artificial*) bezeichnet (vgl. JÄKEL 1997: 136; vgl. LAKOFF und JOHNSON 2003: 264). Ich behandle kritische Anmerkungen näher im Unterkapitel 5.2.4 (S. 76).

Strukturelle Metapher

- Darunter verstehen LAKOFF und JOHNSON (2008) „in denen ein Konzept von einem anderen Konzept her metaphorisch strukturiert wird“ (: 22). Beispiele dafür sind ARGUMENTIEREN IST KRIEG oder IDEEN SIND NAHRUNG⁴⁰.

Orientierungsmetapher

- Beschreiben Metaphern, die Konzepten räumliche Orientierung verleihen und sind bedingt durch unsere Physis und Kultur in der wir leben (vgl. ebd.: 22, 26). Oben – unten, innen – außen, vorne – hinten, dran – weg, tief – flach, zentral – peripher (vgl. ebd.). Beispiel: GLÜCKLICHSEIN IST OBEN⁴¹

⁴⁰ ARGUMENTIEREN IST KRIEG: Seine Kritik *traf ins Schwarze*.

IDEEN SIND NAHRUNG: Ich kann die ganzen Fakten nicht *verdauen* (vgl. LAKOFF und JOHNSON 2008: 12; KÖVECSES 2010: 34, Übersetzung, JK).

⁴¹ „Das *beflügelte* meinen Geist“ (LAKOFF und JOHNSON 2008: 23).



Ontologische Metapher

- Beschreibt Metaphern mit abstrakten Entitäten (vgl. ebd. 36). Dabei kann es sich um Gegenstände, Materien, Behälter und Stoffe handeln (vgl. KÖVECSES 2010: 38). DIE SEELE IST EIN ZERBRECHLICHES OBJEKT⁴² ist ein mögliches Beispiel für eine ontologische Metapher (vgl. LAKOFF und JOHNSON 2008: 38).

Personifizierung

- Die Personifizierung ist eine Unterform der ontologischen Metapher (vgl. KÖVECSES 2010: 39). Indem menschliche Eigenschaften nicht humanoiden Entitäten zugeschrieben werden, dass Gegenstände u. a. Personen sein können (vgl. ebd.). Ein Beispiel: DIABETES IST EINE PERSON⁴³.

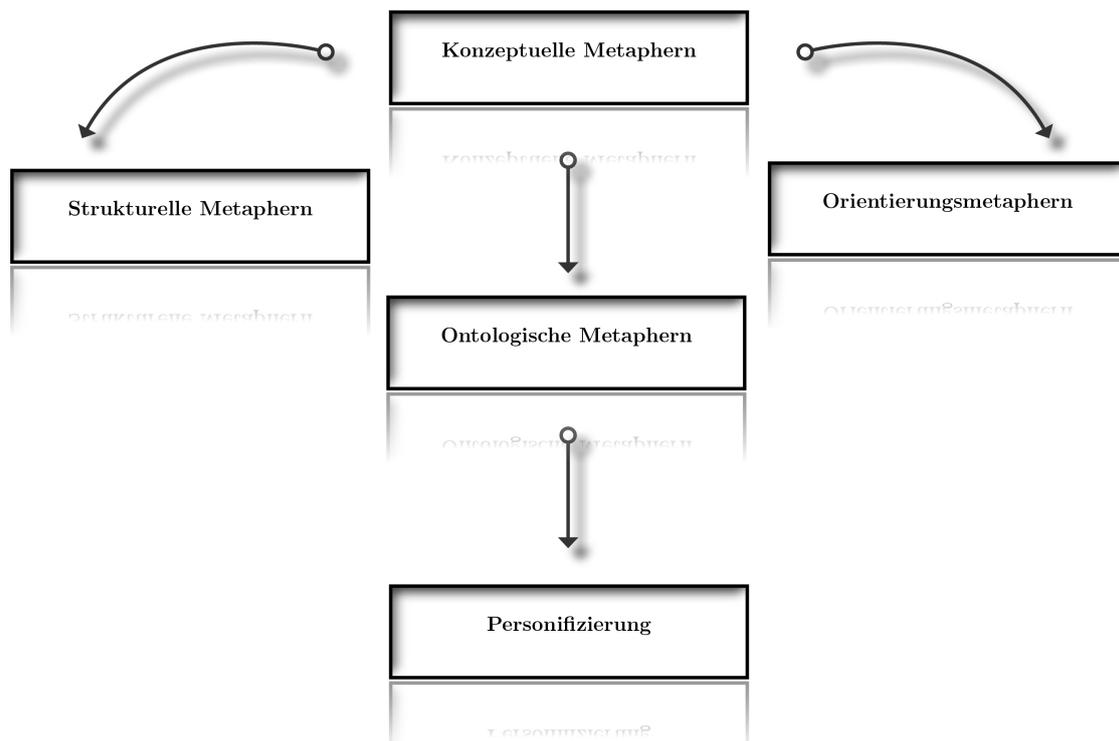


Abbildung 5.1.: Konzeptuelle Metaphern. Grafik nach JÄKEL (1997: 137)

⁴² „Ihr Selbstwertgefühl ist sehr *fragil*“, „er *brach* unter dem Kreuzverhör *zusammen*“ (vgl. KÖVECSES 2010: 38).

⁴³ „er *gehört* eben *dazu*“, „hat seinen Platz *eingegenommen*“. Entnommen aus eigener Analyse.



5.2.2. Metaphorische Konzepte: Können beleuchten und verbergen

Metaphern können Aspekte betonen und andere weglassen (vgl. LAKOFF und JOHNSON 2008: 18). Die Autoren bezeichneten dies als beleuchten und verbergen (*highlighting and hiding*) und das Bilden von Konzepten ist eine Komplexitätsreduktion (vgl. ebd.). Zum Beispiel beleuchtet die Metapher, der STAAT IST EINE PERSON: „we have to get Saddam [Hussein] out of Kuwait“⁴⁴, nur den damaligen Führer von Irak (vgl. LAKOFF 1991: 5). Dabei wird der staatliche Aufbau Iraks, BürgerInnen und Konsequenzen wie Tod und Leid, um „Hussein aus Kuwait zu vertreiben“, verborgen (vgl. ebd.: 13, 16). JÄKEL merkt die kritisch an, dass politische Metaphern Sachverhalte einseitig darstellen und bewusst für Propaganda genutzt werden können (vgl. 1997: 38).

5.2.3. Metaphernverständnis: Weiterentwicklungen

LAKOFF und JOHNSON entwickelten 1987 ihren ursprünglichen Ansatz weiter u. a. mit den „Kinesthetic Image Schemas“ in zwei unterschiedlichen Veröffentlichungen⁴⁵. Die Kernaussage dieser „Image-Schemas“ ist, dass menschliche Rationalität verkörpert wird und das Denken beeinflusst und vice versa. Dieses Thema bringt einen philosophischen Aspekt ein und JOHNSON eröffnete damit ein langjährig diskutiertes Thema in einer neueren Veröffentlichung, dass Körper und Verstand nicht unmittelbar getrennt sind (vgl. JOHNSON 2005: 15).

An image schema is a recurring dynamic pattern of our perceptual interactions and motor programs that gives coherence and structure to our experience.

(JOHNSON 1987: XIV)

Bei diesen Erfahrungen handelt es sich um Empfindungen, Bewegungen, Emotionen, historischen, sozialen und linguistischen Dimensionen und ist somit sehr weit gefasst (vgl. ebd. XVI). Diese Reichhaltigkeit beinhaltet jedoch nicht die Bildhaftigkeit dieser Schemas. Es handelt sich nicht um Bilder, sondern um eine Strukturierung von Erfahrungen (vgl. ebd. 75). Im Laufe der Analyse werde ich immer wieder auf die „Image-Schemas“ von JOHNSON zurückkommen.

⁴⁴ Sinngemäße Übersetzung: Wir müssen Saddam aus Kuwait vertreiben.

⁴⁵ JOHNSON: *The Body in the Mind* (1987)
LAKOFF: *Women, Fire, and Dangerous Things* (1987).



Eine weitere Entwicklung war die der „primary-“ und „complex metaphors“⁴⁶ (vgl. LAKOFF und JOHNSON 1999: 73). „Primary metaphors“ beschreiben körperliche sensorische Erfahrungen, die früh erworben und unbewusst genutzt werden (vgl. ebd.: 47). „Complex metaphors“ sind aus „primary metaphors“ aufgebaut (vgl. ebd.: 73). LAKOFF befasste sich in neueren Veröffentlichungen verstärkt mit der Neural Theory of Language (NTL) (vgl. LAKOFF 2008: 17). Und für ihn erklärt die neuronale Theorie vieles, was mit Metaphern zusammenhängt (vgl. ebd.).

5.2.4. Lakoff und Johnson: Kritische Auseinandersetzung

LAKOFF und JOHNSON ist viel zu verdanken. Dennoch gibt es ein paar Kritikpunkte an ihrer Arbeit. Ich sprach bereits im Unterkapitel 5.2.1 (S. 72) an, dass die Typologie für Konzepte von den Autoren im Nachwort als künstlich bezeichnet, aber nie vollständig revidiert wurde. Sie schrieben:

All metaphors are structural (in that they map structures to structures); all are ontological (in that they create target domain entities); and many are orientational (in that they map orientational image-schemas).

(LAKOFF und JOHNSON 2003: 164)

Ihre ursprünglichen Ansätze und Typologie blieben aus diesem Grund unverändert. In einer neueren Veröffentlichung, bemerkt George LAKOFF:

It is more than 27 years since Mark Johnson and I wrote *Metaphors We Live By* in 1979. *Though the fundamental outlines of what we discovered remain as valid today as they were then*, developments in brain science and neural computation have vastly enriched our understanding of how conceptual metaphor works.

(LAKOFF 2008: 17, Betonung hinzugefügt, JK)

LAKOFF erklärt aber nicht die „fundamental outlines“ und was sich in diesem Verständnis geändert hat. Besonders, wenn sich zum ersten Mal mit dieser Theorie von

⁴⁶ „Grady called such metaphors “primary metaphors“ and observed that they are learned by the hundreds the same way all over the world because people have the same bodies and basically the same relevant environments. Therefore, we will have very much the same experiences in childhood in which two domains are simultaneously active, and so we will learn neural metaphorical mappings linking those domains naturally, just by functioning in the world. Just living an everyday life gives you the experience and suitable brain activations to give rise to a huge system of the same primary metaphorical mappings that are learned around the world without any awareness.“ (LAKOFF 2008: 26).



1980 befasst und versucht diese besser zu verstehen, ist dies erschwerend, da einige Ansätze aus dem Original nicht wieder aufgegriffen wurden⁴⁷.

Rudolf SCHMITT merkt an, dass Veröffentlichungen von LAKOFF und JOHNSON teilweise unklar sind (vgl. 1995: 109). Die Veröffentlichung einer Metaphernliste⁴⁸ weist starke Verallgemeinerungen auf, um Konzepte global einzuordnen (vgl. SCHMITT 2011a: 173). In eine ähnliche Richtung geht die Entwicklung eines „Metaphor Program“ unter Mitwirkung von LAKOFF und ist meiner Meinung nach äußerst fragwürdig (vgl. SCHRAMM und WÜSTENHAGEN 2012: 26, *Zeit Wissen*). Dieses Computerprogramm möchte Textdaten im Internet algorithmisch analysieren, um zum Beispiel Terroristen aufspüren zu können (vgl. ebd.).

SCHMITT kritisierte vor allem, dass es in der Arbeit von LAKOFF und JOHNSON keine empirischen Belege für die dargestellten Metaphern gibt und auch keine Erklärung, wie die Autoren zu ihren Ergebnissen gelangten SCHMITT (vgl. 2011a: 171 f.).

5.3. Systematische Metaphernanalyse: Qualitative Forschung

Den letzten Kritikpunkten stellte sich Rudolf SCHMITT in seiner Veröffentlichung von 1995: *Metaphern des Helfens*. Er erarbeitete eine Auswertungsmethode nach den beschriebenen Ansätzen von George LAKOFF und Mark JOHNSON, die der qualitativen Forschung gerecht wird – der systematischen Metaphernanalyse. Dabei soll die Methode folgende Anforderungen erfüllen:

- entdeckendes Forschen gewährleisten
- keine beliebige Auswahl an Metaphern treffen, sondern das gesamte metaphorische Konzeptsystem darstellen
- den Kontext der Metaphern und deren Interpretation beachten
- Gütekriterien qualitativer Forschung beachten und intersubjektive nachvollziehbare Interpretation liefern
- anschlussfähig an andere sinnrekonstruierende Methoden bleibt
- Verknüpfungen zu sozialwissenschaftlichen Hintergrundtheorien suchen

⁴⁷ Z. B. in: *Philosophy in the flesh* (1999) und *Women, Fire, and Dangerous Things* (1987).

⁴⁸ S. LAKOFF ET AL. (1991): *Second Draft Copy Master Metaphor List*



- zwischen den kulturellen, subkulturellen und individuellen metaphorischen Mustern in einem gegebenen sprachlichen Material unterscheiden kann

(nach SCHMITT 2004: Absatz 52 und SCHMITT 2011b: 60)

Systematische Metaphernanalyse ist eine eigenständige Methode, um qualitative Forschung durchzuführen.

5.3.1. Begriffsdefinition von Metapher

Was versteht Rudolf SCHMITT unter Metaphern? Die Basis seiner relationalen Definition bilden LAKOFF und JOHNSON, dass Metaphern der Alltagssprache angehören (vgl. SCHMITT 2012a: 3; 2012b: 1). Er schlägt folgende „Regel zur Identifikation von Metaphern“ vor:

- a. ein Wort / eine Redewendung in einem strengen Sinn in dem für die Sprechäußerung relevanten Kontext mehr als nur wörtliche Bedeutung hat; und
- b. die wörtliche Bedeutung einem prägnanten Bedeutungsbereich (Quellbereich) entstammt,
- c. jedoch auf einen zweiten, oft abstrakteren Bereich (Zielbereich) übertragen wird.

(SCHMITT 2003: Absatz 14)

Der Autor betont weiter, dass der Kontext entscheidend dafür ist, ob eine Metapher vorliegt oder nicht (vgl. SCHMITT 2012b: 1). Zum Beispiel kann die Aussage, „ein Elefant im Porzellanladen“ metaphorisch, oder wortwörtlich gemeint sein und der Kontext entscheidet darüber (vgl. ebd.: 1).

5.3.2. Vorgehensweise der Analyse

Folgender Ablauf wird für die Durchführung einer systematischen Metaphernanalyse vorgeschlagen:

1. Zielbereiche identifizieren
2. Kontext- und Selbstreflexion
3. Erhebung des Materials
4. Systematische Analyse von Texten einer Gruppe / eines Individuums
 - a) Identifikation der Metaphern und dekonstruierende Zergliederung



- b) Synthese von (sub-)kulturellen / individuellen metaphorischen Konzepten
- 5. Interpretation mithilfe einer Heuristik
- 6. Darstellung der Ergebnisse

(SCHMITT 2011b: 63–73)

Auf den nächsten Seiten erläutere ich diese Ablaufschritte anhand praktische Beispiele meiner Analyse. Diese Beispiele sind jedoch exemplarisch zu verstehen.

5.3.2.1. Zielbereiche identifizieren

Meine Forschungsfrage lautete:⁴⁹

Welche metaphorischen Bilder entwickeln erwachsene Typ-1-DiabetikerInnen beim Umgang mit ihrer Krankheit im Alltag?

Die Frage bildet den Kernpunkt, um den Zielbereich oder Bereiche festzulegen. Der Zielbereich bestimmt, was metaphernanalytisch untersucht und welches Material erhoben wird (vgl. SCHMITT 1997: 73). Die Hauptkategorien, auf welche ich die Texte untersuchte, waren: *Diabetes* und *Bewältigung* (s. Abb. 5.2). Der Zielbereich *Diabetes* enthielt Unterkategorien: z. B. Blutzucker, Spritzen, Testen, Diagnose etc. *Bewältigung*: z. B. Soziale Kontakte, Kontrolle und allgemeine Strategien. Während der Analyse haben sich diese ursprünglichen zwei Zielbereiche verschoben und es konnte teilweise keine eindeutige Trennung durchgeführt werden. Es gab Schnittmengen und der ursprünglich angedachte Zielbereich der Bewältigung rückte deshalb etwas in den Hintergrund. Dies entspricht auch qualitativer Forschung, da diese zirkulär und prozesshaft verläuft.



Abbildung 5.2.: Festlegung der Zielbereiche für Metaphern

⁴⁹ Siehe Kapitel „Einleitung“ (S. VIII), wo ich die Forschungsfrage ausführlich erläuterte.



5.3.2.2. Kontext- und Selbstreflexion

Rudolf SCHMITT versteht die Metaphernanalyse selbst als ein „(Kunst)Handwerk“, dass nur erlernbar ist (2003: Absatz 4). Aus diesem Grund habe ich die folgenden Schritte genutzt, um mich für die kognitive Metaphertheorie zu sensibilisieren und die Analyse vorzubereiten (vgl. SCHMITT 2012a: 2).

a) Kontextreflexion

Die Kontextreflexion wird genutzt, um sich mit Metaphern außerhalb der erhobenen Texte zu befassen. Wie im Kapitel „Aktueller Forschungsstand“ (S. XI) beschrieben, sind die bisher vorhandenen Untersuchungen leider unzureichend, da sie über keine eindeutige Methodenbeschreibung verfügen. Um den „kulturellen Horizont“ zu erweitern, bestellte ich Probehefte verschiedener Diabetikerzeitschriften (*Diabetesjournal*, *Insuliner*), las Internetquellen über Diabetes, sowie bereits verfasste Analysen über Metaphern im Allgemeinen⁵⁰. Ebenso der verfasste Theorieteil dieser Arbeit von Diabetes, zeigte Metaphern des erweiterten Kontextes in den zitierten Quellen.

b) Selbstreflexion

Der persönliche Bezug zu dieser Arbeit und über Ansätze meiner eigenen Subjektivität wurden im Kapitel „Vorbemerkung zur eigenen Subjektivität“ (S.: XIV) behandelt. SCHMITT erläutert, dass erkannte Metaphern verstandene Metaphern sind (2011b: 67). Dies kann problematisch sein, da wie im Kapitel „Die Alltäglichkeit von Metaphern“ (S. 70) erläutert, Metaphern unbewusst genutzt werden.

Um eigene (unbewusst) verwendete Metaphern zu erkennen und wissenschaftliche Distanz zu erlangen, schlug Heike SCHULZE vor, ein Eigeninterview durchzuführen (vgl. SCHULZE 2007: 362). Rudolf SCHMITT (2011b) übernahm diesen Vorschlag später für die Ablaufskizze. Ein Eigeninterview war in meiner Arbeit nicht möglich, da eine non-reaktive Erhebungsmethode gewählt wurde. Deshalb entschied ich mich eigene, verfasste Texte über Diabetes zu analysieren. Dies wurde am Anfang bevor die Analyse stattfand durchgeführt und im späteren Ablauf noch einmal wiederholt. Andere Hilfstechniken waren das Internetdiplomandenkolloquium und die

⁵⁰ : ?, ?, ? und ?.



Forschungssupervision von Rudolf SCHMITT, um Probleme zu diskutieren, gebildete Konzepte zu überprüfen oder Rückfragen zu stellen.

5.3.2.3. Erhebung des Materials

Die Erhebung der zu analysierenden Texte ist ausführlich im Kapitel „Erhebungsmethode“ (S. 62) beschrieben und wurde in Anlehnung an SCHMITTs Empfehlungen durchgeführt.

5.3.2.4. Systematische Analyse von Texten einer Gruppe

Nach dem die vorhergehenden Schritte durchgeführt wurden, wurde sich mit dem erhobenen Material befasst. Dieser Schritt ist zweigeteilt und die Teilschritte werden separat durchgeführt. Hauptaufgabe ist es, Metaphern mit der vorher beschriebenen Regel in den Texten zu identifizieren (vgl. SCHMITT 2012a: 1). In meiner Forschung analysierte ich eine Gruppe von DiabetikerInnen von 47 unterschiedlichen Personen, wobei die Textstärke variierte⁵¹.

a) Dekonstruierende Zergliederung der Texte

Das Verfahren ist das verwenden der beschriebenen Metaphernregel nach SCHMITT und ein Ausschneiden aller auffindbaren Metaphern des erhobenen Textes. Die Metaphern werden im Kontext bewahrt, d. h. es kann sich um einzelne Wörter aber auch um Textphrasen handeln, welche in eine separate Liste eingefügt werden (vgl. SCHMITT 2011a: 69). Ziel ist das Verfremden der Texte, und das Sichtbarmachen der verdeckten Metaphern. Der Text ist somit nicht mehr im Zusammenhang lesbar (vgl. SCHMITT 1997: 76). Das wird so lange fortgeführt, bis nur noch Phrasen übrig bleiben.

Zur Demonstration hier ein Ausschnitt aus einem erhobenen Text der vorliegenden Arbeit:

Auszug aus Textnummer 47

Als ich endlich „freigesprochen“ und wieder aus der Klinik entlassen wurde, habe ich eigentlich mit kaum jemandem außer meinen Eltern über die Krankheit gesprochen, obwohl der Diabetes damals mein Leben bestimmte: Meinen Tagesablauf habe ich von nun an von vorne bis hinten

⁵¹ Siehe Kapitel „Sampling: Mein Vorgehen“ (S. 66) für eine genaue Erläuterung



5. Auswertungsmethode: Metaphernanalyse

durchgeplant. Ich habe mich an alle Vorgaben der Klinik strengstens gehalten. Das Essen wurde Milligramm-genau abgewogen, die Essenszeiten und Zwischenmahlzeiten galt es punktgenau einzuhalten (egal, ob ich Hunger hatte oder nicht) und alles wurde selbstverständlich im Diabetes-Tagebuch protokolliert. So hatte ich es schließlich in der Klinik gelernt. Auf Familienfeiern gab es ab nun nicht mehr meine Lieblings-Marzipan-Mohn-Torte.

Unsortierte Liste gefundener Metaphern aus dem Beispieltext, die Durchführung der Identifikationsregel und die Erläuterung des Quell- sowie Zielbereichs:

- „endlich „*freigesprochen*“ und wieder aus der Klinik entlassen wurde“: „freigesprochen“ werden können, die einer Anklage unterlagen oder ihren Abschluss als Auszubildende erlangten (vgl. DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006). Jedoch kommt die Gerichtsmetaphorik in diesem Fall als Quellbereich in Frage. Der Zielbereich ist noch nicht ganz eindeutig, könnte aber bedeuten, dass der Krankenhausaufenthalt oder Diabetes als Strafe angesehen wird. Es handelt sich um eine Metapher.
- „endlich „freigesprochen“ und wieder *aus der Klinik* entlassen wurde“: „aus der Klinik“ ist eine Behältermetapher und somit der Quellbereich: Behälter (s. S. 72 für die Beschreibung der Raummetaphorik). Der Zielbereich ist Klinik. Auch könnte „entlassen“ in diesem Kontext als Metapher verstanden werden. Es ist mit in die Liste aufgenommen und kann bei späteren Durchläufen zugeordnet werden.
- „*Diabetes* damals *mein Leben bestimmte*“: Hier kann gefragt werden, was „bestimmt“ werden kann – Menschen zum Beispiel. Der Quellbereich könnte Macht oder Herrschen sein. Der Zielbereich ist Diabetes und eine Personifizierung, denn Diabetes kann keine Handlungstätigkeit, wie ein Mensch, durchführen (s. ebenso S. 72 für eine Erläuterung der Personifikation).
- „Meinen Tagesablauf habe ich von nun an von vorne bis hinten *durchgeplant*“: Etwas „durchplanen“ ist ein sehr genauer und detailreicher Vorgang und kann für Planung oder Kontrolle als Quellbereich stehen. Auch arbeiten kann in Frage kommen. Diabetes ist der Zielbereich.
- „mich an alle *Vorgaben* der Klinik *strengstens gehalten*“: Möglicher Quellbereich ist Planen oder Vorschrift. Dabei kann ebenso die Fadenmetaphorik in Frage kommen. Denn etwas wird „gehalten“, was Seile oder Stricke sein können. Möglicher Zielbereich ist Diabetes oder auch eine Personifikation für Kli-



nik ist möglich. Es handelt sich um eine Metapher und kann in die Liste eingefügt werden.

- „Essen wurde *Milligramm-genau abgewogen*“: Planen oder Messen könnte der Quellbereich sein. Zielbereich ist Nahrung.
- „Essenszeiten und Zwischenmahlzeiten galt es *punktgenau einzuhalten*“: Ebenso findet sich in diesem Textausschnitt ein ähnlicher Quell- und Zielbereich, wie beim vorhergehenden Beispiel. Auch kann Vorschrift als Quellbereich angenommen werden. Denn Regeln und Vorschriften können zum Beispiel „eingehalten“ werden.
- „alles wurde selbstverständlich im Diabetes-Tagebuch *protokolliert*“: Protokollieren verweist auf den möglichen Quellbereich, wie Überwachung oder Strukturierung. Der Zielbereich ist Diabetes.
- „schließlich *in* der Klinik gelernt“: Hier handelt es sich wieder um eine Behältermetapher. Zielbereich ist die Klinik.
- „*Auf* Familienfeiern gab es ab nun nicht mehr meine Lieblings-Marzipan-Mohn-Torte“: Ebenso eine Behältermetapher. Zielbereich wäre Familie.

b) Synthese von (sub-)kulturellen/individuellen metaphorischen Konzepten

Mit Hilfe dieser unsortierten Metaphernliste werden die gefundenen Textbeispiele zu Konzepten zusammengefasst, die einen ähnlichen oder gleichen Quell- und Zielbereich haben, wie es bereits im Abschnitt 5.2.1 (S. 72) erläutert wurde. Am Anfang genügt es eine Überschrift zu bilden, anstatt konkrete Konzepte. Aus den oberen Beispielen ergaben sich die folgenden Konzepte. Wobei sich konkrete Konzepte erst im Laufe der Analyse „sättigen“ und teilweise einer ständigen Änderung ausgesetzt sind. Die folgenden Zusammenfassungen sind daher exemplarisch zu verstehen.

KLINIK IST EIN BEHÄLTER

- *in* der Klinik gelernt
- *aus* der Klinik entlassen wurde

KLINIKAUFWENTHALT IST EINE STRAFE

- endlich „*freigesprochen*“

DIABETES IST STRUKTURIERUNG UND ÜBERWACHUNG DES ALLTAGS



5. Auswertungsmethode: Metaphernanalyse

- mich an alle *Vorgaben* der Klinik *strengstens gehalten*
- Meinen Tagesablauf habe ich von nun an von vorne bis hinten *durchgeplant*
- alles wurde selbstverständlich im Diabetes-Tagebuch *protokolliert*

ESSEN IST GENAUGKEIT

- Essenszeiten und Zwischenmahlzeiten galt es *punktgenau einzuhalten*
- Essen wurde *Milligramm-genau abgewogen*

FAMILIE IST EIN BEHÄLTER

- *Auf* Familienfeiern gab es ab nun nicht mehr meine Lieblings-Marzipan-Mohn-Torte

DIABETES IST EINE HERRSCHENDE PERSON

- Diabetes damals *mein Leben bestimmte*

5. Interpretation mithilfe einer Heuristik

Rudolf SCHMITT erarbeitete mit Hilfe bereits verfasster Artikel und geschehener Analysen eine Liste mit Vorschlägen, wie die gewonnenen Ergebnisse interpretiert werden können (vgl. SCHMITT 2003: Absatz 43).

- Die Suche nach ausdruckerweiternden und funktionalen Gehalten (highlighting),
- die Suche nach erkenntnisverhindernden Aspekten (hiding),
- der Vergleich metaphorischer Konzepte im Hinblick auf differente Erschließung des Phänomens,
- Konflikte verschiedener metaphorischer Konzepte (im Sinne von Widersprüchen in Texten und Interviews),
- das Fehlen von metaphorischen Konzepten,
- die Suche nach Implikationen metaphorischer Unterscheidungen in der Lebenswelt (welche Attributionen werden mit einem metaphorischen Konzept unternommen?),
- die Prognose zukünftiger Handlungen,
- quantitative Angaben (auch wenn Häufigkeiten nicht identisch mit Bedeutungen sein können),



- Veränderung der metaphorischen Sprechweise im Verlauf eines Textes bzw. einer Sammlung von Texten.

(SCHMITT 2011b: 70)

Beleuchten (*highlighting*) und Verbergen (*hiding*) nannten bereits LAKOFF und JOHNSON (s. S. 75 in dieser Arbeit). Dies waren für meine Analyse wichtige Schritte beim Versuch zu erkennen, welche Ressourcen hinter metaphorischen Konzepten vorhanden waren. Im Zusammenhang mit der Thematik der Bewältigung war das besonders wichtig.

6. Gütekriterien und Triangulation

Dieser Schritt befasst sich mit der Einhaltung der Gütekriterien, die wissenschaftliches Arbeiten garantieren und absichern sollen. Auf die Einhaltung und Beschreibung dieser Kriterien verweise ich auf das Kapitel „Gütekriterien der Forschung“ (S. 158). Eine Methoden-Triangulation⁵², wie sie zum Beispiel Uwe FLICK (2011) beschreibt, wurde aus zeitlichen Gründen in dieser Arbeit nicht verwendet.

7. Darstellung der Ergebnisse

Der letzte Schritt ist die Darstellung der Ergebnisse. Mögliche Darstellungsformen sind tabellarisch, grafisch und narrativ. In dieser Analyse wurden alle drei Formen verwendet.

⁵² Eine Untersuchung wird aus zwei Methodenperspektiven untersucht, zum Beispiel qualitativ und quantitativ (vgl. FLICK 2011: 11).

6. Forschungsethik: Verantwortung gegenüber ProbandInnen

»Wir sind nicht nur für das verantwortlich, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun.«

MOLIÈRE



MIT dem Begriff „Forschungsethik“ werden innerhalb der Sozialwissenschaftlichen Regeln und Prinzipien zusammengefasst (vgl. HOPF 2010: 589). Diese sind nicht unmittelbar vorgeschrieben und beschreiben die Beziehung zwischen Forschenden und einbezogenen Personen bei der Untersuchung (vgl. ebd.: 590). Ein wichtiges Prinzip dabei ist, die ProbandInnen nicht zu schädigen und herabzusetzen (vgl. ebd.: 594).

In der Vergangenheit wurden teilweise kritische Untersuchungen vorgenommen. Stanley MILGRAMS Experiment, *Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität*, und Leon FESTINGERS et al., *When Prophecy Fails*, sind zwei Beispiele, die wegen ihrer Forschungsethik kritisiert werden können. Bei letzterem wurde die Gruppe um Marian KEECH von ForscherInnen infiltriert, die sich als Zugehörige und Interessenten der Gruppe ausgaben, ohne dass die TeilnehmerInnen darüber Bescheid wussten (? : [1956]Festinger:2009aa. Zu Bedenken ist das Prinzip der informellen Einwilligung (*informed consent*) und ist in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen beschrieben:

Generell gilt für die Beteiligung an sozialwissenschaftlichen Untersuchungen, dass diese freiwillig ist und auf der Grundlage einer möglichst ausführlichen Information über Ziele und Methoden des entsprechenden Forschungsvorhabens erfolgt. Nicht immer kann das Prinzip der informierten Einwilligung in die Praxis umgesetzt werden, z.B. wenn durch eine umfassende Vorabinformation die Forschungsergebnisse in nicht vertretbarer Weise verzerrt würden. In solchen Fällen muss versucht werden, andere Möglichkeiten der informierten Einwilligung zu nutzen.



(BDS und DGS 1993)

Dieses Prinzip steht im Widerspruch zu meiner Diplomarbeit. Da ich ein non-reaktives Verfahren verwendete und unwissentlich und ohne Zustimmung gegenüber den ProbandInnen Daten erhoben habe. Die Verwendung solcher Daten ist innerhalb der Forschung strittig, ähnlich der Nutzung öffentlich zugänglicher Zeitungsartikel und Fernsehsendungen (vgl. DÖRING 2003: 238). VertreterInnen der einen Seite argumentieren, „dass die Beteiligung an öffentlicher Netzkommunikation implizites Einverständnis zu einer Weiterverwendung der Texte [...] beinhaltet, schließlich habe man sich netzöffentlich verlautbart“ (vgl. ebd. nach HERRING). Auf der anderen Seite widersprechen diesem Argument viele Netznutzer (vgl. ebd.).

Gibt es dafür eine rechtliche Lösung, die die Erhebung von Daten aus dem Internet ermöglicht? Im Urheberrechtsgesetz, § 87c, ist folgendes nachzulesen:

- (1) Die Vervielfältigung eines nach Art oder Umfang wesentlichen Teils einer Datenbank ist zulässig
 1. zum privaten Gebrauch; dies gilt nicht für eine Datenbank, deren Elemente einzeln mit Hilfe elektronischer Mittel zugänglich sind,
 2. zum eigenen wissenschaftlichen Gebrauch, wenn und soweit die Vervielfältigung zu diesem Zweck geboten ist und der wissenschaftliche Gebrauch nicht zu gewerblichen Zwecken erfolgt,
 3. für die Benutzung zur Veranschaulichung des Unterrichts, sofern sie nicht zu gewerblichen Zwecken erfolgt.

In den Fällen der Nummern 2 und 3 ist die Quelle deutlich anzugeben.

- (2) Die Vervielfältigung, Verbreitung und öffentliche Wiedergabe eines nach Art oder Umfang wesentlichen Teils einer Datenbank ist zulässig zur Verwendung in Verfahren vor einem Gericht, einem Schiedsgericht oder einer Behörde sowie für Zwecke der öffentlichen Sicherheit.

(DEJURE 2012)

Punkt 2 würde den rechtlichen Rahmen für meine Erhebung sichern, da diese Arbeit nicht gewerblichen Zwecken, sondern der reinen wissenschaftlichen Untersuchung dient. Wie in der Samplingmethode beschrieben (S. 66), beschränkte ich mich nur auf öffentlich vorhandenes und auffindbares Material, was z. B. ohne Forenregistrierung auffindbar war. Eine Diskussion wäre, den TextverfasserInnen eine indirekte Genehmigung zu unterstellen, da die Texte im Internet mit einer Intention veröffentlicht wurden, weil sie gelesen werden wollen, um ihre Meinungen zu präsentieren.



6. Forschungsethik: Verantwortung gegenüber ProbandInnen

Deshalb war es meine Verantwortung bei der Analyse der Texte, persönliche Verurteilungen zu vermeiden und Interpretationen sinnvoll mit den erhobenen Daten zu begründen (vgl. FLICK 2007: 65). Auch wurde es vermieden einzelne Personen herauszustellen, sondern die Konzepte wurden immer im Gesamtzusammenhang ge-
deutet, zudem nur mit Textnummern gearbeitet wurde.

Teil III.

Forschungspraktischer Rahmen

7. Darstellung der Ergebnisse

»Habe Absichten, aber keine Erwartungen, und ganz gewiss keine Forderungen. Mach dich nicht von einem bestimmten Resultat abhängig. Bevorzuge nicht mal eines.«

Neale Donald WALSCH



WELCHE Metaphern verwendeten erwachsene Typ-1-DiabetikerInnen in ihrem Alltag und wie bewältigten sie Diabetes? Diese Ergebnisse stelle ich auf den folgenden Seiten vor. Die Darstellung variiert zwischen Grafiken und narrativen Erläuterungen und konzentriert sich auf die zentralsten metaphorischen Konzepte. Am Ende jedes Konzeptes wird ein interpretativer Ansatz gegeben und im Kapitel „Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung“ (S. 144), Vergleiche und Zusammenhänge beschrieben, die u. a. Bewältigung betreffen. Abbildung 7.1 ist eine Legende, um die Daten und Vorgehensweise besser verstehen zu können und in der Metaphernlandkarte 7.2, wird ein Gesamtüberblick über alle gefundenen Konzepte abgebildet.

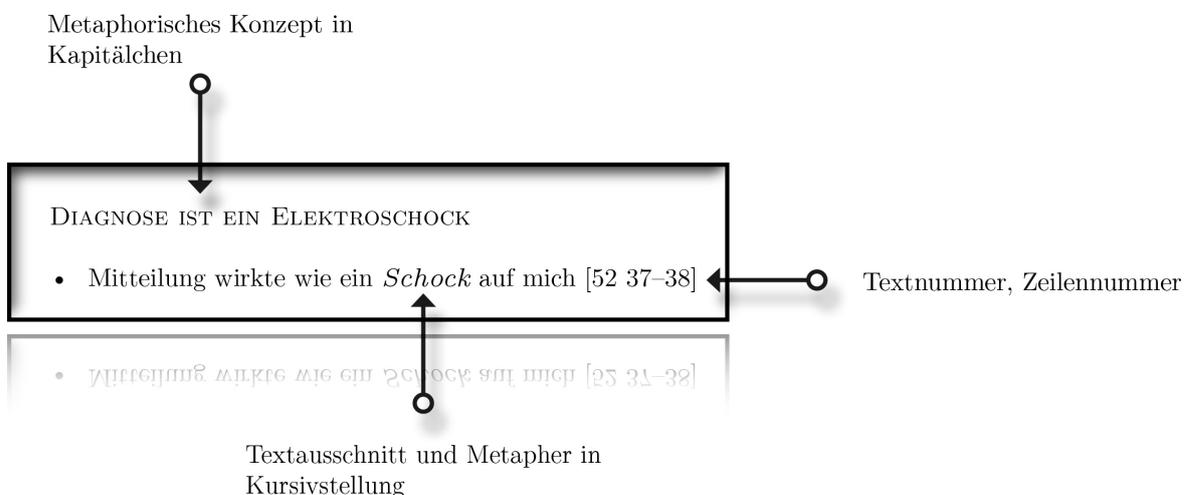


Abbildung 7.1.: Legende der Darstellung



7. Darstellung der Ergebnisse

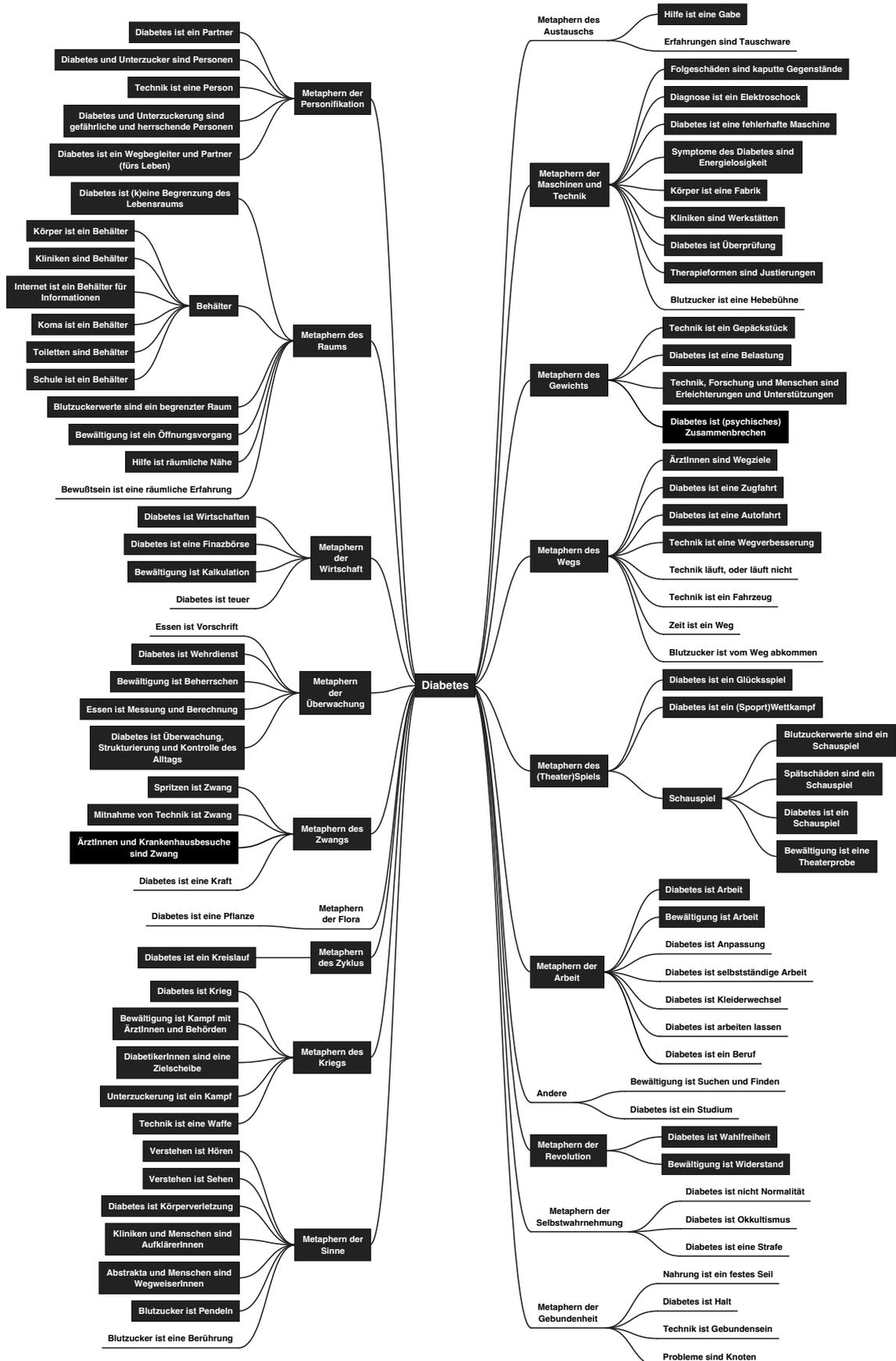


Abbildung 7.2.: Metaphernlandkarte aller gefundenen Konzepte. Nicht gerahmte Inhalte wurden nicht direkt bei den Ergebnissen verwendet, oder nur nebenbei erwähnt.



Zentrale Konzepte

7.1. Metaphern der Maschinen und Technik: Alles eine Einstellungssache

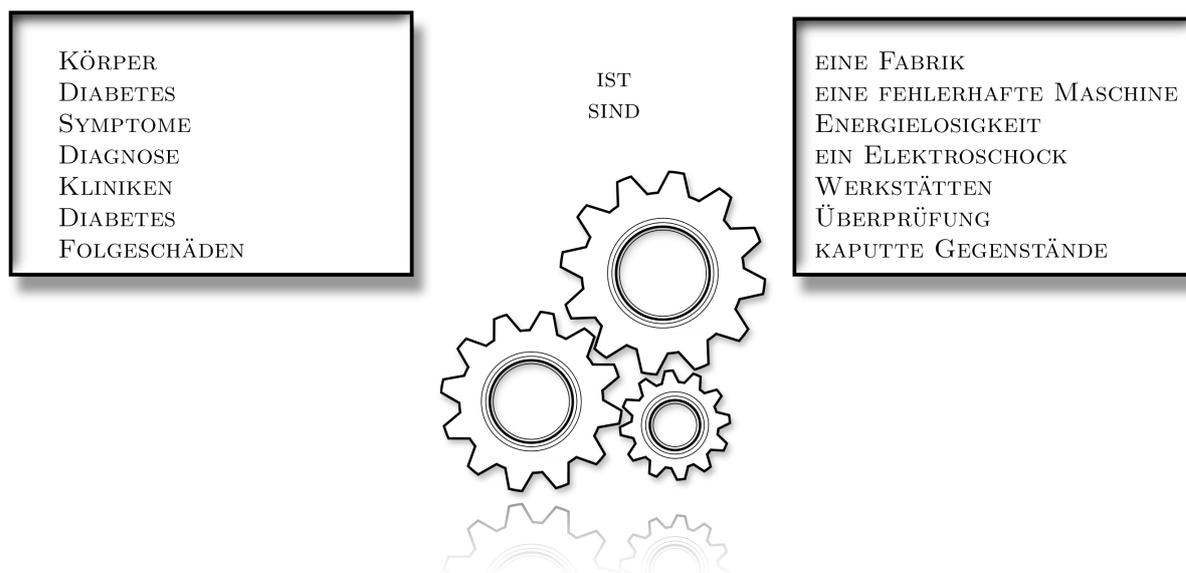


Abbildung 7.3.: Gefundene Konzepte zu Metaphern der Maschinen und Technik

In heutiger Zeit ist ein Leben ohne Maschinen und Technik nicht vorstellbar. Von Kindheit an gehören Technik und Maschinen zum prägenden Umfeld der Menschen in Deutschland. Unser Denken wird durch Maschinenmetaphern konzeptualisiert, wie es bereits LAKOFF und JOHNSON und LAKOFF beschrieben⁵³ (vgl. LAKOFF und JOHNSON 2003: 27; LAKOFF 1987: 338). Viele Menschen müssen rund um die Uhr „funktionieren“ und ab und zu auch „Dampf ablassen“, wie es Maschinen tun können. Die untersuchten Texte von den DiabetikerInnen enthielten ebenso Maschinenmetaphern und konzeptualisierten den Körper als eine Fabrik, der Insulin herstellt.

KÖRPER IST EINE FABRIK

- kann der Körper kein oder nicht mehr ausreichend Insulin *produzieren* [34 31]
- Zellen *produzieren* das sogenannte Insulin [29 32]

⁵³ Zum Beispiel: „Mein Gedankengang ist heute etwas *ingerostet*“, „Junge, jetzt *kommt* mein Geist *in Fahrt*“ (LAKOFF und JOHNSON 2008: 38)



- Beim Typ 1 funktioniert dies nicht [...] im Allgemeinen dort die komplette *Insulinproduktion* zerstört ist [34 147]
- eine kleine *Grundfunktion* der Bauchspeicheldrüse habe und diese noch ein wenig Insulin *herstellt* [15 106–107]

Diabetes ist eine fehlerhafte Maschine

Maschinen können kaputt gehen, oder besitzen Fehler. Diabetes ist nach den Konzepten von DiabetikerInnen eine Maschine, die nicht mehr richtig funktionierte, oder den Körper dazu veranlasste, Organe und „Funktionen einzustellen“ (s. Kapitel „??“, S. 11 für mehr Informationen).

DIABETES IST EINE FEHLERHAFTE MASCHINE

- Diabetes ist eine *Stoffwechselstörung* [15 49]
- Umwandlung von Kohlenhydraten zu Energie nicht mehr *richtig funktioniert* [15 49–50]
- Organe werden angegriffen und können ihre *Funktion vollständig einstellen* [15 55]
- Folge sind, daß die Verdauung *zum Erliegen kommt* [34 56]

Symptome des Diabetes sind Energielosigkeit

Durch die Dysfunktion, dass kein Insulin mehr zur Verfügung stand, wurden andere Bereiche im Körper zusätzlich „gestört“. Das führte nach den vorhandenen Metaphern zu Symptomen der „Energielosigkeit“.

SYMPTOME DES DIABETES SIND ENERGIELOSIGKEIT

- *hatte keine Energie mehr*, hatte keinen Elan und nur noch schlapp [10 64–65]
- Körper kann *kaum noch Energie* aus dem Blutzucker *gewinnen* [34 46–47]
- Körper hat nun *keinerlei Energiezufuhr* mehr, der Herzschlag erhöht sich [...] [34 58–60]
- Später kommen weitere Symptome dazu wie *fehlende Leistungsfähigkeit* [15 52]



Diagnose ist ein Elektroschock

Im Kontrast zu dieser Energielosigkeit stand die Diagnose des Diabetes mellitus Typ-1. Sie wurde als ein „Elektroschock“ für die Betroffenen und Angehörigen konzeptualisiert und beschrieb ein unvorbereitet sein, dass niemand mit einer solchen Diagnose rechnete und die Symptome unbekannt waren.

DIAGNOSE IST EIN ELEKTROSCHOCK

- Für meine Eltern war das damals *ein Schock* [15 52]
- Mitteilung wirkte wie *ein Schock* auf mich [52 37–38]
- dass es ein jeden von Euch *erwischen kann* - mich hat es ja schon *erwischt* [29 24]
- Als ich den Diabetes bekam, war das ein *Schock*, vor allem für meine Eltern [79 4]

Kliniken sind Werkstätten

Diabetes ist nach den gebildeten Konzepten eine „fehlerhafte Maschine“. Kliniken sind die Orte, wo DiabetikerInnen „eingestellt“ wurden, damit der Körper wieder „funktionierte“ und überleben konnte. Das geschah durch die „Einstellung“ des Insulins auf die DiabetikerInnen und das dass von außen injizierte Insulin, die Stoffwechselfvorgänge regulieren konnte.

KLINIKEN SIND WERKSTÄTTEN

- sollte dann für ca. 2 Wochen *in eine spezielle Klinik, wo ich eingestellt werden sollte* [13 34]
- als entgleiste Diabetikerinnen nur *im Krankenhaus eingestellt* wurden [77 13]
- Im Laufe der Jahre gewöhnte ich mich auch an den Gedanken, ab und zu *zur Einstellung ins Krankenhaus gehen zu müssen* [72 99–100]
- kam ich noch am selben Tag *zur Insulin-Einstellung nach Cottbus ins Carl-Thiem-Klinikum* [04 10–11]



Diabetes ist Überprüfung

Es ist keine einmalige „Einstellung“, die DiabetikerInnen erlebten, sondern kam immer wieder in ihrem Leben vor⁵⁴. Typ-1 Diabetes wird vorrangig im Kindesalter diagnostiziert und PatientInnen werden von ÄrztInnen ihr Leben lang begleitet, um „Neuein-“ und „Umstellungen“ durchzuführen, wie es das Konzept THERAPIEFORMEN SIND JUSTIERUNGEN⁵⁵ beschrieb. Zusätzlich wurden PatientInnen „überprüft“, ob alle Teile noch „funktionierten“ und gegebenenfalls „neu eingestellt“. Dieses Konzept suggeriert auch eine externe Kontrolle von Außen und dass Ärzte und Ärztinnen als „MechanikerInnen“ vorstellbar sind.

DIABETES IST ÜBERPRÜFUNG

- bei noch nicht *geprüften* Dosierungen 2 Stunden nach der Dosierung den Blutzucker *überprüft* [23 37–38]
- kam ein Arzt auf die Idee den Blutzuckerspiegel zu *Überprüfen* [38 5–6]
- müsse schließlich die eingestellte Basalrate *prüfen* [68 3–4]
- die eingestellten Basalraten die richtige Dosis haben, macht man als Diabetiker einen *Test* [68 7–8]

Folgeschäden sind kaputte Gegenstände

Die Krankheit Diabetes kann nicht repariert werden, wie es sonst bei Maschinen und Geräten möglich ist, wenn es zu keinem Totalschaden gekommen ist⁵⁶. Ebenso sind bereits geschehene Folgeschäden an den Extremitäten nicht reparabel, oder im Fall einer fortgeschrittenen Neuropathie droht eine Amputation (s. Kapitel „Komorbiditäten und Folgen“, S. 21). Die folgenden Metaphern suggerieren finalisierte Zustände und dass Komorbiditäten nur durch eine gute Diabetes-„Einstellung“ verhindert werden können, d. h. mit ständigen „Überprüfungen“ und „Anpassungen“.

FOLGESCHÄDEN SIND KAPUTTE GEGENSTÄNDE

- Resignation und Gleichgültigkeit sind nicht angebracht, denn sie führen im Laufe der Jahre zu *nicht reparablen Folgeschäden* [52 230–231]

⁵⁴ S. dazu das Konzept: „Metaphern des Zyklus: Immer und immer wieder“, S. 125

⁵⁵ Z. B.: „als *ich umgestellt wurde* [...]“ [16 78–79], „Unmittelbar nach dem ersten Marathon 2005 auf *Pumpe umgestellt*“ [01 82], „eine genauere *Feineinstellung*, die man mit CGM ja erreichen will“ [55 78–79].

⁵⁶ Das Konzept: DIABETES IST KRIEG zeigt diese Auseinandersetzung, 114



7. Darstellung der Ergebnisse

- Erst im späteren Verlauf rächt sich dieses und die damit entstandenen Folgekrankheiten sind *nicht mehr reparabel* [52 81–82]
- Inselzellen in Ihrer Bauchspeicheldrüse wurden durch Ihren eigen Körper quasi zerstört und das ist leider *irreparabel* [50 18–19]
- konnte unterbunden werden, aber es war zu einem *irreparablen Schaden gekommen* [15 110–11]

Interpretativer Ansatz

Metaphern der Maschinen und Technik	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • automatische Vorgänge • Diabetes kann (von außen) „gesteuert“ werden • Reparatur • Rationalität • Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht organisch • kein natürliches Wachstum • nicht alles kann planmäßig „reguliert“ werden • Diabetes ist nicht abschaltbar • Emotionen
<p>Ressourcen/Defizite: Diabetes ist im Idealfall regulier- und beeinflussbar, PatientInnen können etwas tun. Ein Defizit könnte sein, wenn Diabetes nicht steuerbar ist, dies zur Verzweiflung oder Resignation führen könnte.</p>	

Tabelle 7.1.: Metaphern der Maschinen und Technik

Die verwendeten Maschinen- und Technikkonzepte von den Diabetikern suggerieren, dass etwas mit ihnen „automatisch“ geschieht, ohne ihr eigenes Zutun. Diabetes ist nach den Konzepten ein Teil der Maschine des Körpers, dass „kaputt“ ging und nur mit Hilfe von MechanikerInnen, wie ÄrztInnen „adjustiert“ werden konnte. Später übernahmen die PatientInnen die Rolle von MechanikerInnen selbst und wurden zu Maschinen⁵⁷. In diesen Konzepten war kein natürliches Wachstum und Emotionen vorhanden. Die Erkrankung bewegt sich scheinbar in festgelegten „mechanischen“

⁵⁷ DIABETIKERINNEN SIND AUTOMATEN: „wird geschult, das Insulin wird *auf einen* *Eingestellt*“ [10 99–100], „*Regulierung* meiner Werte brauchte nur 3 Monate“ [15 120], „diese Maßnahme nicht zum Erfolg führte, *stellte* er mich nach kurzer Zeit auf Mischinsulin *ein* [52 35–36].



Rahmenbedingungen. Interessant ist diese Metaphorik im späteren Zusammenhang. Zuerst musste alles erlernt werden, wie die „fehlerhafte Maschine“ Diabetes „funktionierte“. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird dies zu einem „Automatismus von Abläufen“ und letztendlich zur Routine. Probleme könnte es geben, wenn Situationen eintreten (z. B. Insulin wirkt nicht, Stress), die außerhalb normaler „Abläufe“ geschehen. Messgeräte und Insulinpumpen übernehmen verstärkt kognitive Funktionen, berechnen Broteinheiten und Korrekturwerte für DiabetikerInnen. Für die Bewältigung gibt dieses Konzept DiabetikerInnen die Möglichkeit, Diabetes beeinflussen zu können. Technik selbst wird zu einer Bewältigungsressource für den Umgang mit Diabetes, wie es andere Konzepte noch zeigen werden.

7.2. Metaphern des (Theater)Spiels: Vorhang auf

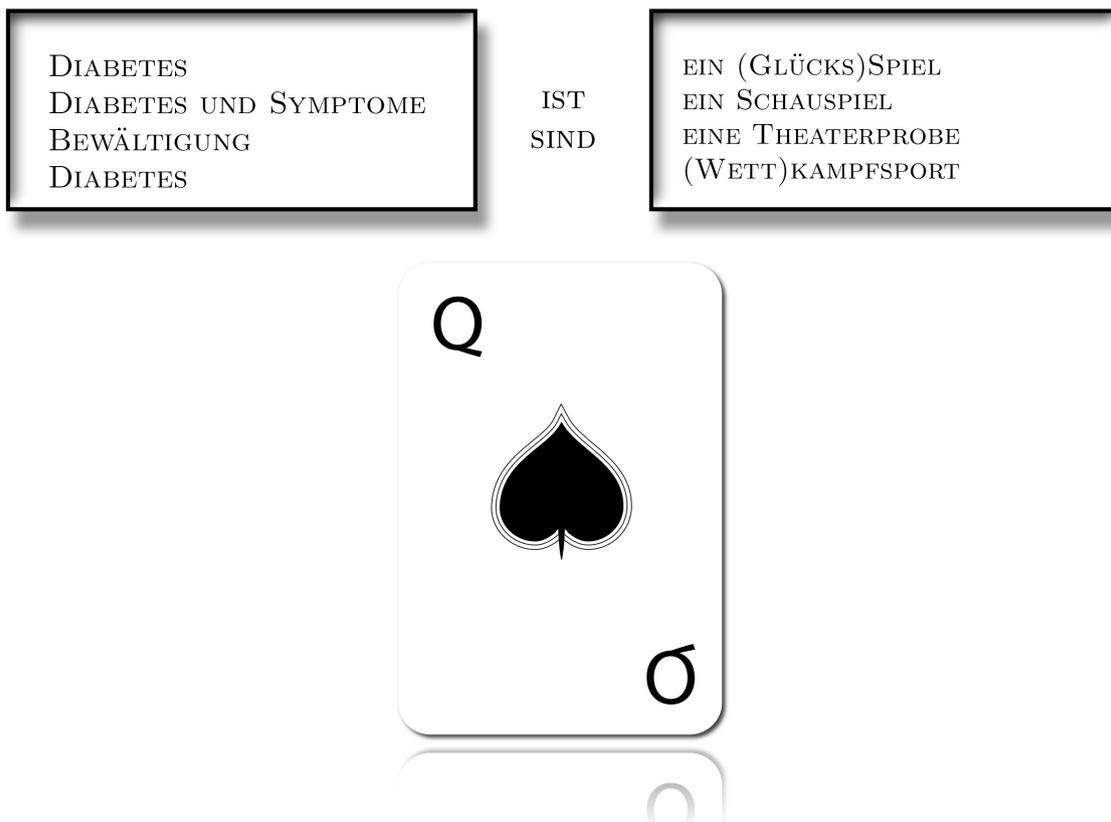


Abbildung 7.4.: Metaphern des (Theater)Spiels

Es gibt Brettspiele, Kartenspiele, Computerspiele und Beziehungsspiele im übertragenen Sinn. Es kann zum Vergnügen und aus langer Weile gespielt werden. Spiele setzen oft zwei Parteien voraus, mit denen man zusammen oder auch gegeneinander



spielen kann. Sie können Regeln für die Vorgehensweise beinhalten und der Spie-
lausgang ist oft vom Glück abhängig (vgl. BALDAUF 1997: 185). DiabetikerInnen
konzeptualisierten zum Beispiel Diabetes als ein Spiel. Spritzen, Pumpen und Insulin
waren ein Spieleinsatz, um gegen den möglichen Spielgegner Diabetes vorzugehen.
Es schien teilweise kein unbewusstes Spiel gewesen zu sein, sondern setzte gezielte
Vorgehensweisen voraus. Auch wenn ein „Spieleinsatz“ Unsicherheit vermittelt, wo
das Resultat, noch nicht vorhersagbar ist. Jede Handlung oder nicht Handlung mit
Diabetes (Insulin nicht zu spritzen, Traubenzucker zu Hause vergessen etc.) könnte
das „Leben auf das Spiel setzen“.

DIABETES IST EIN (GLÜCKS)SPIEL

- kommen nun die Hilfsmittel wie Insulin als Spritze oder über Pumpe
oder als Tablette *ins Spiel* [15 84–85]
- hatte ich das Gefühl es fehle an der nötigen Einsicht, dass die eigene
Gesundheit *auf dem Spiel steht* [52 78–79]
- Wahrscheinlich lag das auch daran, dass damals eben noch andere „*Spiel-*
regeln“ galten [47 24–25]
- neben der Pumpenbehandlung mit Normalinsulin auch einen Pen mit
Humalog *einsetze* [23 48–49]
- *setzte* ich Zeitgleich mehrere alternative Methoden *ein* [18 22]

Theater-Metaphern: Diabetes tritt auf

Erving GOFFMAN veröffentlichte im Jahr 1959 sein Buch *Presentation of self in
everyday life*⁵⁸ und beschrieb, dass wir Menschen Theater spielen und uns im tägli-
chen Leben darstellen. Ein Theaterstück setzt u. a. folgende Komponenten voraus;
Bühne, DarstellerInnen und ZuschauerInnen. AkteurInnen auf und hinter der Bühne
übernehmen den praktischen Teil der Handlung und das Publikum sollte die Vor-
stellung genießen. DiabetikerInnen benutzten Theater-Metaphern und es ließen sich
die Konzepte bilden, dass DIABETES, BLUTZUCKERWERTE UND SPÄTSCHADEN ein
Schauspiel sind und diese im Leben von Betroffenen „auftraten“. Dabei genossen die
Betroffenen nicht die „Vorstellung“ von Diabetes als ZuschauerInnen, sondern sie
wurden zu erstmals **passiven** DarstellerInnen im Zusammenspiel mit Diabetes⁵⁹.

⁵⁸ Der deutsche Titel des Buches: *Wir alle spielen Theater*.

⁵⁹ Das Konzept: DIAGNOSE IST EIN ELEKTROSCHOCK (S. 94) verdeutlichte diese überwältigende
Passivität.



DIABETES UND SYMPTOME SIND EIN SCHAUSPIEL

- Typ 1 ist relativ wenig verbreitet und *tritt* meist schon im Kindes- oder Jugendalter *auf* [15 34]
- in einer Familie Diabetes vom Typ 1 *auftritt*, dann ist das Risiko für die folgenden Generationen deutlich erhöht [15 36–37]
- Neueinstellung auf die Insulinpumpentherapie ist aufwändig, erfordert intensive Schulung sowie ein *großes Engagement* des Diabetikers [52 198–199]
- eine Reihe von Symptomen, die in folge dessen *aufreten* [34 32]
- bei Typ I oft *aufretende* Remissionserscheinung [50 21–22]

Bei diesem Konzept handelte es sich bis zur Diagnose, um ein unbewusstes „agieren“ des Diabetes. Eine wichtige Frage ist, ob Diabetes mit den Betroffenen im späteren Verlauf weiter „spielte“, oder die PatientInnen eine **aktive** Rolle als RegisseurInnen einnahmen. Es verdeutlicht die Passivität bis zum „Auftritt“ von Diabetes und dass nichts dagegen getan werden konnte, weil die Ursachen für die Erkrankung noch nicht eindeutig geklärt worden sind (s. Kapitel „Pathogenese“, S. 11).

Theaterspiel–Metaphern wurden von den Betroffenen auch für die Bewältigung verwendet. Sie drückten sich durch „probieren“ und „versuchen“ aus und lassen auf eine unsichere Handlung schließen, wobei das erfolgreiche Gelingen, nach einer Wörterbuchbeschreibung, nicht sicher ist (DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006). Dennoch übernehmen die Metaphern eine **aktivere** Funktion.

BEWÄLTIGUNG IST EINE THEATERPROBE

- habe dann im Zimmer immer heimlich an meinem Teddybären *geübt* [09 49–50]
- trotz dieser Prognose schaffte, gab mir Mut, *immer Neues zu versuchen* [69 90]
- es fasziniert mich und ich habe Spaß daran neue Dinge *auszuprobieren* [51 6 7]
- habe aber immer *versucht*, mich durchzusetzen - wenigstens soweit es den Diabetes betraf [19 9–10]



Sport-Metaphern: Gewinnen und Verlieren

Ähnlich wie bei dem Konzept DIABETES IST EIN (GLÜCKS)SPIEL, handelt dieses Konzept von Gewinnen und Verlieren. Die Metaphern können darauf schließen, dass viel von den Diabetikern erwartet wurde und nur mit guten Blutzuckerwerten Erfolge verdient werden konnten. Dadurch könnte es auch zu unnötigen Druck gekommen sein, wenn Blutzuckerkurven mehrmals im Jahr, Ärzten und Ärztinnen vorgelegt wurden. Dies formulierte auch SCHÜSSLER (1993: 18, nach MUTHNY), dass erfolgsunabhängiges Coping möglich gemacht werden sollte. Nicht gesättigte Konzepte waren zum Beispiel, bei diesem „Wettkampf“ Diabetes zu betrügen. Es kann vorkommen, dass vor ÄrztInnenbesuchen Blutzuckerwerte in Tagebüchern falsch eingetragen werden, um perfekte „Ergebnisse“ zu präsentieren. Im weiteren Sinn, kann der HbA_{1c}-Test als Dopingkontrolle gedeutet werden, dort wird ein Durchschnitt der Blutzuckerwerte ermittelt⁶⁰. Der positive Aspekt der Sportmetapher ist, dass sich DiabetikerInnen ebenso motivierten und Diabetes als Herausforderung ansahen.

DIABETES IST EIN (WETTKAMPF)SPORT

- Sport - *kämpfen* - *verlieren* - *gewinnen* und Leben mit Diabetes. [02 23–24]
- (insbesondere *sportlicher*) *Ehrgeiz* [47 59]
- habe viel getrunken und musste ständig *auf die Toilette rennen* [09 13–14]
- nach mehrmaligem *Tritzen* seiner seits habe ich den Traubenzucker gegessen [76 135]
- keines bei mir den wirklich erwünschten *erfolg brachte* [38 29]
- ich gebe zu, die bunten Kurven, die im PC aus meinen Werten entstehen, *spornen meinen Ehrgeiz an*, sie zu optimieren [55 63–64]
- Zugegeben meine Blutzuckerwerte sind nicht immer *die besten* [47 55]

Interpretativer Ansatz

Metaphern des (Theater)Spiels

Beleuchten

Verbergen

⁶⁰ Diese Kontrollen werden im späteren Verlauf noch deutlicher. Z. B: bei den „Metaphern der Überwachung“



7. Darstellung der Ergebnisse

<ul style="list-style-type: none"> • Vergnügen • Zufall • Rollen einnehmen • Sieg und Niederlage • Spielgegner • Risiko • Aktiv sowie Passiv • Leistung 	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerwahl • zeitliche Dimension • tatsächlicher Spielstand • Ernsthaftigkeit
<p>Ressourcen/Defizite: Positive Deutung des Spiels und eventuell Freude darin zu sehen und „Strategien zu entwickeln“. Mögliche Defizite sind, Diabetes nicht ernst zu nehmen und Leistungsorientiertheit.</p>	

Tabelle 7.2.: Metaphern des (Theater)Spiels

Die Theatermetaphorik war stark innerhalb der Spiel-Metaphern vertreten. Bei diesem sprachlichen Bild war eine Passivität vorhanden. Zum Beispiel, dass Diabetes, Folgeschäden und Blutzuckerwerte im Leben von Diabetikern einfach „auftreten“ und diese Faktoren nicht von den Betroffenen kontrolliert werden konnten. Die Krankheit gab dabei Regeln vor – speziell durch ÄrztInnen – denn um überleben zu können, musste sich an „Spielregeln“ gehalten werden. Aktivität wurde vor allem durch das Konzept BEWÄLTIGUNG IST EINE THEATERPROBE wiedergegeben, dass in einem gewissen Sinn nicht aufgegeben und praktische Lösungen gesucht wurden. Das Konzept „DIABETES IST EIN (GLÜCKS)SPIEL“ schien eine aktivere Teilnahme vorauszusetzen. Es erforderte „Strategien“ und „Einsatz“ (Spritzzeitpunkt, Messzeitpunkt etc.), um Diabetes zu bewältigen und steht im Widerspruch zu der genannten anfänglichen Passivität des „Auftretens“. Bei diesem Wechsel wird es im Verlauf der Krankheit bleiben. Es wird immer wieder Faktoren geben, die „auftreten“ können und nicht kalkulierbar sind. Die Spielmetaphern suggerieren aktivere und gezieltere Copingstrategien, um mit Situationen angemessen umzugehen, oder den richtigen „Einsatz“ geben zu können. Das genaue Endresultat ist nicht vorher-sagbar.

Spielmetaphern können auch als Vergnügen und Freude interpretiert werden: „Alles ist Spaß“. Nach meiner Interpretation, könnten sich DiabetikerInnen teilweise



7. Darstellung der Ergebnisse

als Spielfiguren gesehen haben, mit denen gespielt wurde. Wie ich es bereits ansprach, kann es im Verlauf der Krankheit zu einem „Rollenwechsel“ kommen. Von der passiven „Rolle“ zu aktiven „SpielgestalterInnen“. Ein Wechsel in der Verteilung wird sich auch hier wiederholen, da Diabetes immer wieder eine aktive „Rolle“ einnehmen wird. Dies ist besonders dann der Fall, wenn „Spielregeln“ verletzt wurden (bewusst oder unbewusst) und durch unangenehme „auftretende“ Symptome (Unterzuckerung, Überzuckerung), andere Strategien verfolgt werden müssen.

7.3. Metaphern des Raums: Grenzen der Erkrankung

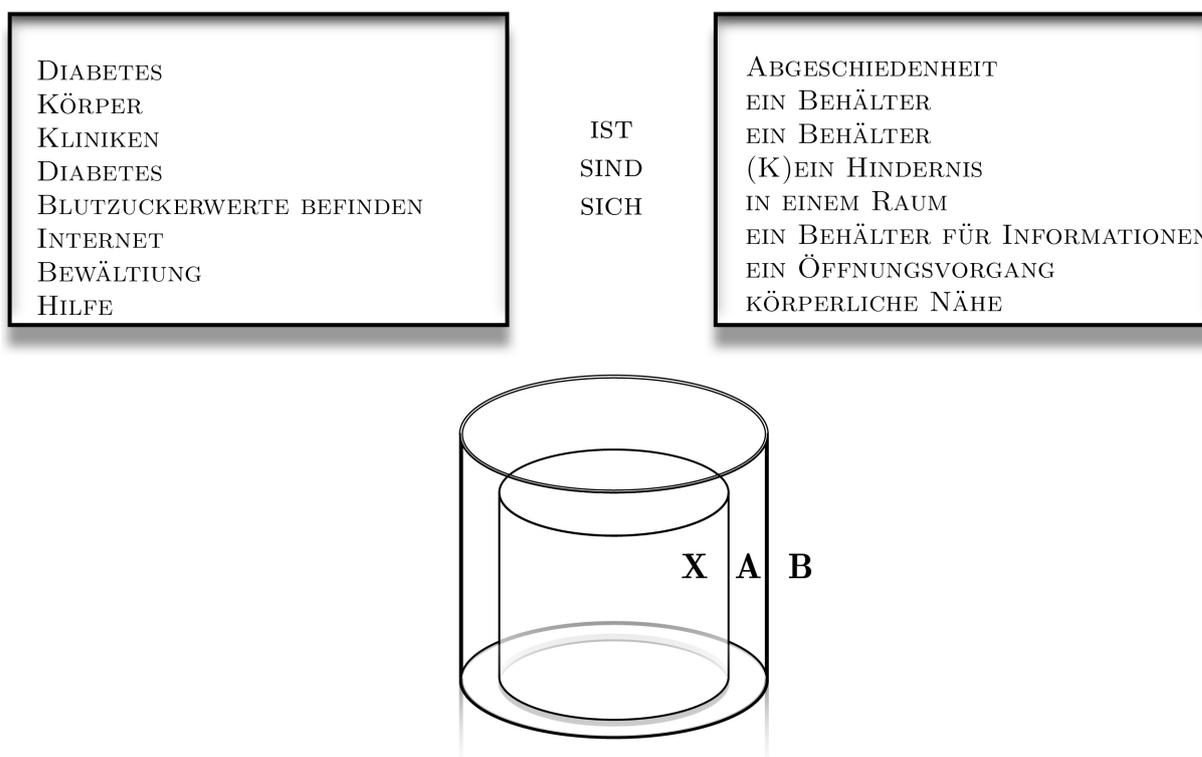


Abbildung 7.5.: Metaphern des Raums und Behälter Schema: X in A. A in B. X in B (nach LAKOFF und JOHNSON 1999: 32)

Das Behälter-Schema⁶¹ ist allgegenwärtig in unserem Leben und unsere Sprache wird dadurch strukturiert. „Das Schema selbst ist kein reichhaltiges Bild, sondern strukturiert aus der Körpererfahrung Sprachbilder“ (BUCHHOLZ 1996: 222). Unser

⁶¹ Der Begriff Schema wird im Unterkapitel „Metaphernverständnis: Weiterentwicklungen“ auf S. 75 behandelt. Und das Konzept von Behältern auf S. 102 in dieser Arbeit.



7. Darstellung der Ergebnisse

Körper ist ein Behälter, denn wir nehmen Nahrung und Getränke „auf“, bei Untersuchungen wird Blut „aus“ den Venen entnommen oder haben Ideen „in“ unseren Köpfen. Wir bewegen uns „in“ Räumen, gehen „in“ andere Räume, oder nehmen Unterlagen „aus“ Kisten „heraus“ (vgl. JOHNSON 1987: 21). Dieses Schema kann konzeptuell, sowie physisch sein (vgl. LAKOFF und JOHNSON 1999: 32).

Behälter und Räume besitzen Grenzen. Sie können einengen und einsperren, aber auch vor äußeren Gefahren schützen (vgl. JOHNSON 1987: 22). Der analysierte Textkorpus wies viele Behälter-Metaphern auf und zeigte, in welchen Räumen DiabetikerInnen ihren Alltag strukturieren und welche Behälter physisch betreten wurden.

Das erste Konzept beschreibt die Wahrnehmung von DiabetikerInnen im Raum und dem sozialen Umfeld. Im Gegensatz zu anderen Konzepten des Raums, sind diese sehr bildlich.

DIABETES IST ABGESCHIEDENHEIT

- war man unter seinen Freunden und Schulkameraden immer ein wenig der *Exot* [78 21–22]
- Anderen einen nicht *wie Aussätzig* behandeln [76 160–161]
- Habe mich immer mehr von meinen Freunden *isoliert* [47 39–40]
- anderen wird der Diabetiker durch solche Regeln von vielen sportlichen Aktivitäten *ausgeschlossen* [69 106–108]
- ohne Chance *ausgeliefert* krank zu fühlen und zu sein [60 20–21]
- *Diskriminierung* wegen Diabetes [17 1]

Die metaphorischen Bilder lassen auf eine mögliche Diskriminierung schließen. Zumindest, dass die Erkrankung DiabetikerInnen einengte. Zur Diskriminierung von Diabetes möchte ich auf die Untersuchung von GREDIG und RAEMY (2013) hinweisen, wo die AutorInnen diese Fragen genauer erörterten.

DiabetikerInnen konzeptualisierten den Körper als einen Behälter.

KÖRPER IST EIN BEHÄLTER

- ab und zu den Tropfen *aus* dem Finger [79 29]
- Fragen schwirren *in* meinem Kopf herum [25 12]
- Humalog – das aber immer noch vier Stunden *in* meinen Körper vorhält [01 34]
- über einen Perfuser mir direkt Insulin *in* die Vene laufen lassen [09 41–42]



Insulin muss immer von Außen zugeführt werden (durch Geräte, die ebenso wieder Behältnisse für das Insulin sind), bei ärztlichen Untersuchungen und täglichen Blutzuckermessungen wird Blut für Testgeräte abgegeben.

Einen häufigen Behälter den DiabetikerInnen physisch betraten, waren Kliniken und ÄrztInnenpraxen. Häufig sind es die Behälter, wo Diabetes diagnostiziert wurde und die Behandlung erfolgte. Kliniken waren dabei die häufigsten Behälter, wo PatientInnen „eingestellt“ wurden (s. S. 94, KLINIKEN SIND WERKSTÄTTEN).

KLINIKEN SIND BEHÄLTER

- so musste ich also am nächsten Tag *ins Krankenhaus* [04 6]
- sah mich schon *im Krankenhaus* oder gar im Koma [07 17–18]
- fuhren mich am Glukosetropf hängend *in* die nächste Klinik [08 5–6]
- kam *im Krankenhaus* auch sofort *auf* die Intensivstation [09 39]

Andere Konzeptualisierungen waren: SCHULEN SIND BEHÄLTER, TOILETTEN SIND BEHÄLTER und KOMA IST EIN BEHÄLTER. Toiletten und Schulen beschreibt die Räume, die im Mittelpunkt der PatientInnen standen, als Symptome des Diabetes mellitus Typ-1 auftraten. Koma kann als Raum interpretiert werden, der besser nicht betreten werden sollte.

Diabetes ist (k)ein Hindernis

Diabetes wurde als „Hindernis“ oder „Einschränkung“ konzeptualisiert, da Diabetes scheinbar die Bewegungsfreiheit von Betroffenen „einengte“.

DIABETES IST (K)EIN HINDERNIS

- Mittlerweile habe ich mich mit meiner Krankheit arrangiert und sie *behindert mich nicht mehr* in meinem Leben [15 154–155]
- die Reise hat mir wieder gezeigt, dass man sich durch seine Krankheit *nicht einschränken lassen darf*- aber eine besondere Vorbereitung wichtig ist [64 66–68]
- von einer ohnehin nur *beschränkten* Lebenserwartung hören zu müssen [72 12]
- Dämonen konnten nur überleben, weil ich im Diabetes eine *einschränkende* Behinderung sah [69 98–99]



Mögliche Hindernisse können Unter- oder Überzuckerungen sein. DiabetikerInnen benötigen dann Zeit, um sie zu korrigieren (bis Kohlenhydrate oder Zucker wirken). Deshalb ist oftmals eine Vorplanung notwendig, zum Beispiel Traubenzucker und Insulin in der Nähe zu haben, um in solchen Situationen reagieren zu können. Eventuell verändert sich im Laufe der Erkrankung die Sichtweise auf Diabetes, da die Erkrankung im Verlauf nicht mehr hinderlich war. Vielleicht gab es Phasen, in denen die Krankheit eine direkte „Einengung“ im Leben von den Betroffenen darstellte.

Blutzuckerwerte befinden sich in einem Raum

Blutzuckerwerte wurden von den DiabetikerInnen in einem Raum strukturiert. Dieses Konzept kann dem Skalen-Schema (*scale*) nach JOHNSON zugeordnet werden. Der Autor schreibt, dass Skalen normative Werte haben (vgl. JOHNSON 1987: 123). Wie im Kapitel „Therapieziele und Formen bei Diabetes Typ-1“ (S. 19) beschrieben, haben Blutzuckerwerte unterschiedliche Vorgaben.

BLUTZUCKERWERTE BEFINDEN SICH IN EINEM RAUM

- Danach war mein Langzeitwert wieder *in der Norm* und lag bei etwa 6 bis 6,5% [15 120–121]
- sich der Blutzuckerwert *im unteren Bereich* [...] befindet [52 115–116]
- andererseits ist mein Bluzuckerspiegel wieder *angestiegen*, adultes Hämoglobin (HbA_{1c})-Wert von 7.6% auf 8.6% [41 5–6]
- zwischen den Blutzuckerkontrollen *zu hohe* Werte hat [14 78–79]
- er war *zu hoch!* viel *zu hoch* [14 38]

Behälter für die Bewältigung

Die nächsten verwendeten Konzepte von DiabetikerInnen beschreiben metaphorische Räume, die für die Bewältigung verwendet wurden. Die ersten Metaphern konzeptualisierten das Internet als einen Behälter. Der Großteil der erhobenen Texte stammte aus dem Internet. Viele DiabetikerInnen hatten mit der Veröffentlichung ihrer Texte mit dem Medium Erfahrung und nutzten den Raum Internet auch dazu, um nach Informationen für Diabetes zu suchen. Das Internet ist ebenso ein Raum im Raum. Es gibt das Internet und andere Behälter (z.B. Foren), die wieder Behälter enthalten (s. Abb. 7.5, S. 102).

INTERNET IST EIN BEHÄLTER FÜR INFORMATIONEN



7. Darstellung der Ergebnisse

- findet *im* Internet lückenlos Informationen zu allen Themen [52 236–237]
- deshalb habe ich nach einer anderen Möglichkeit gesucht, meine Blutzuckerwerte Verwalten zu können und bin *im* Internet Fündig geworden [38 81–82]
- erwähnen sei noch eine *Informations-* Plattform *im* Internet die Sehr gute Infos über alle Diabetes Typen sowie Neuheiten Rund um den Diabetes bietet [38 97–99]
- habe ich bereits *auf* www.mein-diabetes-blog.de berichtet [78 39–40]

Wie an den bisher gezeigten Konzepten dargestellt, können die verwendeten Räume, in denen sich die DiabetikerInnen bewegten, als einschränkend und begrenzend interpretiert werden. Deshalb ist das nächste Konzept interessant, denn die PatientInnen „entschlossen“ sich zu etwas, um eventuell aus dieser Enge „auszubrechen“. Die Einengung kann in anderen Konzepten besser verstanden werden, die im weiteren Verlauf folgen.

BEWÄLTIGUNG IST EIN ÖFFNUNGSVORGANG

- *entschloss* ich mich einen Diabetologen aufzusuchen um ihn für meine aktuelle Situation um Rat zu fragen [52 161–162]
- Nach kurzem Zögern *entschloss* ich mich, diesen Schritt zu wagen [52 164–164]
- fest war ich *entschlossen* zu starten [69 62]
- Dieser Stand *eröffnete* mir ein neues Leben mit meiner Krankheit [01 71]

Das letzte Konzept betont die räumliche Nähe zu anderen Personen, wie ÄrztInnen und dem sozialen Umfeld. Dies ist meiner Meinung nach eine wichtige Bewältigungsressource. Dabei bezieht es sich auf körperliche Hilfe und Angewiesensein, bei einer Unterzuckerung oder auch psychologischer Unterstützung.

HILFE IST KÖRPERLICHE NÄHE

- der mir mit Rat und Tat *zur Seite steht!!* [04 52–53]
- In den ersten Jahren *standen* meine Eltern *immer voll und ganz hinter mir* und haben mir geholfen, wo sie nur konnten [45 9–10]
- In diesem Fall genügt es, wenn jemand *bei mir ist* bis die Kraft zurückkehrt [53 16–17]
- wichtig war für mich auch der *Kontakt* zu anderen Betroffenen [52 126]



Interpretativer Ansatz

Metaphern des Raums	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Grenzen (Schutz, Einengung) • Statisch • Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • nur bestimmte Räume • keine Bewegung • Zeit
<p>Ressourcen/Defizite: „Räume“ können gewechselt und geöffnet werden u. a. mit der Hilfe von außen. Grenzen der Erkrankung zu sehen und Empowerment, sowie Akzeptanz fördern.</p>	

Tabelle 7.3.: Metaphern des Raums

Die konzeptualisierten Räume von DiabetikerInnen können vorrangig als Einengung verstanden werden. Besonders das erste Konzept lässt darauf schließen, dass die Krankheit Grenzen schafft, die sogar zum Ausschluss innerhalb der Gesellschaft geführt haben. Oder sich DiabetikerInnen „isolierten“, da sie sich fremd und anders fühlten. Viele Bereiche sind abgesteckt und vorgeschrieben. Sie hielten sich regelmäßig in verschiedenen Räumen auf, wie ÄrztInnenpraxen und Krankenhäusern. Zusätzlich wurden Grenzen vorgegeben, in denen sich der Blutzucker befinden sollte. Dennoch wurde durch die Räumlichkeit Hilfe angeboten, wie zum Beispiel durch FreundInnen und ÄrztInnen. Die Metaphern des „Entschlusses“ können als Anstoß, als auch Ausbruch verstanden werden, musste aber von den DiabetikerInnen selbst unternommen werden. Auch hier ist anzumerken, dass die Räume und Grenzen vorrangig von außen bestimmt wurden. „Grenzen“ zu überschreiten, wie übermäßiges Essen ohne Insulin zu beachten, zu viel zu arbeiten etc., können sich auf den Blutzucker und das Wohlbefinden auswirken.

7.4. Metaphern des Wegs: Diabetes, eine Reise

Eine weiteres Konzept, das die Erfahrung im Raum wiedergibt, ist das Weg-Schema. Es kann sich bei diesem Schema um tatsächliche Wege handeln, wie vom eigenen Haus zum Arzt zu gehen, oder von Berlin nach Moskau zu fliegen (vgl. JOHNSON 1987: 113). Andere Wege existieren nur in der Vorstellung, wie die Reise zu einem



7. Darstellung der Ergebnisse

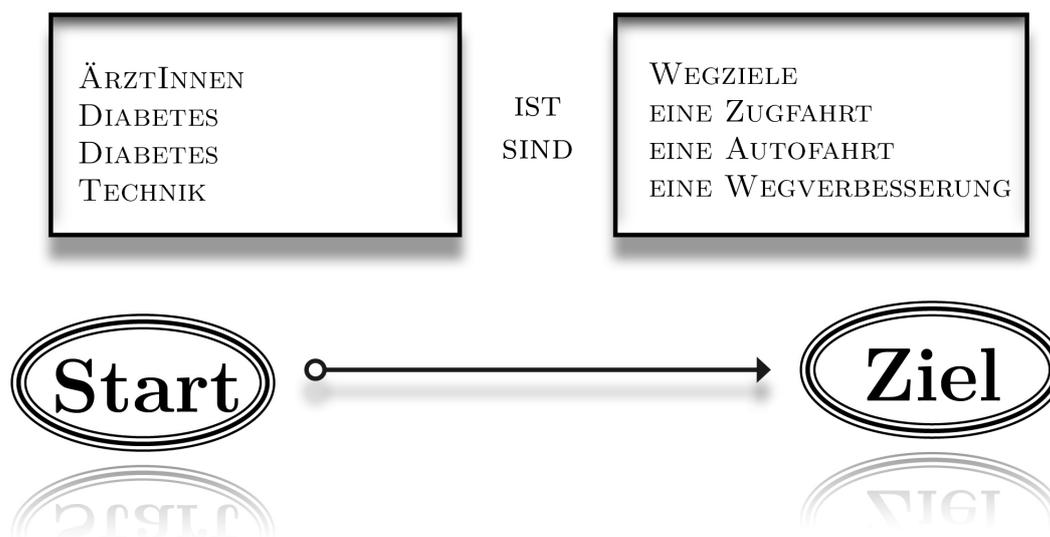


Abbildung 7.6.: Metaphern des Wegs und Weg-Schema nach JOHNSON (vgl. 1987: 114)

Stern (vgl. ebd.). Abstraktere Konzepte können Erfahrungen, Entwicklungen und die Zeit sein⁶². Was das Weg-Schema verbindet, sind die folgenden Punkte:

- A source, or starting point
- A goal, or endpoint
- A sequence of contiguous locations connecting the source with the goal
- Paths are thus routes for moving from one point to another

(JOHNSON 1987: 113)

Zu betonen ist, dass es einen realen oder imaginären Startpunkt gibt und einen möglichen Zielpunkt. Ob der Zielpunkt tatsächlich erreicht wird, kann dabei offen bleiben und wie dieser Zielpunkt erreicht wird. Auch ist die Vorstellung eines geradlinigen Weges idealisiert, gerade was Erfahrungen und „Lebenswege“ von Menschen anbelangt, die oftmals nicht geradlinig verlaufen.

Ähnlich der Raum-Metaphorik, benutzen DiabetikerInnen physische Wege mit dem Ziel ÄrztInnen zu erreichen. Besonders bei der Diagnose spielt dies eine wichtige Rolle, sowie bei der Behandlung des Diabetes.

ÄRZTINNEN SIND WEGZIELE

- bin ich dann *zur* Augenärztin [16 22–23]
- der Gang *zum* Hausarzt notwendig [52 73–74]

⁶² Zum Beispiel: „Die Wissenschaft schreitet voran“, „Im Laufe vieler Jahre“



- meine Mutter ist gleich mit mir *zum* Kinderarzt [14 23]
- schickte mich noch am selben Tag *zu* meinem Hausarzt [16 24]

Reisemittel

PatientInnen benutzten zwei Reisemittel in ihrer Sprache – Züge und Autos. Das erste Konzept, DIABETES IST EINE ZUGFAHRT, beschreibt den Wandel, Fortschreiten bei Diabetes und das es keinen Stillstand gab. Folgeschäden sind eine „Endstation“, die nicht erreicht werden sollte. Therapien und Insulin waren Züge, in die „umgestiegen“ wurde, um eventuell den Diabetes wieder in die richtige Richtung „zu lenken“. Auch wurde der Stoffwechsel als „entgleist“ metaphorisiert und das Kliniken und ÄrztInnen dafür zuständig sind, PatientInnen wieder auf den „Weg“ zu bringen. Eventuell zeigt dies, dass die Krankheit Diabetes einen eigenen Willen besaß, die, wenn sie nicht überwacht wurde, PatientInnen vom Weg „abbringen“ konnte. Diese Konzeptualisierung ist ähnlich der Metaphern der Maschinen und Technik, die eine ständige Überprüfung verlangte.

DIABETES IST EINE ZUGFAHRT

- *Umstieg* von der konventionellen Therapie zu NIS war für all diese Aktivitäten von unschätzbarem Wert [69 94–96]
- wollte auf Lispro *umsteigen* [76 88]
- *akute Entgleisungen* des Stoffwechsels wie eine Unterzuckerung zu verhindern [10 40]
- *Endstation* genügt: restlose Erblindung, Nierenversagen mit Dialysepflicht, Polyneuropathien -innen und -außen [77 4–5]
- als *entgleiste* Diabetikerinnen nur im Krankenhaus eingestellt wurden [77 13]

Das zweite Konzept griff ebenso Metaphern auf, Diabetes „lenken“ zu wollen oder zu müssen und die Erkrankung in Bewegung ist.

DIABETES IST EINE AUTOFAHRT

- die strengen Diätvorschriften von damals sind heute längst *überholt* [78 33]
- mein Leben mit Diabetes in die von mir gewünschte *Richtung zu lenken* [69 49–50]



7. Darstellung der Ergebnisse

- Körper muß nun seine *Reserven anzapfen* [34 47]
- die Toiletten *ansteuere* [25 24–25]
- eventuell auftretenden Unterzuckerung sofort *gegensteuern zu können* [52 65–66]

Technik ist eine Wegverbesserung

Technik ist ein Konzept, dass von den Betroffenen immer wieder aufgegriffen wurde, nur mit unterschiedlichen Quellbereichen. Wenn es mit Technik einfacher und schneller „ging“, hat Technik scheinbar eine wichtige Bedeutung für die Behandlung des Diabetes.

TECHNIK IST EINE WEGVERBESSERUNG

- Mit Pumpe *geht es einfacher* [28 1]
- erlaubte mir nun *freier* mit meinen Mahlzeiten und Injektionen *umzugehen* [78 17–18]
- mit dessen Hilfe das kontrollieren des Blutzuckers um vieles einfacher war und *schneller ging* [38 27–28]
- Man ist viel *flexibler*, was Essenszeiten und -mengen *angeht* [04 32–33]

Interpretativer Ansatz

Metaphern des Wegs	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Ziel • Richtung • reale und surreale Wege und Ziele • Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> • wie und ob Ziel erreicht wird • Linearität
<p>Ressourcen/Defizite: Richtungen können verändert werden, auch die des Diabetes. Abläufe vereinfacht, z. B. mit Hilfe von Technik. Außenstehende behutsam „Richtungsvorschläge“ machen.</p>	

Tabelle 7.4.: Metaphern des Wegs



Hauptaspekt dieses Konzeptes ist die Bewegung und der Veränderung. DiabetikerInnen durchliefen einige Stationen auf ihrem Weg mit Diabetes und die Konzepte zeigten, dass vieles in Veränderung war. Die Erkrankung kann nach den Metaphern als ein schmaler Weg mit festen Zielpunkten gedeutet werden, die nicht nur Räume, sondern auch Richtungen vorgibt. Technik schien dabei eine Möglichkeit zu sein, diesen Weg zu erweitern und mehr Freiheiten zu ermöglichen. Zudem DiabetikerInnen die Eigenverantwortung über die Erkrankung haben. Ein mögliche Bewältigungsresource könnte die Veränderung sein, da Richtungen innerhalb der Therapie geändert werden können, wenn DiabetikerInnen „entgleist“ sind. Dies ist möglich durch die ständigen Kontrollen und Überprüfungen (s. S. 95: DIABETES IST ÜBERPRÜFUNG), die von außen vorgegeben werden. Jedoch verlangt dies die Mitarbeit der PatientInnen, wie es besonders das nächste Konzept zeigen wird. Ein Hinweis sind dazu auch die beschriebenen Bewältigungsfähigkeiten von MOOS und HOLAHAN (s. S. 52 in dieser Arbeit).

7.5. Metaphern der Arbeit: Lebenslange Festanstellung

SCHMITT beschreibt diese Metapher als unauffällig, da sie wenig Bildcharakter aufweist, im Gegensatz zu anderen Metaphern (vgl. 1995: 215). DiabetikerInnen haben in ihren Texten viel „gemacht“ und „gearbeitet“. Zum einen wurde mit ihnen, wie mit einem Werkstück etwas „getan“ und zum anderen mussten sie etwas mit dem Diabetes „tun“.

Das erste Konzept zeigt, dass die Betroffenen Diabetes als Arbeitgeber auffassten, der sie ständig beschäftigte.

DIABETES IST ARBEIT

- war auch bereit, *einiges dafür zu tun* [69 50]
- Um die Funktionen der Pumpe im Verbund mit dem Blutzuckermessgerät [...] zu beherrschen, ist *viel Fleißarbeit erforderlich* [52 168–170]
- Tragen der Pumpe hat mich anfangs *am meisten beschäftigt* [52 171–172]
- zeigte ihr meine Zuckerkurven die ich die letzten 3 Wochen *angefertigt* habe [11 15–16]
- Insulinpumpen-*Workshop* in Bad Boll [52 209]



- Wenn er nicht gut ist, dann weiß man, dass an der momentanen Einstellung *noch gefeilt werden muss* [14 80–81]
- *machte* ich eine Kur in Bensheim/ Winterkasten [10 94]
- soviel neues auf mich zukam und ich sowieso erstmal *überfordert* war mit der Situation [10 75–75]

Es wurde verlangt, dass PatientInnen alle Vorgänge (spritzen, messen etc.) selber ausführen konnten und ist die Garantie dafür, dass vorrangig diagnostizierte Kinder nach Hause entlassen werden können⁶³, wie das nächste Konzept zeigen wird. Mit diesen erlernten „Handwerkstechniken“ können Veränderungen in der Therapie selber vorgenommen, da Arzttermine im Erwachsenenalter vierteljährig verlaufen. Somit sind DiabetikerInnen im späteren Verlauf sinngemäß ÄrztInnen und PatientInnen zugleich und setzt hohe „Anforderungen“ voraus. Wie bei den Konzepten der Maschinen und Technik erläutert (s. S. 92), werden scheinbar viele Vorgänge zu einem Automatismus oder die Technik übernimmt Aufgaben für die DiabetikerInnen.

DIABETES IST SELBSTSTÄNDIGE ARBEIT

- man vernünftig informiert ist, kann man sehr wohl seine Einstellung *selber machen* [76 151]
- Beim zweiten mal als ich im Schwesternzimmer war verlangte man das ich es *alleine machen sollte* [09 46–47]
- ich es die nächste Zeit zu Hause *selber machen mußte* [76 107–108]
- das meiste *muss ich doch selbst machen* [23 10–11]

Bewältigung ist Arbeit

Bereits die anderen genannten Konzepte der Arbeit, könnten zu einer aktiven Bewältigungsform zählen. Bewältigung wurde ebenso als Arbeit konzeptualisiert. Scheinbar musste Mut „gemacht“ werden, um für andere da sein zu können, oder um etwas zu verändern.

BEWÄLTIGUNG IST ARBEIT

- Diabetikern Mut *machen* [01 90]
- sondern auch, um Mut zu *machen*, es einfach zu probieren [01 96]

⁶³ s. „Therapieziele und Formen bei Diabetes Typ-1“, S. 19



7. Darstellung der Ergebnisse

- versuchte das Beste aus der Situation zu *machen* [07 15]
- wollte ich nun auch meinen Beitrag dazu *leisten* [16 17]
- habe ich dazu noch eine Datei *aufgebaut*, die durch Verknüpfungen ohne weiteres Zutun diese Werte übernimmt [23 45–46]

Interpretativer Ansatz

Metaphern der Arbeit	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeiten • bestimmte Bereiche an denen gearbeitet wird • praktische Tätigkeiten • Arbeitsvorgänge • Diabetes ist erlernbar und bearbeitbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Pausen und Entspannung • ob ein Endprodukt erreicht wird • Theorie hinter einer Handlung • Denkprozesse
<p>Ressourcen/Defizite: Durch Arbeit kann Diabetes geändert werden. Vermittelt aber, dass nur durch harte Arbeit etwas erreicht wird, was besonders bei Kindern gut vermittelt werden sollte.</p>	

Tabelle 7.5.: Metaphern der Arbeit

In den Konzepten wurde ersichtlich, dass Diabetes als Arbeit aufgefasst wurde. ÄrztInnen viel von den PatientInnen verlangten. In den Konzepten kam auch ein „arbeiten lassen“ vor, aber vor allem schien die selbstständige Arbeit, im Umgang mit Diabetes im Alltag, sehr wichtig zu sein. Gerade bei der Diagnose wird den oftmals jungen Betroffenen viel verlangt. Eine wichtige Ressource ist dabei, dass mit Arbeit etwas „getan“ werden kann und vieles scheinbar an den Betroffenen liegt, wie Diabetes bewältigt wird. Der Umkehrschluss ist jedoch, dass eine „Überforderung“ stattfinden kann. Die Konzepte zeigten jedoch nicht, ob ein Endprodukt erreicht wird.



7.6. Metaphern des Kriegs: Krieger und Opfer

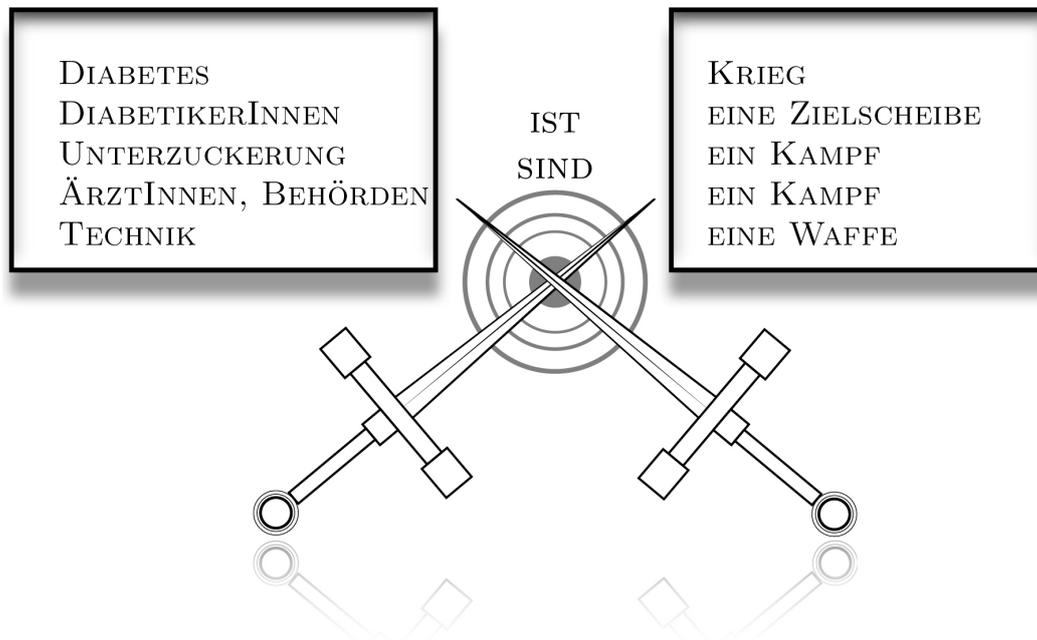


Abbildung 7.7.: Metaphern des Kriegs

Über Kriege und Kämpfe werden tagtäglich in Nachrichten berichtet. Krankheiten werden als ein Kampf angesehen und besonders Krebs und Aids (vgl. JONES 2007; SCHMITT und BÖHNKE 2009: 4). Auch in der Medizin selbst werden Bakterien als Bedrohung und Gefahr erachtet, die bekämpft werden (vgl. BAUER 2006: 1312). Ähnlich wie bei der Spielmetapher setzt ein Kampf oder Krieg einen Gegner voraus. Die verwendeten Kampfkonzepete von den PatientInnen sind nachvollziehbar, denn Krankheiten können den Normalzustand von Menschen verändern, wie ich es bereits im Kapitel „Krankheitsbewältigung“ (s. S. 29) beschrieb. Bei chronischen Krankheiten stellt sich die Frage, ob tatsächlich ein Sieg möglich ist, oder nur arrangieren mit der Istsituation.

Diabetes wurde als Eindringling mit den vorhanden sprachlichen Bildern beschrieben, der die Bauchspeicheldrüse zerstörte und dadurch eine negative Veränderung im Leben der PatientInnen bewirkte.

DIABETES IST KRIEG

- Körpereigene *abwehrstoffe*, die Antikörper, *zerstören* Insulinproduzierende Zellen der Bauchspeicheldrüse [10 48–49]
- Bekommt man die Überzuckerung nicht in den Griff, drohen *schwere Schäden* [15 54]



7. Darstellung der Ergebnisse

- Mein Körper hatte Antikörper ausgeschickt, die meine Bauchspeicheldrüse *zerstörten* [15 109–110]
- Entzündung und vor allem die *Zerstörung* dieser Zellen schreitet über viele Jahre voran, ohne dass der Betroffene etwas davon merkt [10 50–51]

Wie bei der Theatermetaphorik⁶⁴, konzeptualisierten DiabetikerInnen eine Passivität. Sie wurden von der Krankheit „getroffen“ und können als „Opfer“ der Erkrankung beschrieben werden. Auch wurden sie von Folgeschäden „getroffen“.

DIABETIKERINNEN SIND EINE ZIELSCHEIBE

- ja gerade mich würde *es treffen* [77 53]
- Diagnose *traf mich* 1978 [77 12]
- Feststellung *hat mich getroffen* wie ein Keulenschlag [52 30–31]
- es einen von Euch mal *treffen* sollte oder bereits *getroffen* hat, dann verliert nicht Eueren Lebenswillen sondern seit "froh", dass es nichts ernsteres ist [29 72–73]
- Pumpe Cozmo, die nach mehreren aussagen von *Betroffenen* sehr gut Bedienbar ist [38 91–92]
- Jeder *Betroffene* muss sich um seinen Diabetes selbst kümmern und kommt um eigene Erfahrungen nicht herum [52 228–229]

Unterzuckerung ist ein Kampf

Eine Unterzuckerung wurde von den DiabetikerInnen als Gegner konzeptualisiert, die den Körper angriff und schwächte. Ein „Abwehrmittel“ sind Nahrungsmittel, um diesen „Gegner zu besiegen“. Unterzuckerung kann dabei als Überlebenskampf beschrieben werden, damit der Körper – durch die Nahrungsmittel – wieder Energie bekommt.

UNTERZUCKERUNG IST EIN KAMPF

- Hypoglykämie - *ein Kampf mit dem Körper* [53 1]
- sondern ausschließlich gegen meinen sinkenden Blutzuckerspiegel *kämpfen* [01 63]
- bei Unterzuckerungen nicht durch *Fressattacken* die restlichen Werte des Tages zu versauen [73 19–20]

⁶⁴ s. „Theater-Metaphern: Diabetes tritt auf“, S. 98



- konnte kaum *dagegen* anessen [01 20–21]

Bewältigung ist ein Kampf mit ÄrztInnen und Behörden

DiabetikerInnen verwendeten nicht nur Metaphern für Kämpfe mit der Erkrankung, sondern haben auch „Auseinandersetzungen“ mit ÄrztInnen und Krankenkassen, die auf Wünsche von PatientInnen nicht eingingen oder diesen sogar Schwierigkeiten bereiteten. Ein Kampf kann eine Strategie voraussetzen, um dieses Problem zu lösen.

BEWÄLTIGUNG IST EIN KAMPF MIT ÄRZTINNEN UND BEHÖRDEN

- Wer erinnert sich *an den Kampf* mit den Ärzten, die diese Streifen nicht verschreiben wollten bzw. durften [57 25–26]
- *Auseinandersetzungen* mit den Krankenkassen, die die Kosten dafür nicht übernommen haben [57 26–27]
- Viele Hausärzte *weigern* sich heute noch, so eine Pumpe zu verschreiben, da sie sehr teuer ist [28 20–21]
- moechte ich, wenn moeglich von euch wissen, ob ihr zufaellig schon einmal das selbe mit den behoerden gehabt habt und wie ihr dagegen *vorgegangen seit* [36 50–51]

Techniken sind Waffen

Im nächsten Konzept wurde konkret konzeptualisiert, das Waffen benutzt wurden. Zum einen gegen die PatientInnen selbst und zum anderen, gegen die Erkrankung. Es ist dem Konzept DIABETES IST EIN GLÜCKSSPIEL ähnlich (s. S. 97), wo z. B. Technik als Spielmittel „eingesetzt“ wurde. Nur hier wurden sehr zielorientiert diese „Waffen“ verwendet.

TECHNIK IST EINE WAFFE

- in der anderen eine Art *Mordwerkzeug* von Stechgerät, das einem kleinen, zarten Kind fast die Fingerkuppe *wegsprengte* [57 13–14]
- der psychologischen *Geheimwaffe* des Westens nicht gewachsen [06 19]
- zu Beginn eine Waage sehr gute *Dienste leistet* [52 94]
- den Pen *scharf gemacht* [40 9]



Interpretativer Ansatz

Metaphern des Kriegs	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Gegner/Konfrontation • Strategie • Zerstörung • Angriffe 	<ul style="list-style-type: none"> • Frieden • Koalitionen • Waffenruhe • Kein Aufbau
<p>Ressourcen/Defizite: Zeigt Probleme auf, an denen gearbeitet werden kann. Defizit ist, dass Diabetes nur als Gegner wahrgenommen wird.</p>	

Tabelle 7.6.: Metaphern des Kriegs

Diabetes kann durch die vorhandenen Konzepte als Gegner verstanden werden. Denn die Krankheit „drang“ in das Leben von DiabetikerInnen ein“ und zwang sie das Leben zu verändern. Was dann verstärkt wurde durch die äußeren Umstände. Kämpfen könnte meiner Meinung nach eine wichtige Ressource sein, wenn es um Krankheiten geht, um zum Beispiele Hindernisse zu überkommen. Vertreter der Bewältigungsforschung selbst, sahen Bewältigung als eine „Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten“ an und um gegen eine Bedrohung vorzugehen (vgl. STARKE 2000: 64). Doch könnte eine einseitige Sichtweise, den Diabetes als Gegner zu sehen, auch problematisch sein. Denn es ist anstrengend immer kämpfen zu müssen. Eventuell ist dies eine Verschärfung des Konzeptes des Krieges. Denn es wird nur der Kampf beleuchtet, aber nicht die Zeit, wo „Frieden“ herrscht und Kompromisse geschlossen werden. Ebenso findet in dieser Metaphorik kein Aufbau statt, sondern es wird vorrangig eine Zerstörung vermittelt. Aufgaben könnten sein, besonders von ÄrztInnen, Stärken der Erkrankung zu finden und somit eventuell Akzeptanz.



7.7. Metaphern der Sinne: Diabetes ist wahrnehmbar



Abbildung 7.8.: Metaphern der Sinne

Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und Fühlen gehören zu den fünf Sinnen des Menschen und mit Hilfe der Sinnesorgane kann die Welt wahrgenommen werden⁶⁵. In späterer Zeit wurde das Spektrum der Wahrnehmungsmodalität erweitert und so zählen ebenso das Gleichgewicht, Temperatur-, sowie die Schmerzempfindung (*Nozizeption*) zu der Sinneswahrnehmung (vgl. BIRBAUMER und SCHMIDT 2006: 277).

DiabetikerInnen verwendeten Metaphern für den Hör-, Seh-, Gleichgewichts- und Schmerzsinne in den verschiedenen Texten.

Der Hörsinn

Für die PatientInnen war die Diagnose teilweise ein Schockerlebnis (siehe Konzept DIAGNOSE IST EIN ELEKTROSCHOCK, S. 94), sie kam unerwartet und bedeutete eine Umstellung der Lebensgewohnheiten. Diese Konzept lässt einen Rückschluss zu, dass in der Zeit der Diagnose eine Überforderung vorhanden war, was das nächste Konzept verdeutlicht. So konnte die Erkrankung noch nicht richtig „verstanden“ und über den Hörsinn allgemein Verständnis vermittelt werden kann.

VERSTEHEN IST HÖREN

⁶⁵ Genau genommen, zählen die Organe zu der *objektiven Sinnesphysiologie* (vgl. HANDWERKER und SCHMELZ 2007: 298)



- damals noch zu klein um das alles wirklich *richtig verstehen zu können*, aber für meine Eltern hieß das Stress [45 4–6]
- *verstand* vieles noch nicht [47 23]
- Heute *verstehe ich das natürlich alles*, aber als Kind fand ich das nur grausam und gemein [45 29]
- ein Diabetiker seinem Arzt sagt, dass er es *nicht verstehen könne*, warum bei vergleichbaren Werten an unterschiedlichen Tagen, der Blutzucker entglitten ist [23 55–57]

Der Sehsinn

Der Gesichtssinn gehört zu den wichtigsten Sinnen des Menschen, 80 % der Wahrnehmung geschieht über die Augen (vgl. ZÜHLKE 2012: 7). Es wurden ebenso Metaphern verwendet, wie VERSTEHEN IST SEHEN⁶⁶ und dass über diesem Sinn, ebenfalls Verständnis vermittelt wurde. Von den PatientInnen wurden Metaphern verwendet, dass Außenstehende über Sachverhalte „aufklärten“. Dies könnte bedeuten, dass die Betroffenen ohne das Wissen und der Hilfe von Außen hilflos waren, um zum Beispiel Diabetes verstehen zu können. Außenstehende (Krankenhauspersonal, Freunde) brachten scheinbar „Licht ins Dunkel“.

KLINIKEN UND MENSCHEN SIND AUFKLÄRERINNEN

- Gleichzeitig *erklärte* er mir aber, dass er keine ambulante Pumpeneinstellung vornehmen könne [19 29–30]
- *erklärte* dessen Funktion [47 8]
- Im Krankenhaus (es handelte sich um eine Spezialklinik für Diabetes) wurde mir Folgendes *erklärt* [50 7]
- einem zwei wöchentlichen Aufenthalt im Krankenhaus und guter *Aufklärung* und *Erklärung* komme ich schon wunderbar *klar* [11 27–28]
- machten mir zu dieser Zeit auch Studienfreunde *klar* [47 44–45]

Im nächsten Konzept übernahmen Außenstehende wieder eine Funktion, indem sie PatientInnen eine Richtung „zeigten“. Dieses „zeigen“ könnte PatientInnen geholfen haben, eine Orientierung zu erlangen. Wie in den Metaphern des Raums erläutert

⁶⁶ Z.B.: „Intensiver Ausdauersport, das *wurde mir sehr schnell klar*, schien unmöglich!“ [01 25–26], „genaue Auslöser von Diabetes Mellitus nahezu *unaufgeklärt*“ [38 59–60]



(S. 105), befinden sich Blutzuckerwerte in einem Raum. Wo sich der Blutzucker befindet, konnte mit Hilfe der Technik „angezeigt“ werden.

ABSTRAKTA UND MENSCHEN SIND WEGWEISERINNEN

- mir *gezeigt*, wie es mit wenigen Handgriffen gut funktionieren kann mit der Pumpe [79 42–43]
- wo immer ich will, *zeigt* mir ein Blick auf die Pumpe, wo der BZ steht und vor allem, wohin er sich bewegt [55 50–51]
- bei den notwendigen Therapieanpassungen ein Beispiel zur *Orientierung* bieten [01 90–91]
- Ulrike Thurm und die IDAA *zeigten* mir, wie's besser geht! [01 70]

Der Gleichgewichtssinn

Ein anderer Sinn den DiabetikerInnen konzeptualisierten, war der Gleichgewichtssinn. Diabetes kann als Krankheit beschrieben werden, wo keine Homoöstase mehr vorherrscht, denn die Blutglukose ist gestört (s. Unterkapitel „Insulin“, S. 5). Die Betroffenen verwendeten sprachliche Bilder, um den Blutzucker in einer Balance zu halten.

BLUTZUCKER IST PENDELN

- Beim Auto- und Radfahren achte ich darauf, dass der BZ vorher *im Lot ist* [53 22]
- Blutzucker *pendelte* um die 200 mg 96-Grenze [57 44]
- wenn er so gut wie *gar nicht schwankt* [68 12–13]
- ohne dass mein Blutzucker *aus dem Lot gerät* - ich bin guter Hoffnung, dass das irgendwann einmal wieder klappt [50 93–94]
- „Lantus“ was meinen Zuckerspiegel den ganzen Tag über *in einer Balance hält* [10 93]

Ein ähnliches Konzept ist: DIABETES IST (DIS)HARMONIE⁶⁷, wo die gestörte Homoöstase noch einmal verdeutlicht wird.

⁶⁷ Z. B.: „jetzt war es ja offiziell, das etwas gesundheitlich *nicht mit mir stimmt*“ [09 30], „*Rythmus* am Wochenende *nicht stimmen*“ [41 29], „meinen Lebensstil und *-rythmus* werde ich ändern müssen“ [69 15].



Der Schmerzsin

Die Krankheit wurde als Schmerz oder Körperverletzung konzeptualisiert, von den Betroffenen selbst, aber auch für Angehörige. Dabei wurden keine Wörter, wie spritzen verwendet, sondern zum Beispiel „stechen“ und „piken“. Diabetes scheint aus diesem Grund nicht schmerzfrei gewesen zu sein.

DIABETES IST KÖRPERVERLETZUNG

- packten die Hand mit der Spritze und *hauten Sie mir in den Bauch* [09 44–45]
- habe übrigens keine Hemmungen mich in der Öffentlichkeit *zu stechen* [40 7–8]
- kann nicht sagen wie viele Nächte tage und monate sie sich *um die Ohren geschlagen hatte* [38 19–20]
- Feststellung hat mich *getroffen wie ein Keulenschlag* [52 30–31]
- habe innerhalb eines Tages zwanzig mal in meinen Körper *gestochen*, was nicht immer schmerzfrei gewesen ist [18 9–10]
- mehrmals täglich in den Finger *pieken* [78 19]

Interpretativer Ansatz

Metaphern der Sinne	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Geruchssinn • Geschmackssinn • Temperatursinn
<p>Ressourcen/Defizite: Verstärkt auf Emotionen einzugehen. Zu schulen, wie körperliche Schmerzen vermieden werden können.</p>	

Tabelle 7.7.: Metaphern der Sinne

Bei diesen Konzepten wurde fast alle Sinne verwendet, außer dem Geruchs-, Geschmacks- und Temperatursinn. Diabetes war dadurch eine körperlich Erfahrung, im physischem und literarischem Sinn. Ebenso zeigten die Konzepte zwei Lerntypen, das



optisch und akustisch Verständnis vermittelt wurde. Was bei diesen Konzepten diskutiert werden kann, dass andere Wahrnehmungen teilweise verborgen wurden. So kann die Frage formuliert werden, warum Diabetes nicht geschmeckt werden konnte? Eventuell bedeutet dies, dass Diabetes nicht „genossen“ werden konnte.

7.8. Metaphern des Zwangs: Vieles ist ein Muss

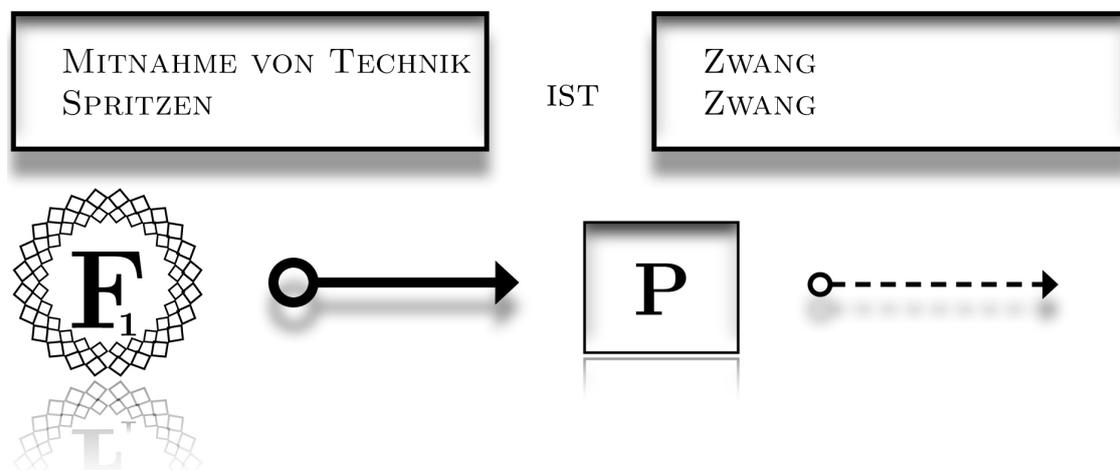


Abbildung 7.9.: Das *Zwang-Schema* nach JOHNSON (1987: 45). Der schwarze Pfeil ist die Kraftwirkung. P, das Objekt, auf die die Kraft wirkt. Und der gestrichelte Pfeil, in die P bewegt wird.

Mark JOHNSON schrieb über das *Force-Schema* im Allgemeinen:

In order to survive as organisms, we must interact with our environment. All such causal interaction requires the exertion of force, either as we act upon other objects, or as we are acted upon by them.

(JOHNSON 1987: 42)

Er meint weiter, dass wir Kräfte erst wahrnehmen, wenn sie unter beschwerten Bedingungen auftreten. Wie zum Beispiel Gegenwind bei einer Fahrradtour (vgl. ebd.). Der Autor gibt weitere Beschreibungen für dieses Schema:

- Kraft setzt Interaktion voraus
- Kraft bewegt ein Objekt durch den Raum, in eine Richtung
- Es gibt nur eine Richtung, in die sich ein Objekt bewegen kann
- Kräfte haben einen Ursprung und ein Ziel



- Kräfte können unterschiedlich stark ausfallen
- Es gibt eine kausale Handlungskette⁶⁸

(vgl. ebd.: 43 f., Übersetzung, JK)

Das Thema, das DiabetikerInnen konzeptualisierten, war die des Zwanges (*compulsion*). Unter Zwang versteht JOHNSON eine Kraft, die von außen einwirkt und ein Objekt in eine Richtung bewegt (vgl. ebd. 45). Dieses Objekt muss sich durch diesen Krafteinfluss bewegen und „you are moved along a path you may not have chosen“ (s. Abbildung 7.9) (vgl. ebd.: 45). Solche Metaphern sind im Textkorpus oft vorgekommen. Eine mögliche Deutung ist, dass DiabetikerInnen vorrangig Fremdbestimmt wurden, durch Ärzte und Ärztinnen, Institutionen und der Erkrankung selbst. Das erste *Zwang*-Konzept ist die Mitnahme von Technik. So mussten zum Beispiel der Insulinpen, Blutzuckermessgerät, Nadeln, Katheter, Traubenzucker u. a. Geräte mitgeführt werden. Dieses Konzept beleuchtet das Angewiesensein von DiabetikerInnen von Technik.

MITNAHME VON TECHNIK IST ZWANG

- Ärztin mir damals zwar gesagt hat, dass ich sie *immer mitnehmen sollte* [16 139–140]
- Blutzucker-Messgerät und bei größeren Entfernungen auch der Insulin-Pen *sind ein Muss* [53 26–27]
- Katheter, Ampullen, Batterien und ein Notfall-Set *müssen ständig greifbar sein* [52 196–197]
- *muss* täglich 24 Stunden am Körper *getragen werden* [52 194]

Das andere Konzept zeigt die Abhängigkeit von Insulin und das Diabetikerinnen und Außenstehende selber handeln mussten.

SPRITZEN IST ZWANG

- Leider haben Sie Typ I Diabetes, Sie *müssen* ab sofort ein Leben lang Insulin spritzen [50 8]

⁶⁸ „The door closes because I, or the wind, or a spring mechanism, acted on it to cause it to shut. Forces are the means by which we achieve causal interactions. The agent of the causal sequence can be either an animate and purposive being, or it can be a mere inanimate object or event; but in either case the relevant forces are always actual or *potential forces in an actual or potential sequence of causal interactions*. In other words, although we can think of forces abstractly in isolation as bare force vectors, all actual forces are experienced by us in causal sequences.“ (JOHNSON 1987: 44, Betonungen hinzugefügt, JK)



7. Darstellung der Ergebnisse

- wusste mittlerweile, dass ich den Typ I mein Leben lang behalten würde und dass ich Insulin spritzen *musste* [13 32–33]
- Dort hieß es ich *muss* mich spritzen [09 42–43]
- ganzes Leben werde ich spritzen *müssen* [69 14]
- Meine Mutter *musste* mich auch spritzen [14 63]
- zum Schluss zwölf mal am Tag verschiedene Insuline *spritzen musste* und acht mal den Zuckerspiegel kontrollieren *musste* [18 5–7]

Ein anderes Konzept des Zwangs war: **ÄRZTINNEN UND KRANKENHAUSBESUCHE SIND ZWANG**⁶⁹. Und DiabetikerInnen sich in Krankenhäuser oder zu ÄrztInnen begeben mussten.

Interpretativer Ansatz

Metaphern des Zwangs	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • was getan werden muss • Kontrolle • Fremdbestimmung • Schutzfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfreiheit • Ausnahmen
<p>Ressourcen/Defizite: Möglicher Schutz für die PatientInnen, sogleich auch Überforderung durch die vielen Vorgaben. Schwer Selbstbestimmung zu verwirklichen.</p>	

Tabelle 7.8.: Metaphern des Zwangs

Die Konzepte zeigten, dass Diabetes eine äußere Kraft ist. Dies bildet die am Anfang erwähnte kausale Handlungskette und kann folgendermaßen dargestellt werden:

{Erkrankung Diabetes + ÄrztInnen und Institutionen} ⇒ äußere Kraftwirkung auf PatientInnen ⇒ Forcierte und festgelegte Bewegung

⁶⁹ Zum Beispiel: „Sie müssten mich abholen, da ich sofort ins Krankenhaus *müsse*“ [09 37], „so *musste* ich also am nächsten Tag ins Krankenhaus“ [04 06]



Durch die Erkrankung und Erhaltung der Gesundheit kam es zu einer äußeren Kraft, die die PatientInnen lenkten, um die Gesundheit zu erhalten. DiabetikerInnen verwendeten Metaphern, die Diabetes als Zwang beschrieben. Die mögliche Ressource könnte eine Schutzfunktion sein. Meiner Meinung nach liegt hier ein große Verantwortung bei den betreuenden Personen (ÄrztInnen, Krankenhauspersonal, Angehörige), den Kindern die Situation verständlich zu erläutern, denn diese „Zwänge“ geschehen nicht aus Willkür. Eine andere Ressource, die sich entwickeln könnte und gefordert werden sollte, ist die Akzeptanz der Situation und warum diese Vorgaben existieren. Dies kann vor allem mögliche psychische Folgen betreffen, wie es im Kapitel „Psychische Folgen“ (S. 24) beschrieben wurde. Die Metaphern des Zwangs von DiabetikerInnen verdeutlichten noch einmal, was in den Konzeptes des Weges und Raumes (s. S. 107 und S. 102) bereits wiedergegeben wurde, dass die Krankheit als festgelegte Richtung und Eingrenzung verstanden wurde.

7.9. Metaphern des Zyklus: Immer und immer wieder

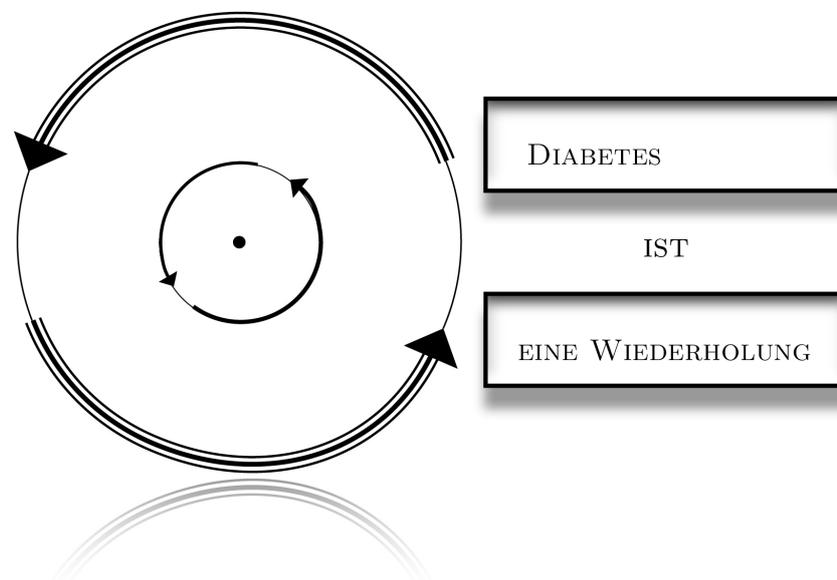


Abbildung 7.10.: Metaphern des Zyklus und Zyklus-Schema nach JOHNSON (1987: 120)

Die Zyklus-Metaphern⁷⁰ (*Cycle-Schema*) gehören ebenso zu den Schemas nach JOHNSON (vgl. 1987: 119ff.). Dieses Schema beschreibt Wiederholungen im Leben. JOHNSONS führt an, dass unser Körper Zyklen unterliegt, wie dem Herzschlag, Atmung

⁷⁰ Könnte auch mit Kreis oder Periode übersetzt werden.



und der Blutkreislauf u. a. (vgl. ebd.). Oder der Wechsel von Tag und Nacht, den Jahreszeiten und dem Wochenrhythmus mit Arbeitstagen und Wochenende. JOHNSON kritisiert selber dieses Schema:

This circular representation of the CYCLE is inadequate insofar as it fails to include a salient dimension in our experience of cycles, namely, their climatic structure. For us, *life patterns do not simply repeat*; they exhibit a character of build-up and release.

(ebd., Betonung hinzugefügt, JK)

Wie bei den Metaphern des Raums (s. S. 102 in dieser Arbeit), gibt es Kreisläufe in Kreisläufen, die sich teilweise überschneiden oder sogar gegeneinander wirken (vgl. JOHNSON 1987: 121).

In der Analyse waren Zyklusmetaphern sehr gesättigt. Die Krankheit beeinflusste den Lebensrhythmus von DiabetikerInnen. Dieses Konzept weist Ähnlichkeiten mit den vorher genannten Zwang-Metaphern auf, denn die Rhythmen *müssen* täglich wiederholt werden. Durch verschiedene Therapieformen kann dieser Rhythmus unterschiedlich rigide ausfallen und dank der Entwicklung neuer Insulin- und Therapieformen, ist eine Lockerung der Rhythmen möglich. So verlangt die intensivierete konventionelle Insulintherapie (ICT)⁷¹ „regelmäßiges“ injizieren des Basal-Insulins in 12–15 Stunden Rhythmus. Die Insulinpumpentherapie (CSSI) hingegen, kann durch das ständige Verbundensein mit dem Körper mehr Freiheiten verschaffen, so dass nicht „immer“ zu festgelegten Zeiten gespritzt werden muss (s. dazu TECHNIK IST EINE WEG-ERLEICHTERUNG, S. 110).

DIABETES IST EINE WIEDERHOLUNG

- *Immer* etwas Süßes gegen den Schock [77 28–29]
- *immer im zwölf Stunden Rhythmus* die Dosierungen zu injizieren [41 21–22]
- *mehrmals täglich* eine Nadel (damals noch 12mm und eindeutig dicker als heute) in Bauch oder Bein jagen musste [78 19–21]
- *Tägliche* Aufzeichnungen und Durchdenken des Geschehens haben aber dazu geführt, dass mir die Reaktionen des Sensors meist erklärlich sind [...] [55 45–47]
- *regelmäßiges* Blutbild machen lassen [29 52]

⁷¹ zu den Unterschiedlichen Therapieformen s. S. 19, „Therapieziele und Formen bei Diabetes mellitus Typ-1“.



7. Darstellung der Ergebnisse

- und etwa *vier Mal am Tag* selbst das Insulin spritzen [47 6–7]
- muß zwar *viermal am Tag* meinen Blutzucker messen [34 162]

Beim möglichen Verweigern dieser Rhythmen (Insulin am Morgen nicht zu spritzen) sind Konsequenzen schnell wahrnehmbar durch einen Anstieg des Blutzuckers, der ein körperliches Unwohlsein auslösen kann.

Andere Rhythmen und Regelmäßigkeiten, die im Leben von DiabetikerInnen vorkommen können:

- Nahrungsaufnahme (besonders bei der IC-Therapie)
- Arztbesuche (DiabetologInnen, Augenuntersuchung u. a.)
- Nadelwechsel von Insulinpens
- Lancettenwechsel der Stechgeräte
- Insulinpatronenwechsel
- Wechseln der Spritzstellen
- Katheter-, Batterie-, Ampullenwechsel bei Insulinpumpen
- Schulungen

Der Nadelwechsel kann verzögert werden. Werden die Spritzstellen nicht gewechselt, sind Verhärtungen des Hautgewebes die Konsequenz und Insulin kann nicht mehr wirken.

Interpretativer Ansatz

Metaphern des Zyklus	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßigkeit • Wiederholungen • Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Unregelmäßigkeit • Spontaneität
<p>Ressourcen/Defizite: Kann Sicherheit und Strukturierung geben und vermitteln. Auch Rigidität und Überforderung besonders am Anfang der Diagnose, sowie bei stressvollen Situationen, alles beachten zu müssen.</p>	

Tabelle 7.9.: Metaphern des Zyklus



Diabetes ist ein Einschnitt in den Lebensalltag der PatientInnen, wie es besonders die zwei vorhergehenden Konzepte verdeutlichten. Eine Ressource könnte sein, dass dieser veränderte Lebensrhythmus Sicherheit und Strukturierung gibt, eine gute Betreuung der Betroffenen ist hierzu Voraussetzung. Mögliches Defizit ist, dass auch bei diesem Konzept durch die äußeren Vorgaben eine Überforderung der jungen, sowie älteren PatientInnen stattfinden kann.

7.10. Metaphern des Gewichts: Diabetes ist schwer

Ein Karton voller Bücher kann schwer sein. Auch können abstraktere Dinge als Gewichte bildlich übertragen werden. Zum Beispiel die Wortdefinition von Depression kommt aus dem Französischen und bedeutet „Niederdrückung, Senkung“ (DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) 2006) und kann als psychologische „Last“ und „Belastung“ verstanden werden. Zum Beispiel fühlt man sich nach einer „schweren“ Prüfung „erleichtert“, oder man ist durch Arbeit einfach „niedergeschlagen“. Das Konzept des Gewichts ordnete Rudolf SCHMITT den Orientierungsmetaphern, nach LAKOFF und JOHNSON, zu (vgl. 1995: 196) und Christa BALDAUF verstand u. a. „schwer – leicht“ unter den Attributmetaphern (vgl. 1997: 109).

In den Texten konzeptualisierten DiabetikerInnen die Krankheit als einen Gegenstand, der das Leben von PatientInnen sowie Angehörigen „erschwerte“ und somit eine negative Konnotation erhielt. Die Krankheit kann nie abgelegt werden, sondern ist ein „belastendes“ Gepäckstück auf Lebenszeit.

DIABETES IST EINE BELASTUNG

- Habe bei einer *schweren* Unterzuckerung die Packung nicht aufbekommen. [51 53–54]
- empfinde Diabetes nicht unbedingt als gefährlich, sondern eher als *lästige* Krankheit [13 54–55]
- Zeiten waren für mich *nicht leicht* [76 64]
- stelle ich fest, dass die *Belastung* für Familienangehörige von Diabetikern oft bis an die Grenze des Möglichen geht [52 119–120]
- litt unter *Depression* [47 40]
- was für eine *Belastung* es ist ein krankes Kind zu haben [09 80–81]



Ebenso wurde Technik, wie Spritzen und Insulinpumpen als ein Gepäckstück metaphorisiert⁷². Das nicht nur die Krankheit „getragen“ wurde, sondern auch zusätzliche Hilfsmittel im tatsächlichen Sinn, mitgeführt werden mussten.

Diabetes ist (psychisches) Zusammenbrechen

Die Last der Erkrankung führte nach den Metaphern auch zu einem vorrangig psychischem Zusammenbruch. Oder einer psychischen Krafteinwirkung, was besonders die Diagnose betraf und verdeutlichte die „Last“ des Diabetes.

DIABETES IST (PSYCHISCHES) ZUSAMMENBRECHEN

- alles klang nicht gerade verheißungsvoll, aber was mich wirklich „*knickte*“, war der Tonfall, in dem mir das alles mitgeteilt wurde [69 15–17]
- hatte meinen ersten *Knacks* schon mal weg [76 12]
- In mir *brach eine Welt zusammen* [47 22]
- kein Diabetes mehr habe, würde ich einige Sorgen weniger haben und könnte mich über anderes *den Kopf zerbrechen* [41 39–40]

Technik, Forschung und Menschen sind Erleichterungen und Unterstützungen

Als gegenteiliges Konzept verwendeten DiabetikerInnen u. a. auch Technik, um die Schwere des Diabetes zu nehmen. Eine „Erleichterung“ kann ebenso als Loslösen gedeutet werden, dass der Druck von der Krankheit genommen wird. Das betraf ebenso Außenstehende – wie ÄrztInnen und FreundInnen – welche die PatientInnen „unterstützten“ und die Last des Diabetes mit „trugen“. Dies ist eine soziale Ressource für die Bewältigung.

TECHNIK, FORSCHUNG UND MENSCHEN SIND ERLEICHTERUNGEN UND UNTERSTÜTZUNGEN

- [Insulinpumpe] hat mir doch alles *sehr erleichtert* [13 40]
- Einführung der Insulinpens *erleichterte* so einiges [78 16–17]
- *kein mühsames* Spritzen wenn ich unterwegs bin – einfach klasse [28 17–18]

⁷² TECHNIK IST EIN GEPÄCKSTÜCK: „Seit April 2006 *trage* ich eine Insulinpumpe“ [02 7], „Natürlich ist CGM *lästig*: Noch ein technisches Hilfsmittel mehr“ [55 13].



7. Darstellung der Ergebnisse

- Diese Forschung [von Implantaten] würde *eine enorme Erleichterung darstellen*, denn damit wären keine äußeren Geräte mehr notwendig [15 145–146]
- *unterstützt* mich mein Arzt besser bei der Behandlung meiner Krankheit [73 14]
- *unterstützte* mich in meinem Vorhaben und machte mir immer wieder Mut an mich [18 37–38]

Interpretativer Ansatz

Metaphern des Gewichts	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Masse • Last & Leichtigkeit • Feste Körper • Messbar 	<ul style="list-style-type: none"> • es gibt nur Schwere und Leichtigkeit • Beschaffenheit der Körper
<p>Ressourcen/Defizite: Zeigt, welche Situationen erschwerend und leicht sind, die als Ressource oder Defizit gewertet werden können.</p>	

Tabelle 7.10.: Metaphern des Gewichts

Die Gewichtsmetaphern können zeigen, wo Probleme vorhanden sind, was die PatientInnen als „schwer“ wahrnehmen. Technik zum Beispiel wurde auf der einen Seite als eine „Stütze“ metaphorisiert und konnte der „Schwere“ von Diabetes entgegenwirken. Auf der anderen Seite wurde sie auch als „Gepäck“ empfunden. Ebenso waren das soziale Netzwerk und ÄrztInnen eine wichtige Bewältigungsressource, um dem Umgang mit Diabetes zu verbessern. MOOS und HOLAHAAN, sowie LEHR und THOMAE zählten soziale Netzwerk und Betreuungspersonen ebenso zu einer sozialen Ressource (siehe Kapitel „Gesundheitsbezogene Folgen“, S. 54 und „Bitte um Hilfe“, S. 43, in dieser Arbeit). MOOS und HOLAHAAN merkten auch an, dass die Person ebenso Vertrauen benötigt, um nach Hilfe zu fragen. Dieses Konzept ist vor allem in der Raummetaphorik zu erkennen gewesen: BEWÄLTIGUNG IST EIN ÖFFNUNGSVORGANG (S. 105). Wie bei anderen Konzepten ist eine einseitiges Denken in



diesen Metaphern problematisierend, denn es können nur die „Beschwerden“ gesehen werden, oder im Gegenteil, dass alles „leicht“ ist.

7.11. Metaphern der Personifikation: Freund und Feind

DiabetikerInnen verstanden den Diabetes als Freund und Feind und die Erkrankung wurde als handelnde Person konzeptualisiert. Die nähere Bedeutung für Personifikation erläuterte ich im Kapitel „Konzepte nach denen wir Leben“ (S. 72). Dabei wurden auf die Krankheit Diabetes und Gegenstände menschliche Eigenschaften projiziert und können Hinweise auf die Beziehung zu der Erkrankung geben.

Diabetes ist ein Lebenspartner

Eine häufig vorkommende Personifikation war, dass Diabetes von den Betroffenen als ein Partner angesehen wurde. Dieses und die folgenden Konzepte sind insofern interessant, da Diabetes als selbstständiges Lebewesen konzeptualisiert wurde. Ein Lebewesen, welches einen eigenen Willen hatte und mit der eine Beziehung geführt wurde.

DIABETES IST EIN WEGBEGLEITER UND PARTNER (FÜRS LEBEN)

- irgendwann musste ich ja auch lernen, *mit dieser Krankheit zu leben* und musste anfangen, mir meine Spritzen selber zu geben [45 11–12]
- mit meinem Diabetes eines Tages *zum Diabetologen ging* [19 28–29]
- *laufe mit meinem Lebensbegleiter* seit 1983 *rum* [79 2]
- heute *lebe ich ganz gut* mit der Erkrankung [47 54]
- Diabetes, *mein Lebensbegleiter* [79 1]

Eine weitere Interpretation dieses Konzeptes ist, dass Diabetes eine Akzeptanz der Betroffenen erfahren hatte.



Diabetes und Unterzucker sind keine Lebenspartner

Diabetes machte etwas mit den PatientInnen. Vor allem zeigt dies das nächste Konzept, dass die Krankheit das Leben von den Betroffenen „bestimmte“ und ihr Leben veränderte. Teilweise suggeriert dieses Konzept, dass ein Gegner in Diabetes gesehen wurde. Wie im Kapitel „Physische Folgen“ (S. 21) beschrieben, dass vor einer Unterzuckerung auch Ängste vorkommen können.

DIABETES UND UNTERZUCKERUNG SIND GEFÄHRLICHE UND HERRSCHENDE PERSONEN

- obwohl der Diabetes damals *mein Leben bestimmte* [47 30–31]
- vor einer Unterzuckerung *vorsehen muss* [52 102]
- *Er führt zu langer Krankheit und frühem Tod* [29 17]
- *erwische* ich die Unterzuckerung ziemlich sicher 55 33-34
- diese chronische Krankheit *in erschreckendem Maße um sich greift* [52 3–4]
- Mindestens zehn Millionen Bürger Europas *werden durch ihn bedroht* [29 17–18]
- mich jedoch in den Wahsinn treibt, sind diese kleinen Dinge, die der Diabetes *mit mir bzw. meinem Körper macht* [43 5–6]

Technik ist eine Person

Das nächste Konzept könnte darauf deuten, dass eine positive „Beziehung“ mit der Technik (mit der Insulinpumpe im Speziellen) eingegangen wurde. Die Insulinpumpe schien hilfreich zu sein, um der Krankheit Diabetes zu begegnen. Dieses Konzept könnte dadurch entstanden sein, da die Insulinpumpe 24 Stunden am Tag getragen wurde. Eine andere, jedoch nicht in den Texten vorgekommene Metapher ist – „Ich bin ein Pumpi“⁷³ – hier findet eine direkte Identifikation mit der Insulinpumpe statt und DiabetikerInnen werden zu einer „Pumpe“.

TECHNIK IST EIN GUTER FREUND

- Auf dieser Kur habe ich dann auch das erste Mal *Bekanntheit mit der sogenannten Insulinpumpe gemacht*. [04 24–26]
- möchte sie *keinen Tag mehr missen* [55 3]

⁷³ Z. b.: <http://www.diabetespumpi.de>



- *gehört auch sie einfach zu mir* [78 31–32]
- *es ist ein guter Vertrauter geworden* [61 15]

Interpretativer Ansatz

Personifikation	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Passivität • Ansichten über Dinge • Projektion eigener Werte 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivität • bewusste Handlung
Ressourcen/Defizite: Kann bei der Krankheitsverarbeitung indirekt helfen.	

Tabelle 7.11.: Metaphern der Personifikation

Die Personifikation kann auf eine mögliche unbewusste Bewältigungsressource deuten und entlastend sein. LEHR und THOMAE, sowie MOOS und HOLAHAN verstehen dies als Strategie (s. S. 43 und S. 46, in dieser Arbeit), unangenehme Situationen zu kompensieren. Eine einseitige Verwendung der Bewältigungsressource ist auch hier problematisch. Die Konzepte zeigten, dass es unterschiedliche Sichtweisen auf Diabetes gab. Einige PatientInnen hatten Angst, andere sahen die Krankheit als Partner oder schufen mögliche Koalitionen mit technischen Hilfsmitteln für die Bewältigung. Eine weitere Deutung ist, dass PatientInnen die den Diabetes als Partner ansahen, die Krankheit akzeptierten.

7.12. Metaphern der Überwachung und Planung: Alles unter Kontrolle

In den Texten konzeptualisierten DiabetikerInnen ihren Alltag als Planung und Kontrolle. Es ist ein stark gesättigtes Konzept und eine Fremdbestimmung war vorherrschend.



7. Darstellung der Ergebnisse

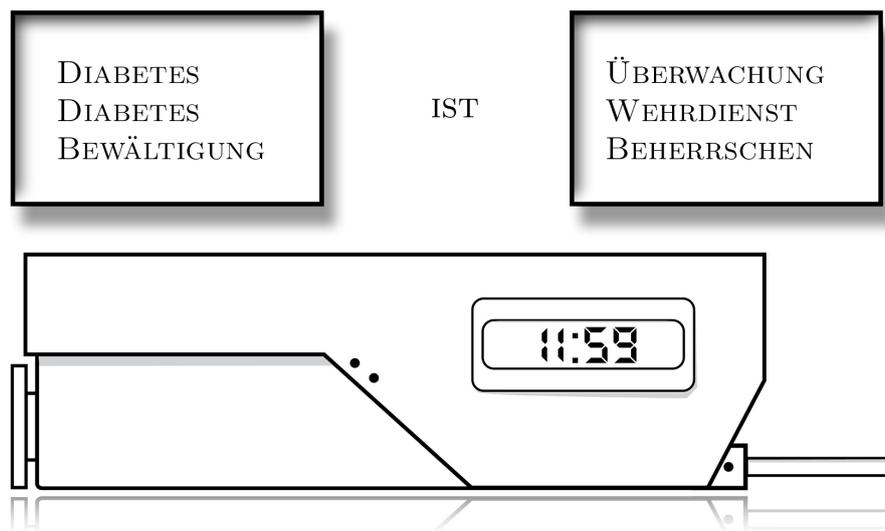


Abbildung 7.11.: Metaphern der Überwachung und Planung

DIABETES IST ÜBERWACHUNG, STRUKTURIERUNG UND KONTROLLE DES ALLTAGS

- meine Sachen alle regelmäßig *zu dokumentieren* [04 51–52]
- gibt seitdem immer einen *Zeitplan* [14 69]
- alles wurde selbstverständlich im Diabetes-Tagebuch *protokolliert* [47 34]
- Meinen Tagesablauf habe ich von nun an von vorne bis hinten *durchgeplant* [47 31]
- diese Faktoren *zu kontrollieren* und es klappt auch einigermaßen [15 118–119]
- *Dokumentation* der getroffenen Maßnahmen *unbedingt notwendig* [52 91–92]
- Fette *zu beachten* [34 141]
- speziell auf den HBA1C-Wert (Blutzuckerlangzeitwert) *geachtet wird* [29 52–53]
- der Spritz-Ess-Abstand *muss beachtet werden* [53 36]



Diabetes ist Wehrdienst

Die Betroffenen bildeten metaphorische Bilder, die eines Bundeswehrdienstes gleichkamen. Metaphern wie „Pflicht“, „Disziplin“ und „Vorschriften“ zum Beispiel und dass ein Leben mit Diabetes nur über diesen Weg bewältigt werden konnte. Es gab scheinbar keine andere Wahl, als sich an „Regeln“ und „Vorschriften“ zu halten.

DIABETES IST WEHRDIENST

- für eine zweistündige Aktivität in einer Standardsportart drei bis vier BZ-Messungen „obligatorisch“ *vorgeschrieben werden* [69 101–102]
- Mein Freund hat daraufhin, *gegen meinen Willen* einen BZ Test gemacht und ein Wert von 32 mg/dl gemessen [76 133–134]
- *hielt mich an diese Anweisung*, trieb vor dem Start den Blutzucker noch auf ca. 200 mg/dl [69 65]
- recht schonend, um einen Hypo auf jeden Fall zu vermeiden – *streng nach Vorschrift* [69 52–53]
- gibt keine Verbote mehr, *nur noch Regeln* an die ich mich eben halten muss [45 33]
- mich an *alle Vorgaben der Klinik strengstens gehalten* [47 32]
- Gesunder Lebensstil *ist Pflicht* [34 12]
- *Seien Sie tapfer, seien Sie diszipliniert!* [77 15]

Es gibt Schnittmengen zu Metaphern der Gebundenheit⁷⁴, dass DiabetikerInnen den Diabetes konzeptualisierten, der sie „festhielt“ und sie sich an Regeln „halten“ mussten. Eine weitere Interpretation ist, dass Diabetes eine Einengung für die Betroffenen war, wie es die Metaphern des Raums zeigten (s. S. 102).

Bewältigung ist Beherrschen

Durch die vorgeschriebenen Regeln und Fremdbestimmung ist scheinbar der einzige Weg, den Diabetes „beherrschen“ zu lernen und nicht umgekehrt. Es wurden Metaphern verwendet, um den Diabetes „in den Griff“ zu bekommen, als ob die Krankheit ohne Kontrolle von Außen selber willkürlich handelt, wie es das Konzept – DIABETES UND UNTERZUCKERUNG SIND GEFÄHRLICHE UND HERRSCHENDE PERSONEN

⁷⁴ DIABETES IST GEBUNDENHEIT: der Patient ist gezwungen, eine wirklich sehr *strikte Diät einzuhalten* [34 119–120], „gibt keine Verbote mehr, nur noch Regeln an die ich mich eben *halten muss*“ [45 33], „mich an alle Vorgaben der Klinik *strengstens gehalten*“ [47 32].



7. Darstellung der Ergebnisse

– zu verstehen gab. Nach anderen Konzepten, die die DiabetikerInnen verwendeten, scheint dies zu zutreffen, so dass Diabetes „gesteuert“ werden musste, wie es bei den Wegmetaphern vorkam (s. S. 107 und z. B. das Konzept: „Metaphern der Maschinen und Technik: Alles eine Einstellungssache“, S. 92).

BEWÄLTIGUNG IST BEHERRSCHEN

- Dadurch kriege ich persönlich meine Werte *besser in den Griff* [51 32–33]
- Meine Mutter machte damals überall wo sie nur konnte Schulungen mit um den Diabetes verstehen und *Beherchen zu Lernen* [38 18–19]
- Unannehmlichkeiten des nächtlichen Unterzuckers [...] bekamen trotz großer Bemühungen weder ich noch die Ärzte *unter Kontrolle* [52 131–132]
- Bekommt man die Überzuckerung *nicht in den Griff*, drohen schwere Schäden [15 54]
- *nicht in den Griff* zu bekommende Dawnphänomen (Blutzuckeranstieg in den Morgenstunden) [78 26–27]

Interpretativer Ansatz

Metaphern der Überwachung und Planung	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Struktur • Ordnung • Fremdbestimmung • Kontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfreiheit • Chaos
<p>Ressourcen/Defizite: Kann bei der Alltagsbewältigung mit Diabetes helfen und dass die Krankheit „beherrschbar“ ist. Könnte auch zu Zwängen führen.</p>	

Tabelle 7.12.: Metaphern der Überwachung und Planung

Wie bei einigen anderen Konzepten, konnte Diabetes reguliert werden und bedarf die Mitarbeit der PatientInnen. Die Betroffenen bildeten metaphorische Bilder über



„Pflicht“ und fassten die Krankheit als solche auf. Scheinbar nur mit Disziplin war eine Bewältigung möglich. Das Defizit dieses Konzeptes liegt in der Fremdbestimmung, gerade bei Kindern oder unstrukturierteren Menschen, könnten diese Vorgaben eine zusätzliche Belastung darstellen. Und es kann zu dem nicht ausgeschlossen werden, dass mit anderen Verhaltensweisen Diabetes ebenso kontrollierbar wäre. Die Konzepte wirkten, als ob die Erkrankung befremdend ist und auch hier ein Gegner in der Erkrankung gesehen wurde (s. „Metaphern des Kriegs: Krieger und Opfer“, S. 114 und „Metaphern des (Theater)Spiels: Vorhang auf“, S. 97).

7.13. Metaphern der Wirtschaft: Konjunktur des Blutzuckers

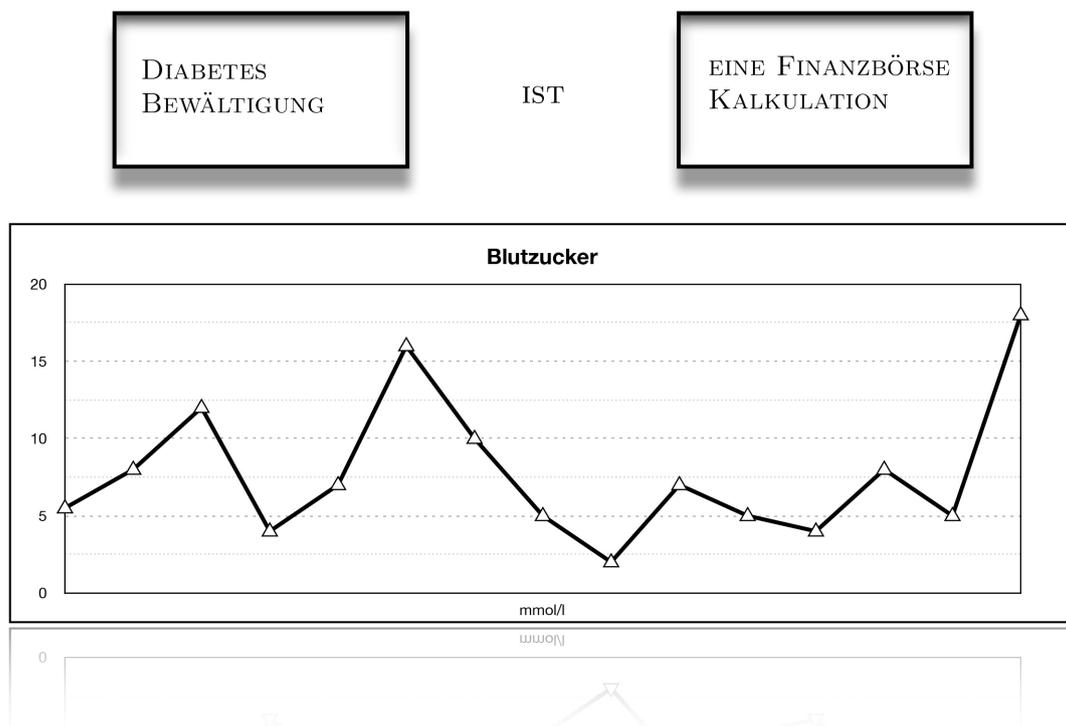


Abbildung 7.12.: Metaphern der Wirtschaft

Geld nimmt in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle ein und wird zum Überleben benötigt. DiabetikerInnen verwendeten Metaphern, wo es um Wirtschaften ging. Dies setzt voraus, dass rationale Entscheidungen getroffen wurden. In den Texten wurde abgeschätzt, ob sich eine Handlung „lohnt“ oder nicht und dass nach „günstigen“ Alternativen gesucht wurde.



DIABETES IST WIRTSCHAFTEN

- *Auf der Habenseite* stehen dagegen viele neue Erfahrungen und das gute Gefühl, daß man ein deutlich gesünderes Leben führt als der normale Mensch [34 166–167]
- bei meinem Krankheitsverlauf *günstig* war [50 63]
- *dort erworbenen Kenntnisse* samt der Reaktionen am eigenen Körper zu testen [52 10–11]
- sich doch überlegt, ob es bei den möglichen Folgerscheinungen von Diabetes bei falschem Blutzucker *sich nicht lohnt*, sich schlau zu machen über Ernährung, Sport etc. [34 167–169]
- hat mir bisher die Insulinpumpe *erspart* [15 135–136]

Diabetes ist eine Finanzbörse

Im nächsten Konzept ist eine Auf- und Abwärtsbewegung vorhanden. Dieses Konzept könnte auch zu dem Skalen-Schema gezählt werden (s. S. 105). DiabetikerInnen konzeptualisierten dies, also ob sie an einer Börsenauktion teilnahmen und auf die Marktlage entsprechend reagieren mussten. Dabei war der Markt, der Körper.

DIABETES IST EINE FINANZBÖRSE

- hatte zwar mehr Schokolade dabei, aber wußte nicht, daß *der Bedarf so rapide ansteigt* [76 38–39]
- um *wie viel mg/dl erhöht sich mein Blutzucker* beim *konsumieren* einer BE (Broteinheit) [52 96–97]
- trotz *Reduktion* des langwirkenden Insulins am Abend vorher *um 70%* [01 58]
- *steigt der Bedarf kontinuierlich* [34 44]

Bewältigung ist Kalkulation

Auch kalkulierten DiabetikerInnen Möglichkeiten ein, um ein gewisses Endresultat abzuschätzen. Dies könnte bedeuten, dass sie sich ihrer Position mit Diabetes bewusst waren und mögliche Einschränkungen absehen konnten. Schlussfolgernd, dass dies vorrangig kognitiv geschah. Auf ein gezieltes Coping deutet hin, dass Strategien mit einer gewissen Erwartung gewählt wurden.



BEWÄLTIGUNG IST KALKULATION

- Mit einem Anstieg habe ich *fast gerechnet*, immerhin sind Weihnachten, Weihnachtsferien und Winterferien in diesem höheren Wert *eingerechnet* [41 7–8]
- Mit einer gewissen Messungenauigkeit *muss man rechnen* [55 38]
- Wenn ich unterwegs bin, nehme ich lieber *erhöhte Werte in Kauf* und habe stets Not-*BE* wie Fruchtsaft [...] irgendwelche Süßigkeiten dabei [53 23–25]
- Vor zweieinhalb Jahren hatte ich noch schüchtern um Aufnahme in die Expedition angesucht und aufgrund meines Diabetes nicht wirklich mit Zustimmung *rechnen können* [69 186–188]
- Bolus Expert *nachrechnen lassen* [55 82]

Interpretativer Ansatz

Metaphern der Wirtschaft	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Geld • Planung • Kalkulation • Rationalität • Auf- und Abbewegung • Handel 	<ul style="list-style-type: none"> • Ob Kalkulationen aufgehen • unvorhersehbare Momente • Murphys law • Vermutungen • Emotion
<p>Ressourcen/Defizite: Diabetes ist „kalkulierbar“. Eventuelle Fehlplanung.</p>	

Tabelle 7.13.: Metaphern der Wirtschaft

Dieses Konzept zeichnete sich vorrangig durch Rationalität aus und das DiabetikerInnen kalkulierten, wie sich welche Entscheidung auswirkte. Es weist in die Richtung der Konzepte der Planung und Überwachung. Diabetes scheint in vielen Lagen berechenbar (Nahrung berechnen und abzuwiegen, notwendige Insulineinheiten zu kal-



kulieren u. a.) und es ist notwendig, gezielte Bewältigungsstrategien zu wählen, um angemessen auf Situationen reagieren zu können. Oftmals setzt dies vorausschauende „Kalkulationen“ voraus und die Einberechnung möglicher Konsequenzen. Defizite sind in diesem Konzept unvorhersagbare Situationen und zu rigides Vorgehen, sowie die Erkenntnis, dass nicht immer mit „Vernunft und Planung alles zu meistern sei“, wie es LEHR und THOMAE kritisierten. Eine mögliche Ressource ist, dass in diesen Konzepten Kompromisse mit der Erkrankung eingegangen wurden – eine Art Austausch und Handel – und sich mit dieser arrangiert wurde.

7.14. Metaphern der Revolution: Widerstand ist zwecklos

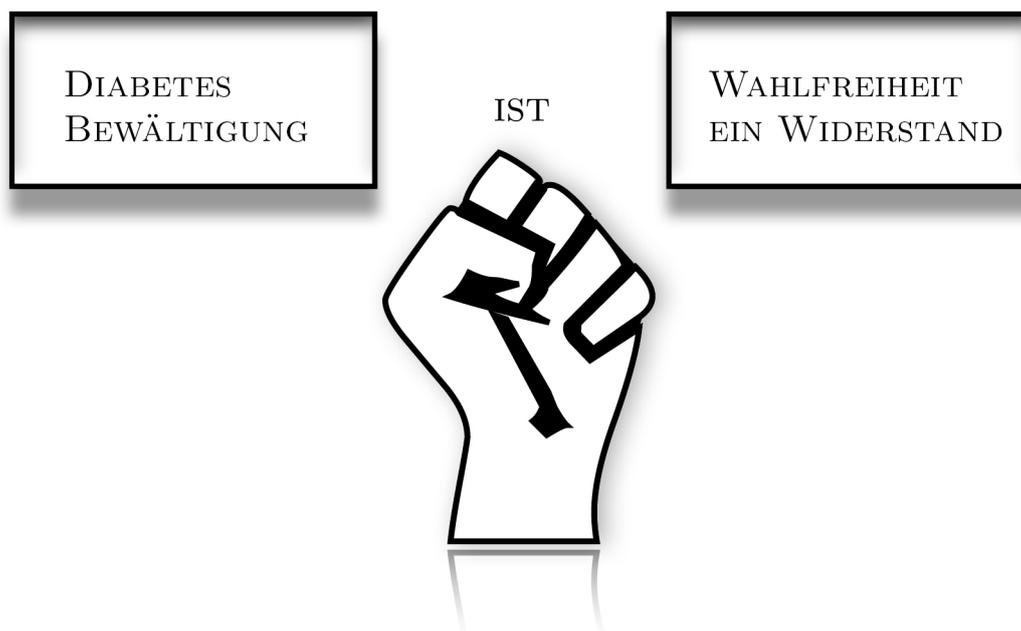


Abbildung 7.13.: Metaphern der Revolution

Neben vorrangig fremdbestimmten Konzepten gab es auch zwei Ausnahmen. DIABETES IST WAHLFREIHEIT und BEWÄLTIGUNG IST EIN WIDERSTAND. Die Krankheit gab PatientInnen vor, was getan werden musste⁷⁵. Diese Konzepte bildeten die wenigen Ausnahmen, wo DiabetikerInnen selber etwas wählten und nicht konform mit Anweisungen umgingen. Zumindest war dies der äußere Anschein, wie die Interpretation zeigen wird.

⁷⁵ S. „Metaphorik des Raums“ (S. 102), „Metaphorik des Zyklus“ (S. 125) und „Metaphern des Zwangs“ (S. 122).



DIABETES IST WAHLFREIHEIT

- habe ich mich für die Insulin-Pumpentherapie *entschieden* [52 159]
- suchte ich die Fachklinik *meiner Wahl auf* und wurde innerhalb von zwei Wochen auf die Insulinpumpentherapie eingestellt [52 166–167]
- Aufgrund meiner schlechten Blutzuckereinstellung *entschied ich* im Jahr 2008, es mit einer Insulinpumpentherapie (CSII) zu versuchen [27 14–15]
- zeitliche Abstand ist von mir *selbst gewählt* [55 35–36]
- Für welche Insulinpumpe von welchem Hersteller *man sich entscheidet*, richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen des Diabetikers [52 206–207]
- Es sind *unendlich viele Entscheidungen*, die ich jeden Tag und auch in der Nacht *zu treffen habe* um mich im gesunden Level am Leben zu halten! [02 9–10]
- sehe mich noch in der Klinik mit meiner Ausbilderin zusammen *vor einer großen Auswahl* an unterschiedlichen Modellen verzweifeln [61 13–14]

Nach Kants Definition ist Freiheit: „Freiheit würde diejenige Eigenschaft dieser Kausalität sein, da sie unabhängig von fremden sie *bestimmenden* Ursachen wirkend sein kann“ (KANT 1870: 74, Betonung im Original). Bei dem oben genannten Konzept, handelt es sich meiner Meinung nach nicht um eine vollkommenen Freiheit, obwohl zwischen verschiedenen Optionen (Kliniken, technische Geräte u. a.) gewählt werden konnte. Die Freiheit bewegte sich ebenso in einem vorgegebenen Rahmen von Möglichkeiten, die von anderen Faktoren abhängig waren. Um sich für eine Insulinpumpentherapie frei zu entscheiden, benötigt es einer Zustimmung des Arztes und der Kostenübernahme der Krankenkassen. Es scheint, dass nie eine vollkommene Freiheit von DiabetikerInnen erlangt werden kann, im Bezug zu Diabetes.

Bewältigung ist ein Widerstand (gegen Vorgaben)

Ein anderes Konzept, was den äußeren Forderungen gegenüberstand, ist das Konzept Widerstands. Wo sich DiabetikerInnen gegenüber ÄrztInnen durchsetzten. Dies weist in die Richtung von Compliance. Es ist kein stark gesättigtes Konzept für den gesamten Textkorporus, dennoch meiner Meinung nach wichtig zu erwähnen, dass durch die Vorgaben Widerstände erzeugt wurden. Nach JOHNSON könnte dieses Konzept als Gegenkraft (*counterforce*) verstanden werden (vgl. JOHNSON 1987: 46).



Ein ähnliches Konzept ist – ÄRZTINNEN UND BEHÖRDEN SIND EIN KAMPF (S. 116, in dieser Arbeit).

BEWÄLTIGUNG IST EIN WIDERSTAND (GEGEN VORGABEN)

- Mit etwa 20 Jahren habe ich dann eine *Trotzphase* erreicht [47 41]
- möchte ich allen Mut machen den Ärzten auch mal *zu wieder sprechen* und die Ärzte nach den reellen Ursachen zu befragen [18 17–19]
- habe aber immer versucht, *mich durchzusetzen* - wenigstens soweit es den Diabetes betraf; [19 9–10]
- habe ich zum wiederholten Male über seine Anordnungen *inweggesetzt* streng auf einen tiefen Blutzuckerspiegel zu achten [41 13–14]
- unsere Interessen wirksamer *durchzusetzen* [72 227–228]
- *nicht mehr alles genau abgewogen* [76 59]
- nicht immer *konform gingen* mit den fachärztlichen Empfehlungen [02 15–16]
- *spritzte nach Gefühl* und aß nur wenig [07 15]

Interpretativer Ansatz

Metaphern der Revolution	
Beleuchten	Verbergen
<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfreiheit • Widerstand 	<ul style="list-style-type: none"> • Compliance • Mögliche Gefahren
<p>Ressourcen/Defizite: Anweisungen zu hinterfragen. Erfahrung zu sammeln. Gefahr durch Fehldeutungen.</p>	

Tabelle 7.14.: Metaphern der Revolution

Widerstand ist meiner Meinung nach eine wichtige Erfahrung für die PatientInnen, um Grenzen auszutesten. Dies kann durch die vielen Konzepte auch verstanden werden, durch die häufigen, wenn auch subtilen Anordnungen von außen, PatientInnen sich anfangen zu widersetzen. Ich beschrieb es in einem Unterkapitel von „Bewältigung“, dass Widerstand zweiseitig sein kann (s. Unterkapitel „Widerstand“, S. 43).



7. Darstellung der Ergebnisse

Zum einen, um die Diagnose nicht anzuerkennen und Anordnungen zu hinterfragen und gegebenenfalls sich zu widersetzen. Zum anderen können Risiken eingegangen werden, die nicht vorhersagbar sind.

8. Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung

»Nicht Sieg sollte der Zweck der Diskussion sein, sondern der Gewinn.«

Joseph JOUBERT (DUDEN – ZITATE 2008: 680)



WÄHREND der Analyse und Interpretation zeichnete sich ab einer bestimmten Datenmenge eine Tendenz ab. DiabetikerInnen wurden vorrangig fremdbestimmt und Planung und Kontrolle machten einen großen Teil der metaphorischen Konzepte aus. Die Ergebnisse und Konsequenzen dieser Arbeit möchte ich in diesem Kapitel diskutieren und zusammenfassen.

Meine Forschungsfrage lautete:

Welche metaphorischen Bilder entwickeln erwachsene Typ-1-DiabetikerInnen beim Umgang mit ihrer Krankheit im Alltag?

Ich wollte herausfinden, in welchen Metaphern DiabetikerInnen denken und handeln und wie sie die Krankheit bewältigen.

8.1. Rückbezug zu den Ergebnissen: Metaphern von Diabetikern

Die Grafik 8.1 gibt einen quantitativen Überblick über die verwendeten Konzepte von DiabetikerInnen. Metaphern des Raums und Metaphern der Überwachung übernahmen dabei den größten Anteil der vorhandenen und dargestellten Ergebnisse und bestätigte sich nicht nur durch die Quantität. Im Kapitel „Interpretativer Ansatz“ zu den Metaphern des Raums (S. 107) wurde beschrieben, dass Räume Grenzen

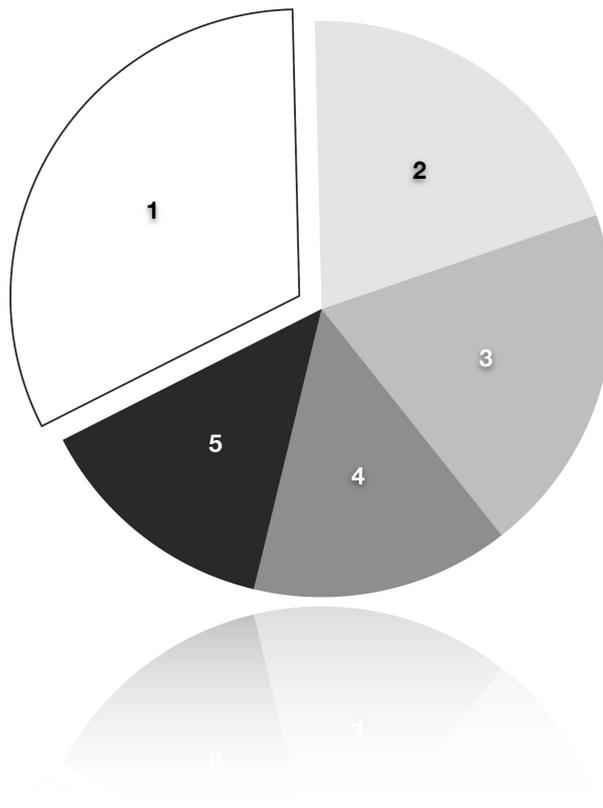


Abbildung 8.1.: Quantitätsangabe. 1= Metaphern des Raums, 2= Metaphern der Überwachung, 3= Metaphern der Maschinen, 4= Metaphern des Wegs, 5= Metaphern der Sinne

besitzen und Diabetes eine Einengung und Begrenzung für die DiabetikerInnen war. Sie mussten sich zu etwas „entschließen“, um Grenzen zu überwinden. Viele dieser Grenzen wirkten sich auf andere Konzepte aus. Zum Beispiel, dass Vorschriften von außen vorgegeben wurden. Dies zeigt vor allem die Metaphernlandkarte 8.3 (S. 148) der Selbst- und Fremdbestimmung. DiabetikerInnen befanden sich in einer Art Korsett und hatten kaum Selbstbestimmungsrecht. Selbst das Konzept DIABETES IST WAHLFREIHEIT, wurde von außen determiniert und DIABETES IST EIN WIDERSTAND, konnte als Gegenreaktion auf diese Fremdbestimmung verstanden werden. Bei diesem Vergleich werden die Grenzen durch die Krankheit deutlich.

DiabetikerInnen verwendeten auch viele passive Konzepte (s. Abbildung 8.2), zum Beispiel, dass die Erkrankung ohne Vorwarnung in ihrem Leben auftrat. Andere mögliche Ereignisse (z. B. Folgeerkrankungen) konnten sie ebenso betreffen. Diese Konzepte können als Opferrolle interpretiert werden⁷⁶. Die Passivität ist jedoch nur ein Anfangsstadium, denn die PatientInnen mussten sehr früh lernen, den Blutzucker zu messen, daraus resultierend die Insulinmenge festzulegen und sich diese zu spritzen. Das wird das Thema des nächsten Unterkapitels sein.

⁷⁶ Z. B.: DIABETIKERINNEN SIND EINE ZIELSCHEIBE und

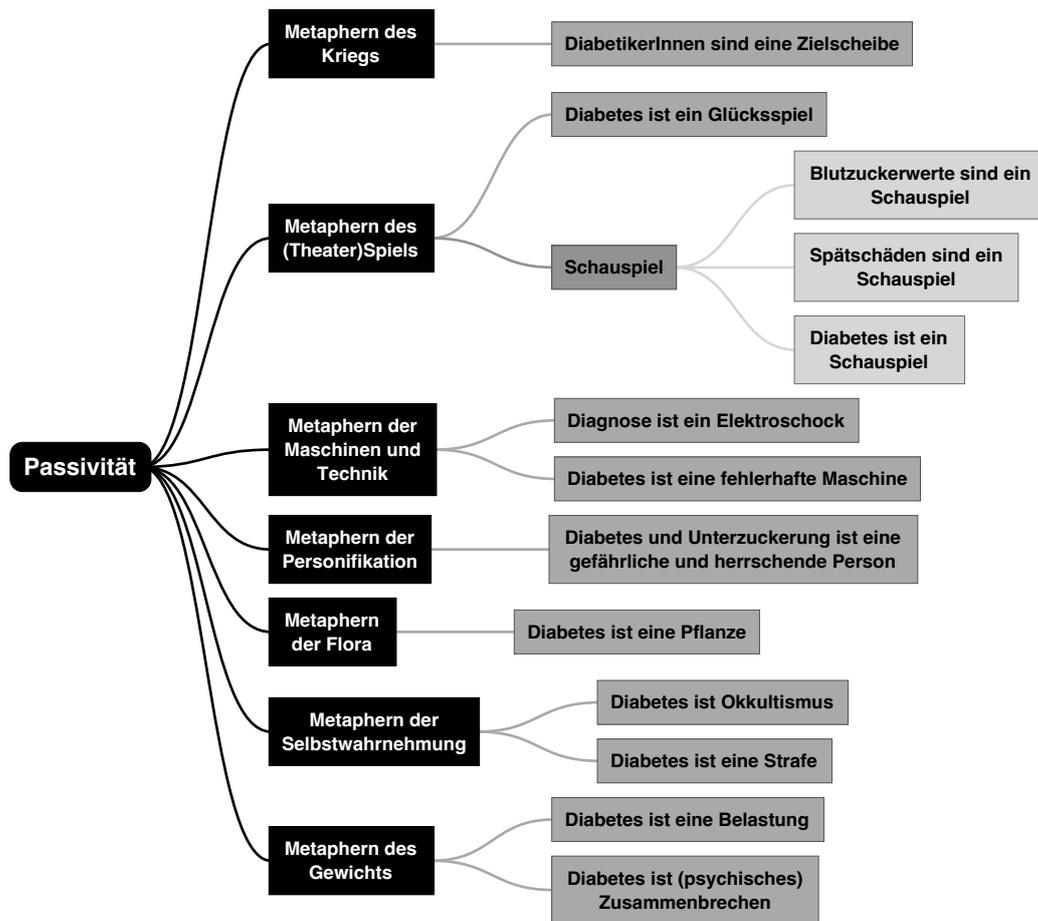


Abbildung 8.2.: Metaphernlandkarte: Passivität

Diabetes könnte deshalb als Gegner von den Betroffenen verstanden worden sein, der kontrolliert werden musste, indem man sich bemühte, die Krankheit zu „steuern“ und zu „beherrschen“, damit der Fall X nicht eintritt⁷⁷. Aus diesen Konzepten ergibt sich eine mögliche Schlussfolgerung, die ich bereits im Konzept DIABETES IST ZWANG (S. 122) erörterte, dass das Zwang-Schema eine kausale Handlungskette bildet:

{Erkrankung Diabetes + ÄrztInnen und Institutionen} ⇒ äußere Kraftwirkung auf PatientInnen ⇒ Forcierte und festgelegte Bewegung

Diabetes ist dabei die Kraft, die alles weitere vorgab mit der zusätzlichen Wirkung durch ÄrztInnen und Institutionen. Eine Kraftwirkung, die Grenzen, Wege, Handlungen und Rhythmen bestimmte. Aus dieser Gleichung ergibt sich eine phi-

⁷⁷ s. Konzepte „Metaphern der Personifikation: Freund und Feind“, S. 131 und „Metaphern des Kriegs: Krieger und Opfer“, S. 114.



losophische Schlussfolgerung. Es kann vermutet werden, dass durch die Erkrankung selbst und folgenden äußeren Umständen, Denkweisen und Handlungen bei DiabetikerInnen geprägt wurden und sich deshalb in den metaphorischen Konzepten widerspiegelten. In eine ähnliche Richtung wiesen auch (LAKOFF und JOHNSON 2003):

In other words, what we call "direct physical experience" is never merely a matter of having a body of a certain sort; rather, every experience takes place within a vast background of cultural presuppositions. [...] [And] [i]t would be more correct to say that all experience is cultural through and through, that we experience our "world" in such a way that our culture is already present in the very experience itself.

(LAKOFF und JOHNSON 2003: 57)

Diabetes, kann dabei als Ursache für die vorhandenen Kontroll- und Einengungsmechanismen verantwortlich sein. Philosophisch kann hinterfragt werden, ob einige DiabetikerInnen schon vorher Kontrolltendenzen aufwiesen. YUANQIONG formulierte:

It is, like the egg and chicken argument, difficult to tell which comes first and which comes second. Furthermore, metaphor and cultural models always interact with each other, and this interaction leads to their mutual growth.

(YUANQIONG 2009: 30)

Die Ergebnisse bestätigten, dass eine chronische Erkrankung ein Einschnitt in das Alltagsleben von Betroffenen ist (s. S. 29, in dieser Arbeit). Vorgaben von außen entstanden nicht durch Willkür, sondern folgten einem einfachen Grund, das Überleben der Betroffenen zu sichern. Die Ansätze weisen tendenziell in eine verhaltenstherapeutische Maßnahme innerhalb der Behandlung. Denn jede nicht Handlung (nicht zu Spritzen), kann innerhalb des Körpers gespürt werden. Meiner Meinung nach setzt das ein hohes Verantwortungsbewusstsein voraus und sollte dementsprechend bei PatientInnen gefördert werden.

8.1.1. Fehlen metaphorischer Konzepte

In der Analyse wurden Konzepte dargestellt, die anhand des Materials belegbar waren. Folgende Konzepte waren wenig gesättigt, oder fehlten vollkommen. Es gab keinen direkten Vergleichshorizont zu anderen Studien (s. Unterkapitel „Rückbezug



8. Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung

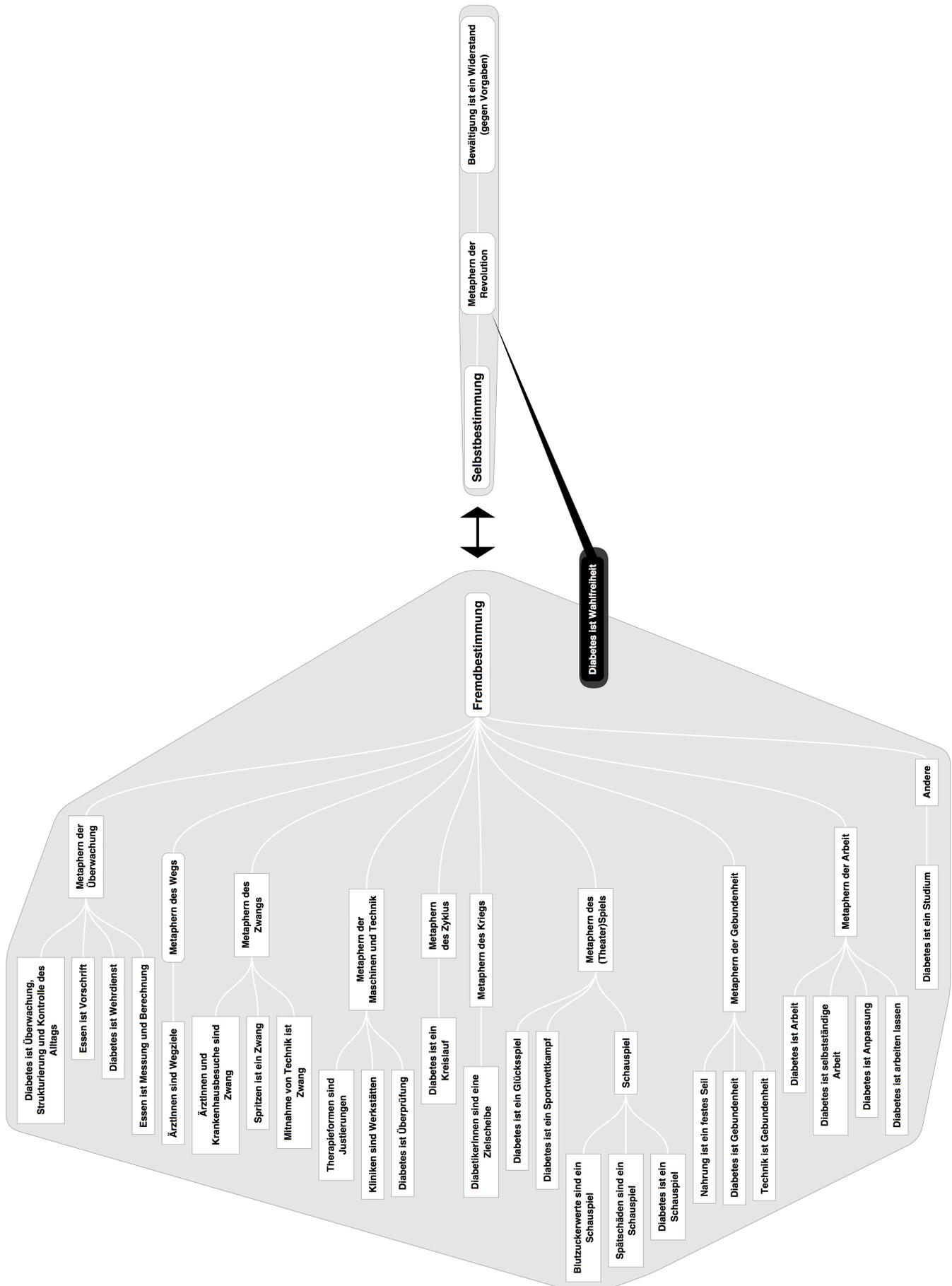


Abbildung 8.3.: Metapherlandkarte: Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdbestimmung



zum Forschungsstand“, S. 153), doch war eine Tendenz festzustellen, was an Metaphern fehlte oder nicht gebildet wurde.

- Eigenbestimmung und freie Wahl
- Natürliches Wachstum und Entwicklung. Selbst im Konzept der Flora⁷⁸, wurden vorrangig negative „Auswüchse“ konzeptualisiert.
- Positive Gefühlsausdrücke waren wenig gesättigt, Ausnahmen gab es in den Metaphern der Personifikation. Wenn sich emotional über Diabetes geäußert wurde, dann häufiger als „Fluch“⁷⁹ oder „herrschende Person“.
- Metaphorik des Essen. Diabetes hat scheinbar keinen Geschmack.

Es muss erwähnt werden, dass es Textpassagen gab, in denen sich positiv und sogar dankbar sich über Diabetes geäußert wurde, jedoch nicht immer mit der systematischen Metaphernanalyse erfasst werden konnten⁸⁰. Das Fehlen des metaphorischen Bildes von Essen, könnte ein Hinweis sein, dass Diabetes nicht „genossen“ wurde.

8.1.2. Konflikte metaphorischer Konzepte

Es gab in der Analyse sich gegenüberstehende Konzepte, wo ein paar Beispiele vorgestellt werden.

DIABETES IST ABGESCHIEDENHEIT⁸¹
 ⇕
 HILFE IST KÖRPERLICHE NÄHE⁸²

⁷⁸ DIABETES IST EINE PFLANZE MIT UNTERSCHIEDLICHEN AUSWÜCHSEN: „größten Nachteil *entwickelt* der Diabetes mit seinem Verlauf“ [52 79–80], „kommt auch zu äußeren Symptomen wie dem *absterben* der Gliedmaßen“ [15 55–56], „Habe auch eine Angststörung *entwickelt*“ [47 40]

⁷⁹ Diabetes ist Okkultismus: „hab nur geweint und diese scheiss Krankheit verflucht“ [10 88–89], „Heute bin ich halt der SZuckerjunge“ der bei Zuckermangel im Haushalt ein paar Blutstropfen *opfern muss*“ [15 162–163], „Spiel der Dämonen mit mir verlief immer nach dem gleichen Ritual [69 80–81]“

⁸⁰ „Letztendlich habe ich ihr auch meinen Ehrgeiz, meine Motivation und Beharrlichkeit zu verdanken“ [47 51–52]

⁸¹ „war man unter seinen Freunden und Schulkameraden immer ein wenig der *Exot*“ [78 21–22], „Anderen einen nicht *wie Aussätzige behandeln*“ [76 160–161], „Habe mich immer mehr von meinen Freunden *isoliert*“ [47 39–40].

⁸² „der mir mit Rat und Tat *zur Seite steht!!!*“ [04 52–53], „In den ersten Jahren *standen* meine Eltern *immer voll und ganz hinter mir* und haben mir geholfen, wo sie nur konnten“ [45 9–10], „wichtig war für mich auch der „Kontakt“ zu anderen Betroffenen [52 126].



TECHNIK IST EIN GEPÄCKSTÜCK⁸³



TECHNIK, FORSCHUNG UND MENSCHEN SIND ERLEICHTERUNGEN UND
UNTERSTÜTZUNGEN⁸⁴

BEWÄLTIGUNG IST KAMPF MIT ÄRZTINNEN UND BEHÖRDEN⁸⁵



HILFE IST EINE GABE⁸⁶

Dieser Vergleich zeigt Beispiele unterschiedlicher Auffassungen auf die Erkrankung und verdeutlicht die *Individualität* von den Betroffenen. So war für ein paar PatientInnen der Gebrauch von technischen Hilfsmitteln ein Gepäckstück, andere empfanden dies als Entlastung. Manche PatientInnen empfanden sich als fremd mit der Erkrankung, andere suchten direkte Hilfe und den Kontakt zu anderen Betroffenen. Wichtig ist dabei die spezifische Situation, denn Konzepte beleuchten nur bestimmte Zustände.

8.2. Rückbezug zu Bewältigungstheorien

Mit Hilfe der systematischen Metaphernanalyse wollte ich auch herausfinden, wie DiabetikerInnen ihren Alltag mit der Erkrankung bewältigen. Ein Ablauf nach MOOS und HOLAHAN konnte nicht erstellt werden (s. S. 46 in dieser Arbeit), wie ein Diabetiker oder eine Diabetikerin in einer spezifischen Situation handelte. Die vorgestellten metaphorischen Landkarten sind Annahmen für Bewältigungsverhalten und konnten nicht durch Tests belegt werden. Mir persönlich war es wichtig, diesen Rückschluss anhand der vorhandenen Konzepte zu schließen und zu präsentieren.

DiabetikerInnen verwendeten die folgenden Bewältigungsstrategien:

- Aktive und zielorientierte Strategien

⁸³ „Seit April 2006 *trage* ich eine Insulinpumpe“ [02 7], „Natürlich ist CGM *lästig*: Noch ein technisches Hilfsmittel mehr“ [55 13].

⁸⁴ „[Insulinpumpe] hat mir doch alles *sehr erleichtert*“ [13 40], „Einführung der Insulinpens *erleichterte* so einiges“ [78 16–17], „*kein mühsames* Spritzen wenn ich unterwegs bin – einfach klasse“ [28 17–18].

⁸⁵ „Wer erinnert sich *an den Kampf* mit den Ärzten, die diese Streifen nicht verschreiben wollten bzw. durften“ [57 25–26], „Viele Hausärzte *weigern* sich heute noch, so eine Pumpe zu verschreiben, da sie sehr teuer ist [28 20–21]“

⁸⁶ „*gibt mir Tipps und Tricks*, wie ich ihn noch besser im Griff habe“ [79 39–40], „hat ein enormes Diabeteswissen und *gibt dies seinen Patienten weiter*“ [79 38], „[...] erinnert an fällige Untersuchungen bzw. *bietet auch selbst Schulungen an*“ [73 14–15].



8. Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung

- Emotionale Strategien
- Vermeidende Strategien

Am häufigsten wurden aktive und zielorientierte Strategien verwendet. Weniger wurden emotionale und vermeidende Strategien genutzt. Die Metaphernlandkarte 8.4 gibt einen möglichen Überblick über verwendete Bewältigungsarten. Nach MOOS und HOLAHAN kann vom zielorientierten Coping gesprochen werden, denn Diabetes wurde vorrangig kognitiv bewältigt (vgl. MOOS und HOLAHAN 2007: 112).

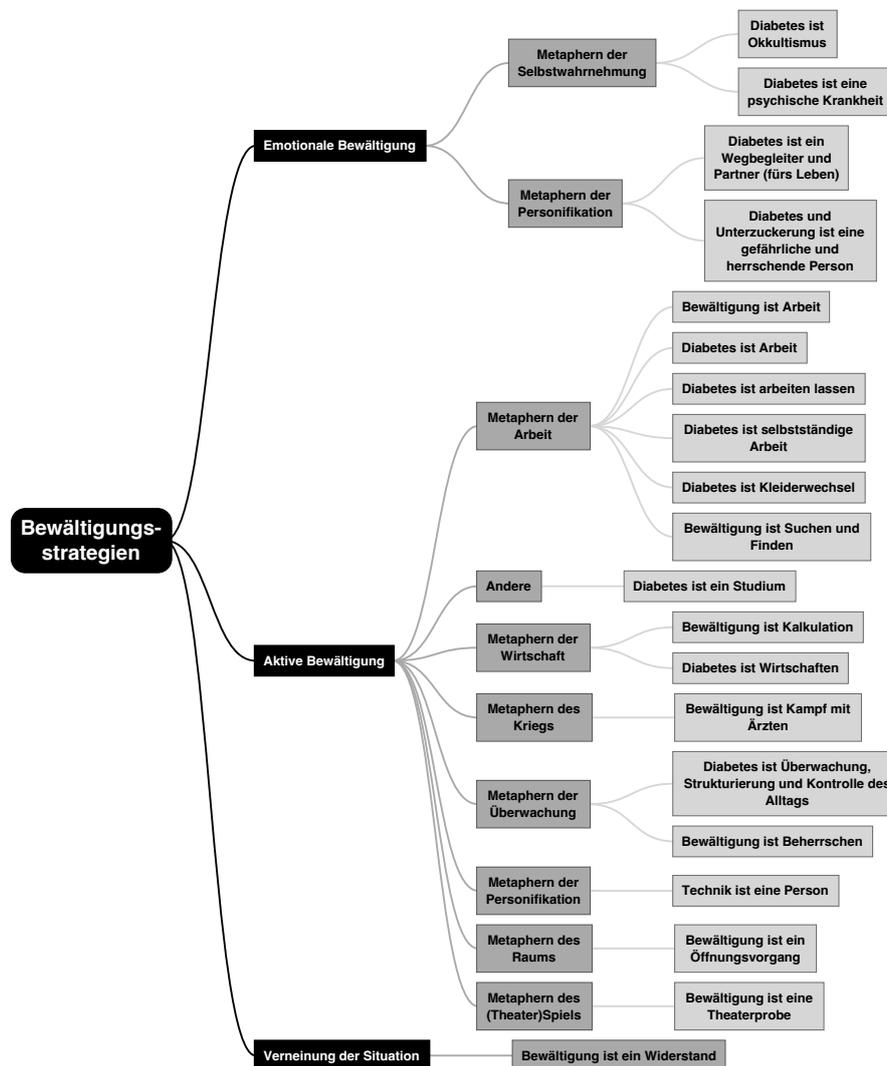


Abbildung 8.4.: Metaphernlandkarte: Bewältigungsstrategien

Die Analyse ließ ebenso einen Rückschluss auf mögliche Bewältigungsressourcen zu. Die Ressourcen konnten ebenso nicht mit Tests gemessen werden, doch stellen sie mögliche Tendenzen dar⁸⁷. Dazu gibt die Metaphernlandkarte 8.5 einen Überblick.

⁸⁷ Zu den Ressourcen, siehe Kapitel „Bewältigungsressourcen“, S.32



Soziale Ressourcen zeigten sich vor allem in emotionaler Unterstützung⁸⁸ und Hilfsangeboten von außen⁸⁹. Andere Ressourcen waren Wissen und ebenso Technik⁹⁰.

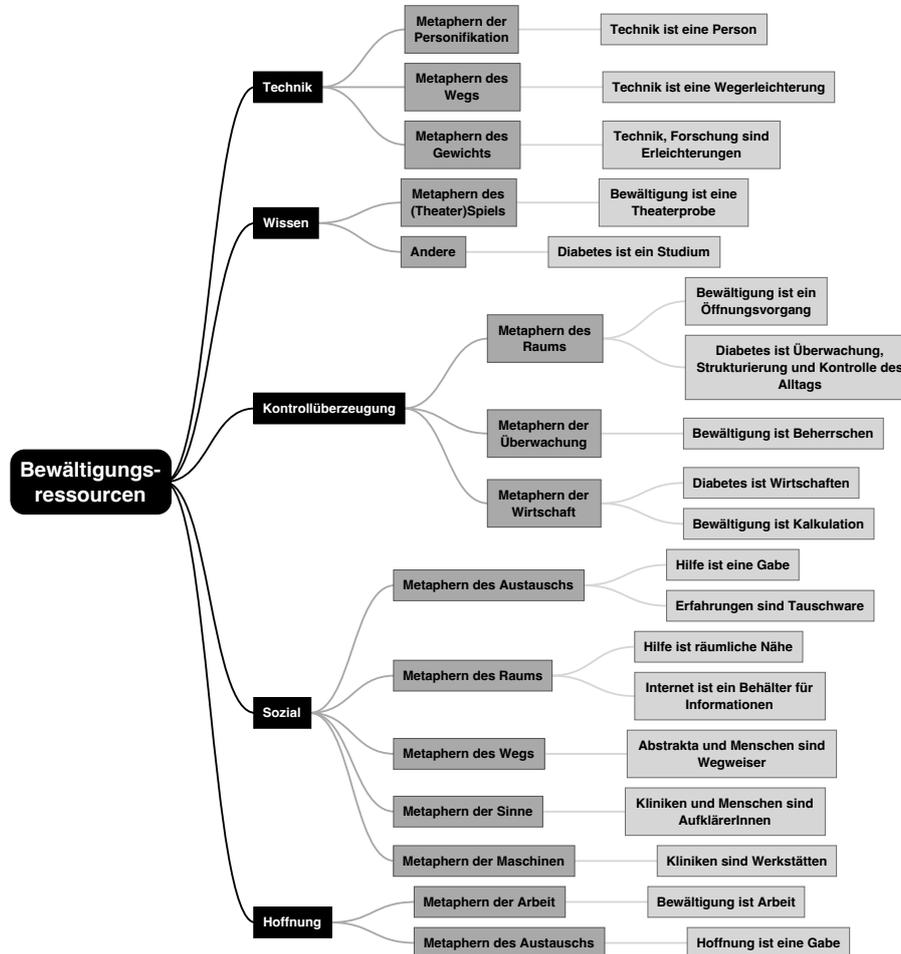


Abbildung 8.5.: Metaphernlandkarte: Bewältigungsressourcen

Mit Hilfe der systematischen Metaphernanalyse konnte ein Überblick über Bewältigungsstrategien und Ressourcen erlangt werden. Dabei konnte nicht festgestellt werden, wie lange jemand diese Ressourcen anwendete. Diabetes setzte aktive Handlungen seitens der PatientInnen voraus, wie es unter anderem die Konzepte DIABETES IST ARBEIT und BEWÄLTIGUNG IST ARBEIT, zeigten.

⁸⁸ Konzept: HILFE IST KÖRPERLICHE NÄHE: „der mir mit Rat und Tat *zur Seite steht!*!“ [04 52–53], „In den ersten Jahren *standen* meine Eltern *immer voll und ganz hinter mir* und haben mir geholfen, wo sie nur konnten“ [45 9–10]

⁸⁹ Konzept: KLINIKEN UND MENSCHEN SIND AUFKLÄRERINNEN] „Gleichzeitig *erklärte* er mir aber, dass er keine ambulante Pumpeneinstellung vornehmen könne“ [19 29–30], „*erklärte* dessen Funktion“ [47 8]

⁹⁰ z.B. Konzept: TECHNIK IST EINE WEGERLEICHTERUNG: „erlaubte mir nun *freier* mit meinen Mahlzeiten und Injektionen *umzugehen*“ [78 17–18]



8.3. Rückbezug zum Forschungsstand

Im Kapitel „Aktueller Forschungsstand“ (S. XI) nannte ich zwei Studien, die sich ebenfalls mit Metaphern von DiabetikerInnen befassen. Jedoch nicht die Methoden der Metaphernanalyse deutlich machten oder Metaphern unter einem anderen Gesichtspunkt verstanden.

Ich möchte dennoch auf die Ergebnisse der beiden Studien eingehen. PATERSON ET AL. beschrieben folgende Ergebnisse in ihrer Untersuchung:

1. Entscheidung, Kontrolle über die Krankheit anzunehmen
2. diese Kontrolle balancieren zu lernen, um ein normales Leben führen zu können
 - a) den Körper zu kennen
 - b) Diabetes managen zu lernen und über Wissen zu verfügen
 - c) soziale Beziehungen zu stärken

(PATERSON ET AL. 1998: Übersetzung, JK)

Diese Aussagen decken sich teilweise mit den Folgerungen dieser Analyse, dass vorrangig Planung und Kontrolle vorhanden war, über Wissen und Können verfügt werden musste und soziale Beziehungen eine wichtige Rolle spielten. PATERSON ET AL. nannte auch, dass Diabetes ein Balanceakt ist, oder „ihre“ Hauptmetapher war. Im Rückschluss zu dieser Analyse kann dies bestätigt werden, besonders was Bewältigungsstrategien anbelangt. Es ist ein Balancieren zwischen den verschiedenen vorgegebenen Faktoren.

In der zweiten Studie von HUTTLINGER ET AL. waren die Hauptfunde Kampf.

Other informants in this study also explained the meaning of their diabetes through the use of war- and battle-related words and accounts. They described each episode with the health care system as an individual battle within a greater war, and, although they often referred to the need to fight the battle, there was a sense that there was "no way to win the war" or cure the chronic illness. Some informants described themselves as "victims" or prisoners who were losing the battle with diabetes and who were held as prisoners by Western medicine. Some even identified the Anglo biomedical health care system with the enemy in the battle.

(HUTTLINGER ET AL. 1992: 709)



Kampfmetaphern wurden ebenso in der vorliegenden Arbeit von PatientInnen verwendet und drückten sich in unterschiedlichen Konzepten aus, zum Beispiel dass die Erkrankung als Gegner oder Gefahr angesehen wurde⁹¹. Im Vergleich ist es interessant, dass die vorrangig Typ-2 DiabetikerInnen aus der Untersuchung von HUTTLINGER ET AL., die Krankheit ebenso als einen Gegner ansahen, Opfer waren oder gar Gefangene. Doch scheinen Kämpfe gegen Krankheiten übliche metaphorische Konzepte zu sein (SCHMITT und BÖHNKE 2009).

8.4. Rückbezug zur sozialen Arbeit und praktischer Ansatz

Klinische Sozialarbeit stellt sich unter anderem die Aufgabe der psychosozialen Diagnostik, Beratung, Sozialtherapie, Betreuung, Beratung und möchte bei der Bewältigung chronischer Krankheiten helfen (vgl. PAULS 2004: 22; HOMFELDT 2012: 492). Mögliche Adressaten sind zum Beispiel Kinder, Jugendliche, Behinderte und psychisch Kranke (vgl. HOMFELDT 2012: 493). Die Verbindung von Sozialarbeit und Diabetes geschieht über Kliniken, sowie dem Kurbereich. Zu den Aufgaben gehören u. a. die Hilfe beim Zusammenspiel von Arbeit und Beruf, Rehabilitation, Erlangen des Führerscheins, Beantragung eines Schwerbehindertenausweises (vgl. MALCHERCZYK und FINCK 1999; DIABETESZENTRUM RHEINLAND HAAN; DIABETES KLINIK BAD MERGENTHEIM 2008: 10). Die Adressaten für klinische Sozialarbeit und Diabetes sind vor allem Kinder und Jugendliche. Besonders Jugendliche, da sie durch die Pubertät „krisenanfälliger sind“ (DIABETESZENTRUM RHEINLAND HAAN). Wichtigste Ansprechsituationen, die monatlich oder quartalsweise geschehen, sind ÄrztInnen, DiabetologInnen und DiabetesberaterInnen, oder andere ärztliche Dienste. Deshalb ist eine Verbindung zur sozialen Arbeit eher gering.

Wie könnte diese Arbeit von Nutzen sein? Es ist ein Denken in Möglichkeiten, da ich erwachsene DiabetikerInnen in einer Gruppenanalyse untersuchte, aber Rückschlüsse für besonders junge PatientInnen gezogen werden könnten. Die Bedürfnisse einzelner PatientInnen können sich stark unterscheiden. Viele Metaphern wurden scheinbar durch den Alltag mit Diabetes geprägt und sind ein Resultat dessen. Die Ergebnisse könnten Sensibilisierungsarbeit leisten für ÄrztInnen, BeraterInnen, sowie SozialarbeiterInnen, die besonders mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Vorschläge sind:

⁹¹ s. Konzept: „Metaphern des Kriegs: Krieger und Opfer“, S. 114 und dem Konzept „Metaphern der Personifikation: Freund und Feind“, S. 131



- Möglichkeit für ÄrztInnen und BetreuerInnen zum Reflektieren, wie DiabetikerInnen selber Diabetes konzeptualisierten und was für sie die Erkrankung bedeutet.
- Umkehrschlüsse aus dieser Reflexion bilden, da BetreuerInnen eventuell nicht über diese Zustände bewusst sind.
- Aufgeführte Metaphern zeigen Schwer- und Hauptpunkte, die DiabetikerInnen betrafen und können Ansätze für Vertiefungen oder Verbesserungen in den Therapieangeboten bilden. Zum Beispiel anhand der Metaphern, die wenig oder überhaupt nicht vorhanden waren (s. S. 147).
- Die interpretativen Ansätze der jeweiligen Konzepte lieferten mögliche Ressourcen von DiabetikerInnen, zeigten aber auch Defizite. Speziell für soziale Arbeit: Empowerment.
- Es können Entlastungssituationen geschaffen und Strategien entwickelt werden, entgegen der vorwiegend vorhandenen Fremdbestimmtheit und bei nicht planbaren Situationen.

8.5. Grenzen der Analyse

Um Metaphern erkennen zu können, ist Erfahrung notwendig. Der Begründer der systematischen Metaphernanalyse verfasste es folgendermaßen:

Erst nach langer Zeit der Beschäftigung mit Metaphern war dem Autor aufgefallen, dass einige alltäglich wirkende Redewendungen im Kontext des psychosozialen Helfens („ich habe noch mit ihm zu tun“, „Beziehungsarbeit“ leisten) ebenfalls einen metaphorischen Gehalt haben: Sie konstruieren psychosoziales Helfen als handwerkliches Arbeiten. Diese späte Entdeckung ist persönlichen Wahrnehmungsgewohnheiten geschuldet, die Welt als Arbeit zu sehen und dies als gegeben anzunehmen, statt dies als eine metaphorische und damit problematisierbare Sichtweise zu behandeln. Es ist offenbar einfacher, auffällige, störende und den eigenen Vormeinungen nicht entsprechende Redewendungen als Metaphern wahrzunehmen.

(SCHMITT 2007: 149)

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Metaphern innerhalb dieser Arbeit übersehen wurden. Auch der Vorschlag der Selbstreflexion ist meiner Meinung nach keine Garantie, dass alle Metaphern erfasst wurden. Denn nach zwei durchgeführten metaphorischen Selbstanalysen, kam ich zu dem Resultat, dass Metaphern scheinbar



im Kontext Anwendung finden und von Situation zu Situation andere Metaphern verwendet werden können.

Ein weiterer Schwerpunkt war, dass der Textkorpus 48 Texte umfasste, was 48 Personen entsprach. Umso kürzer die Texte waren, desto weniger trat eine metaphorische Sättigung ein und es entstand eine große Liste mit vereinzelt Metaphern und Konzepten. Ein Vergleich zwischen Einzelpersonen war deshalb nicht möglich. Es muss angemerkt werden, dass die analysierten Personen extrovertierter eingestellt sein konnten. Denn ihre Texte waren öffentlich zugänglich und konnten u. a. im Internet gefunden werden. Es ist daher möglich, dass sich unter den PatientInnen keine introvertierten Menschen befanden, die sich öffentlich zu ihrer Krankheit äußerten. Auch wenn einige Texte mit Chiffren ausgezeichnet oder Anonym verfasst wurden. Dennoch ermöglichte die Samplingmethode der maximalen Variation ein weites Spektrum unterschiedlicher Personen, um metaphorische Konzepte von DiabetikerInnen zu erfassen. Ebenso ist es wichtig, die gewonnenen Ergebnisse nicht zu verallgemeinern, sondern es sollte immer die Einzelperson betrachtet werden. Es sind jedoch **starke Tendenzen**, wie Diabetes im Alltag von PatientInnen erlebt wurde.

8.6. Ausblick für zukünftige Untersuchungen

Folgende Fragen könnten in weiteren Untersuchungen beantwortet werden:

- Gezielte Untersuchung des Bewältigungsverhaltens von DiabetikerInnen und mit möglichen Tests. Haben DiabetikerInnen eine erhöhte Kontrollüberzeugung?
- Kann das Verfassen von Texten der PatientInnen als Bewältigungsstrategie verstanden werden⁹²?
- In welchen metaphorischen Konzepten denken erwachsene Typ-2 DiabetikerInnen, die im höheren Alter erkrankt sind?

Meiner Meinung nach hat diese Forschungsarbeit einen guten Einblick in das Denken und Handeln von DiabetikerInnen bekommen können, sowie einen Überblick über die verwendeten Bewältigungsstrategien und Ressourcen. Die Erkrankung Diabetes, die PatientInnen stark beeinflusste und sie die Krankheit vorrangig als Fremdbestimmung auffassten. Die Konzepte der Analyse zeigten, welche Metaphern genutzt

⁹² James W. Pennebaker befasst sich unter anderem in diesem Artikel: *Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process* damit (PENNEBAKER 1997)



8. Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung

wurden und könnte Anlass bieten, Angebote in der Therapie zu verfeinern und weitere Untersuchungen durchzuführen.

9. Gütekriterien der Forschung

»Intuition. Du musst nicht der Logik folgen, wenn du vermutest. Du kannst jegliche Mittel verwenden – die zur Verfügung stehen – um eine Lösung zu vermuten.

Jedoch muss strikte Logik angewendet werden, wenn unsere vermutete Lösung überprüft wird und ob diese wirklich unser Problem löst. Zu reflektieren und sich mit anderen auszutauschen ist unverzichtbar, denn zeitweilig sind wir unseren eigenen Fehlern gegenüber blind.«

paraphrasiert und übersetzt von Arkadiusz JADCZYK,
Professor für theoretische Physik



QUALITATIVE Untersuchungen verwenden oft die folgenden Gütekriterien; Objektivität, Reliabilität und Validität. Diese Kriterien haben ihren Ursprung in der *quantitativen* Forschung, mit denen jede Forschung zu bewerten sei (vgl. STEINKE 2010: S. 319). Diese Kriterien wurden für die *qualitative* Forschung angepasst, jedoch zeichnete sich ab, dass verschiedene Vertreter (zum Beispiel TERHARRT) ein Übernehmen der Kriterien aus dieser Forschungsrichtung anzweifeln (vgl. ebd.: 320). Der Grund ist, dass quantitativen Kriterien speziell für quantitative Methoden (Statistiken, Tests) und ihrer eigenen Methodologien und Erkenntnistheorien entwickelt wurden und nicht auf qualitative Forschung übertragbar sind (vgl. ebd.: 322 f.). Uwe FLICK stellt die Frage, wie qualitative Forschung, in diesem Fall auch meine Arbeit, bewertet werden soll. Diese Frage ist bis jetzt noch nicht zufriedenstellend beantwortet (vgl. FLICK 2002: 487). Weiter führt STEINKE an, dass eine Standardisierbarkeit methodischer Vorgehen in qualitativer Forschung im Widerspruch zu der Idee, einen universellen, allgemein verbindlichen Kriterienkatalog zu formulieren, steht (vgl. STEINKE 2010: 323).

Um diesen Widerspruch entgegenzuwirken, entwickelte Ines STEINKE „Kernkriterien“, an denen sich die qualitative Forschung orientieren kann und die Anwendung sich *untersuchungsspezifisch* – nach Fragestellung, Gegenstand und verwendeter Me-



thode – konkretisiert und modifiziert (vgl. ebd.: 324). Rudolf SCHMITT (2012a) gibt ebenso die Empfehlung, die Gütekriterien nach STEINKE zu verwenden.

Im Folgenden werden die Kernkriterien der Autorin aufgeführt, die in meiner Arbeit Verwendung fanden:

9.1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit hat die Funktion für andere LeserInnen, die Schritte des Forschungsprozesses zu dokumentieren und offenzulegen. Welche Methoden zur Anwendung kamen (siehe ab Teil II „Methodisches Vorgehen“, S. 58) und wie ich zu den Ergebnissen gelangte (Teil III „Forschungspraktischer Rahmen“, S. 90) (vgl. STEINKE 2010: 324) wurde in der Arbeit dargelegt. Im Anhang findet sich zur vollständigen Nachvollziehbarkeit eine Tabelle mit Verweisen, wo die Texte der DiabetikerInnen erhoben wurden (S. ii Anhang). Zusätzlich sind zwei Originaltext angefügt. Um externe Meinungen einzuholen, wurden Ergebnisse im Diplomandenkolloquium besprochen. SCHMITT (2012a) schlug vor, den Schritt der Eigenreflexion zu gehen und anhand eigener Texte Metaphern zu suchen, wie im Kapitel „Systematische Metaphernanalyse: Qualitative Forschung“ (S. 77) erläutert und durchgeführt (vgl.: 9). Der letzte Schritt der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit ist das regelgeleitete Vorgehen, dies erfolgte mit der systematischen Metaphernanalyse nach Rudolf SCHMITT (z. B. 2011b).

9.2. Indikation des Forschungsprozesses

JANESICK bezeichnete den Forschungsprozess als Choreographie (1994: 209). Dieses Kriterium beschreibt das Zusammenspiel nicht nur von der Gegenstandangemessenheit der Erhebungs- und Auswertungsmethode, sondern es zählt der gesamte Forschungsprozess und seine Angemessenheit (vgl. STEINKE 2010: 326). Wie im Kapitel „Grenzen der Analyse“ (S. 155) genannt, gestaltete sich dieser Schritt teilweise als unsicher, da praktische Erfahrungen fehlten metaphernanalytisch zu arbeiten, sowie vollkommen abzuschätzen, wie die einzelnen Methoden bei der Erarbeitung aufeinander wirkten. Auf der anderen Seite garantierte die Auswertungsmethode, Irritationen des Vorverständnisses vom Forschungsgegenstand, wie es STEINKE vorschlägt (vgl. ebd.: 327).



9.3. Empirische Verankerung

Mögliche Theorien sollen in diesem Schritt mit den erhobenen Daten belegt werden. Das war in dieser Arbeit nicht möglich. Dennoch wurde in den Kapiteln Darstellung der Ergebnisse (S. 90) und „Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung“ (S: 144) Interpretationen und Schlussfolgerungen mit den vorhandenen Daten des Textkorpus belegt (vgl. STEINKE 2010: 328 f.).

9.4. Reflektierte Subjektivität

STEINKE fordert ebenso die Dokumentation des Vorverständnisses der Forschenden (vgl. 2010: 325). Das wurde im Kapitel „Vorbemerkung zur eigenen Subjektivität“ (S. XIV) behandelt und Folgerungen gezogen. Weiter wurde ein Forschungstagebuch geführt.

9.5. Vollständigkeit

Rudolf SCHMITT erweitert an diesem Punkt die Gütekriterien für die systematische Metaphernanalyse und betont bei der Vollständigkeit sich nicht nur auf markante Metaphern zu beziehen, sondern ebenso Widersprüche innerhalb metaphorischer Konzepte darzustellen (vgl. SCHMITT 2012a: 10; SCHMITT und BÖHNKE 2009: 9).

9.5.1. Kohärenz

Kohärenz beschreibt die Eindeutigkeit und Stimmigkeit gefundener Konzepte (vgl. SCHMITT 2012a: 10). Diese Wahl lässt sich nicht unbedingt durch Quantität bestätigen, sondern ist kontextabhängig und von dem Gehalt metaphorischer Bilder. In dieser Analyse war es teilweise schwierig kohärente Konzepte zu bilden, da 48 Personen analysiert wurden und aus diesem Grund Konzepte nicht in die Hauptdarstellung aufgenommen werden konnten.



9.5.2. Implikationen der metaphorischen Konzepte

Auf die möglichen Implikationen wurde in den jeweiligen interpretativen Ansätzen der Konzepte eingegangen und im Kapitel „Diskussion der Ergebnisse und Zusammenfassung“ weiter diskutiert.

10. Selbstreflexion

»Wir stehen an einem Ende, wir sind ein Anfang.«

Christian MORGENSTERN



WENN diese Forschungs- und Diplomarbeit eine Personifikation darstellt, würde ich das Konzept bilden: FORSCHUNG IST EINE GROSSE LEHRE. Einige Schritte würde ich im Nachhinein anders machen wollen, wenn diese Arbeit noch einmal verfasst werden sollte. Ich möchte dieses letzte Kapitel dazu nutzen mir selber ein paar Fragen zu stellen, die sich während des Verfassens dieser Arbeit ergaben.

Was würde ich anders machen?

Ich würde mich bei der Erhebung auf einzelne Individuen beschränken, um einen Vergleich zwischen diesen zu ermöglichen. Daran schließt sich eine andere Erhebungsmethode, auch wenn die verwendete Methode ihre berechtigten Gründe hatte, denn ich wollte DiabetikerInnen nicht in einem Interview beeinflussen. Eine Möglichkeit wäre gewesen, dennoch DiabetikerInnen zu kontaktieren, aber in Form des Verfassens eines Aufsatzes mit offenen und erzählgenerierenden Fragen.

Konnte ich mich als Diabetiker vollkommen distanzieren?

Eine vollkommene Distanz konnte nicht erreicht werden. Gerade bei der Interpretation der Ergebnisse war es nicht leicht, weil ich mögliche Handlungsfolgen ableiten konnte. Die positive Seite daran war, dass ich weitere Einblicke in die Konzepte geben konnte.



Waren die Ergebnisse überraschend für mich?

Ja. Ich rechnete nicht mit einer solchen Dominanz der Planung und Strukturierung und den äußeren Vorgaben. Die Methode der systematischen Metaphernanalyse gab die Möglichkeit, Dinge anders zu sehen und mich zu distanzieren. Aus persönlicher Sicht gehören diese vielen Vorgaben später zum Alltag und integrieren sich im Leben. Sie werden nicht mehr bewusst wahrgenommen, was mit Hilfe der systematischen Metaphernanalyse aufgedeckt werden konnte.

Empfinde ich diese Arbeit als wichtig für andere DiabetikerInnen?

Ich kann nicht für andere sprechen. Die Ergebnisse lieferten Erkenntnisse darüber, wie DiabetikerInnen dachten, handelten und fühlten und können Hinweise für die betreuenden Personen geben. Das war ein Hauptziel dieser Untersuchung und konnte erreicht werden.

Würde ich mich mit diesem Thema weiter befassen?

An die gewonnen Ergebnisse anzuknüpfen und offene Fragen zu klären, könnte eine mögliche Fortsetzung dieser Arbeit sein.

Und was denkst du selbst über Diabetes?

Wie bei den Konzepten beschrieben, ist auch meine Meinung über die Erkrankung kontextabhängig. Es gab viele Situationen, die erschwerend waren. Gerade, wenn Dinge nicht vorhersagbar waren. Dennoch denke ich, dass ich der Erkrankung vieles zu verdanken habe. Es ist ein Balanceakt. In diesem Sinne möchte ich die Arbeit mit einem Zitat abschließen:



10. Selbstreflexion

Sokrates: *Und wenn ich auch im übrigen für diese Aufstellung nicht so ganz mit Beweisen eintreten könnte, so möcht' ich mich doch dafür verfechten, wenn ich imstande wäre, mit Wort und Tat: daß wir durch die Überzeugung, man müsse suchen, was man nicht wisse, nur besser und mannhafter und weniger bequem werden, als wenn wir einfach meinen, was wir nicht wissen, sei auch nicht möglich aufzufinden, und man brauche nicht einmal danach zu suchen!*

(PLATON 1908: 200)

Literaturverzeichnis

- AGOSTONI, Carlo; DECSI, Tamas; FEWTRELL, Mary; GOULET, Olivier; KOLACEK, Sanja; KOLETZKO, Berthold; FLEISCHER MICHAELSEN, Kim; MORENO, Luis; PUNTIS, John; RIGO, Jacques; SHAMIR, Raanan; SZAJEWSKA, Hania; TURCK, Dominique und GOUDOEVER, Johannes van (2008): “Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition”. In: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Band 46(1):99–110.
- ALLAN, Christian B. und LUTZ, Wolfgang (2000): *Life without bread: ho a low-carbohydrate diet can save your life*. New York: McGraw Hill.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2012): “Standards of Medical Care in Diabetes–2012”. In: *Diabetes Care*, Band 35(Supplement 1):11–63. doi: 10.2337/dc12-s011. Letzter Zugriff: 21.04.2012.
- ANDERSON, Ryan J.; FREEDLAND, Kenneth E.; CLOUSE, Ray E. und LUSTMAN, Patrick J. (2001): “The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes”. In: *Diabetes Care*, Band 24(6):1069–1078. doi: 10.2337/diacare.24.6.1069. Letzter Zugriff: 20.05.2012.
- ARISTOTELES (2006): *Poetik*. DigBib.Org: Die freie digitale Bibliothek. URL www.digbib.org/Aristoteles_384vChr/De_Poetik.
- AYMANN, Peter (1992): *Krebserkrankung und Familie: Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung*. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber, 1. Auflage.
- BACH, Jean-Francois (2005): “Infections and autoimmune diseases”. In: *Journal of Autoimmunity*, Band 25:74–80. doi: 10.1016/j.jaut.2005.09.024. Letzter Zugriff: 03.05.2012.
- BALDAUF, Christa (1997): *Metaphern und Kognition: Grundlagen einer neuen Theorie der Alltagsmetapher*. Nummer 24 in Sprache in der Gesellschaft: Beiträge zur Sprachwissenschaft, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang.



- BARTLETT, Frederic C. (1995): *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press, 2. Auflage.
- BAUER, Axel W. (2006): "Metaphern: Bildersprache und Selbstverständnis der Medizin". In: *Anaesthesist*, Band 55(10):1307–1314. doi: 10.1007/s00101-006-1065-9. Letzter Zugriff: 13.02.2013.
- BDS und DGS (1993): *Ethik-Kodex*. Berufsverband Deutscher Soziologen und Deutsche Gesellschaft für Soziologie.
- BERGMANN, Jörg R. (2010): "Konversationsanalyse". In: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, herausgegeben von Uwe Flick; Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie, 8. Auflage, S. 524–537.
- (2011): "Studies of Work". In: *Qualitative Methoden der Medienforschung*, herausgegeben von Ruth Ayaß und Jörg R. Bergmann. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, S. 391–405. URL <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2011/pdf/medienforschung.pdf>. Letzter Zugriff: 13.07.2012.
- BERNSTEIN, Richard K. (2007): *Dr. Bernstein's Diabetes Solution: The complete guide to achieving normal blood sugars*. Little, Brown and Company, 3 Auflage.
- BIRBAUMER, Niels und SCHMIDT, Robert F. (2006): *Biologische Psychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 6. vollständig überarbeitete Auflage.
- BÖHM, B. O.; DREYER, M.; FRITSCHKE, A.; FÜCHTENBUSCH, M.; GÖLZ, S. und MARTIN, S. (2011): *Therapie des Typ-1-Diabetes*. DiabetesDe und Deutsche Diabetes Gesellschaft. Leitlinie.
- BONORA, Enzo und TUOMILEHTO, Jaakko (2011): "The Pros and Cons of Diagnosing Diabetes With A1C". In: *Diabetes Care*, Band 34(Supplement 2):184–190. doi: 10.2337/dc11-s216. Letzter Zugriff: 21.04.2012.
- BORTZ, Jürgen und DÖRING, Nicola (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer-Lehrbuch, Springer, 4. überarbeitete Auflage.
- BOTT, Uwe (1996): *Psychosoziale Aspekte der Krankheitsbewältigung und ihre Beziehung zum Therapieerfolg: Evaluation krankheitsspezifischer Fragebogen bei Typ-I-Diabetikern*, Band 699 von *Europäische Hochschulschriften: Pädagogik Reihe XI*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang.



- BRAAK, Edith W.M.T. ter und STADES, Aline M. E. (2009): "Type 1 Diabetes". In: *Diabetes and the brain*, herausgegeben von Geert Jan Biessels und Jose A. Luchsinger. New York: Humana Press. doi: DOI10.1007/978-1-60327-850-8.
- BREUER, Franz; DIERIS, Barbara und LETTAU, Antje (2010): *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2 Auflage.
- BREUER, Franz; MRUCK, Katja und MEY, Günter (2011): "Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie". In: *Grounded Theory Reader*, herausgegeben von Günter Mey und Katja Mruck. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften and Springer Fachmedien. doi: DOI10.1007/978-3-531-93318-4_19.
- BROTMAN BAND, Eve (1990): "Children's Coping With Diabetes: Understanding the Role of Cognitive Development". In: *Journal of Pediatric Psychology*, Band 15(1):27–41. doi: 0146-8693/90/020M027W6.00/0.
- BRUMLIK, Micha (2013): "Arge Lernprozesse – Thomas Mann über Tod, Krankheit und Bildung". In: *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?*, herausgegeben von Dieter Nittel und Astrid Seltrecht. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 89–102. doi: 10.1007/978-3-642-28201-0.
- BRÜNING, Jens C. und KÖNNER, A. Christine (2011): *Forschungsmeldung: Hungrig auf Belohnung - Insulin im Mittelhirn beeinflusst Essverhalten*. München: Max-Planck-Gesellschaft. URL http://cecad.uni-koeln.de/uploads/media/2011_06_07_PM_MPG_Hungrig_auf_Belohnung.pdf.
- BUCHHOLZ, Michael B. (1996): *Metaphern der ‚Kur‘*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- CHALMERS, Alan F. (2007): *Wege der Wissenschaft: Einführung in die Wissenschaftstheorie*. Springer, sechste, verbesserte Auflage.
- CHANTELAU, Ernst (2009): "Doch kein Vorteil der intensiven Insulintherapie? Zentrale DCCT Schlussfolgerung nachträglich korrigiert". In: *Deutscher Ärzte-Verlag*, Band 85(3):97–98. doi: 10.3238/zfa.2009.0097. Letzter Zugriff: 17.05.2012.
- CORBIN, Juliet M. und STRAUSS, Anselm L. (2004): *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.



- DANTZERA, Cécile; SWENDSENB, Joel; MAURICE-TISONC, Sylvie und SALAMON, Roger (2003): “Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review”. In: *Clinical Psychology Review*, Band 23:787–800. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00069-2.
- DEBATIN, Bernhard (2011): “Die Rationalität metaphorischer Argumente”. In: *Metaphern und Gesellschaft: Die Bedeutung der Orientierung durch Metaphern*, herausgegeben von Matthias Junge. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 185–204.
- DEJURE (2012): *Urheberrechtsgesetz*. Mannheim: dejure.org Rechtsinformationssysteme GmbH. URL <http://dejure.org/gesetze/UrhG/87c.html>. Letzter Zugriff: 19.07.2012.
- DGE (): “DGE-Ernährungskreis - Lebensmittelmengen”. URL <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=415>.
- DIABETES AUSTRIA (2012): URL [http://www.diabetes-austria.com/dyn/userfiles/pdf/blutzucker_umrechnungstabelle\(korr\)_2.pdf](http://www.diabetes-austria.com/dyn/userfiles/pdf/blutzucker_umrechnungstabelle(korr)_2.pdf). Letzter Zugriff: 08.10.2012.
- DIABETES KLINIK BAD MERGENTHEIM (2008): *Strukturierter Qualitätsbericht*. Diabetes Zentrum Mergentheim. URL <http://www.diabetes-zentrum.de/fileadmin/media/Downloads/QMbericht2008.pdf>. Letzter Zugriff: 23.05.2013.
- DIABETES RATGEBER (2005): “Blutzucker-Maßeinheiten”. URL <http://www.diabetes-ratgeber.net/Blutzucker/Blutzucker-Masseinheiten-27868.html>.
- DIABETESZENTRUM RHEINLAND HAAN (): “Klinische Sozialarbeit”. URL http://www.k-plus.de/home/kliniken_und_mvz/st_josef_krankenhaus_haan/abteilungen_und_schwerpunkte/diabeteszentrum_rheinland_haan/versorgungsschwerpunkte.html#c1013. Letzter Zugriff: 18.05.2013.
- DÖRFLER, Hans und HASLBECK, Manfred (2008): “Diabetes mellitus”. In: *Medizinische Gutachten*, herausgegeben von Hans Dörfler; Wolfgang Eisenmenger; Hans-Dieter Lippert und Ursula Wandl. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 459–474. doi: 10.1007/978-3-540-72352-3.
- DÖRING, Nicola (2003): *Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*, Band Band 2. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.
- DUDEN – FREMDWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) (2001): *Duden - das Fremdwörterbuch*, Band 5. Mannheim: Dudenverlag, 7. Auflage.



- DUDEN – UNIVERSALWÖRTERBUCH (ELEKTR. AUSGABE) (2006): *Duden - Deutsches Universalwörterbuch*. Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich: Dudenverlag, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage.
- DUDEN – WÖRTERBUCH MEDIZINISCHER FACHAUSDRÜCKE (1998): *Das Wörterbuch der medizinischer Fachausdrücke*. Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich: Dudenverlag, 6. Auflage.
- DUDEN – ZITATE (2008): *Duden - Zitate und Aussprüche*, Band 12. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag, 3. überarbeitete und aktualisierte Auflage.
- EDIC STUDY GROUP, The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group (2005): “Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Disease in Patients with Type 1 Diabetes”. In: *The new England Journal of Medicine*, Band 353(25):2643–2653. URL <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa052187>. Letzter Zugriff: 13.05.2012.
- EGEDE, Leonard E. und ELLIS, Charles (2010): “Diabetes and depression: Global perspectives”. In: *Diabetes Research and Clinical Practice*, Band 87(3):302–312. doi: 10.1016/j.diabres.2010.01.024. Letzter Zugriff: 20.05.2012.
- FELDMAN, Jerome A. (2006): *From Molecule to Metaphor: A Neural Theory of Language*. Cambridge, London: A Bradford Book.
- FISHER, Lawrence; MULLAN, Joseph T.; AREAN, Patricia; GLASGOW, Russell E.; HESSLER, Danielle und MASHARANI, Umesh (2010): “Diabetes Distress but Not Clinical Depression or Depressive Symptoms Is Associated With Glycemic Control in Both Cross-Sectional and Longitudinal Analyses”. In: *Diabetes Care*, Band 33(1):23–28. doi: 10.2337/dc09-1238. Letzter Zugriff: 21.05.2012.
- FITTIG, Eike; SCHWEIZER, Johannes und RUDOLPH, Udo (2006): “Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen: Zum wechselseitigen Einfluss von Strategien der Krankheitsbewältigung, Depression und Sozialer Unterstützung”. In: *Prävention*, herausgegeben von Wilhelm Kirch und Bernhard Badura. Springer-Verlag, S. 495–519. doi: 10.1007/3-540-28954-2_28.
- FLICK, Uwe (2002): *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 6. Auflage.
- (2007): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage.



- (2010): “Design und Prozess qualitativer Forschung”. In: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, herausgegeben von Uwe Flick; Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie, 8. Auflage, S. 252–265.
- (2011): *Triangulation: Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 3. aktualisierte Auflage.
- FORSCHERGRUPPE DIABETES E.V. (2012): “Annual Report 2011”. URL http://www.forschergruppe-diabetes.de/tl_files/bilder/Forschungsberichte/Jahresbericht/Forschergruppe/2011.pdf. Letzter Zugriff: 03.05.2012.
- FRANK-RIESER, Edith (2007): “I”. In: *Wörterbuch der Psychotherapie*, herausgegeben von Gerhard Stumm und Alfred Pritz. Wien, New York: Springer-Verlag, S. 290–336. 10.1007/978-3-211-70773-9_20.
- FREUD, Sigmund (2000): “Massenpsychologie und Ich-Analyse”. In: *Sigmund Freud Studienausgabe: Fragen der Gesellschaft Ursprünge der Religion*, herausgegeben von Alexander Mitscherlich; Angela Richards und James Strachey. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, Limitierte Sonder- Auflage, S. 61–134.
- FRIER, Brian M. (2009): “Hypoglycemia”. In: *Diabetes and the brain*, herausgegeben von Geert Jan Biessels und Jose A. Luchsinger, Kapitel Hypoglycemia. New York: Humana Press, S. 131–157. doi: DOI10.1007/978-1-60327-850-8.
- FRISCH, Max (1977): *Homo faber: Ein Bericht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- FUNNELL, Martha M.; ANDERSON, Robert M.; ARNOLD, Marilyn S.; BARR, Patricia A.; DONNELLY, Michael; JOHNSON, Patricia D.; TAYLOR-MOON, Denise und WHITE, Neil H. (1991): “Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education”. In: *The Diabetes Educator*, Band 17(1):37–41. doi: 10.1177/014572179101700108.
- GAHLEITNER, Brigitta S. (2012): “Forschung in der sozialen Arbeit: Eine Bestandsaufnahme”. In: *Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus: Ein Blick über zwei Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung*, herausgegeben von Brigitta S. Gahleitner; Björn Kraus und Rudolf Schmitt. Jacobs Verlag.
- GALE, Edwin A.M. (2002): “The Rise of Childhood Type 1 Diabetes in the 20th Century”. In: *Diabetes*, Band 51(12):3353—3361. URL <http://diabetes.diabetesjournals.org/content/51/12/3353>. Letzter Zugriff: 28.04.2012.
- GEFFERT, Bruno (2006): *Metaphern von Schule: Welche Metaphern und metaphorischen Konzepte generieren Benachteiligte von Schule*, Band 22 von *Studien zur Berufspädagogik*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.



- GIUGLIANO, Dario; CERIELLO, Antonio und ESPOSITO, Katherine (2008): “Glucose metabolism and hyperglycemia”. In: *The American Journal of Clinical Nutrition*, Band 87(1):217S–222S. URL <http://www.ajcn.org/content/87/1/217S.full.pdf+html>. Letzter Zugriff: 18.05.2012.
- GLASER, Barney G. und STRAUSS, Anselm L. (2006): *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Observations (Chicago, Ill.), New Jersey: Aldine de Gruyter, 3 Auflage.
- GOETHE, Johann Wolfgang von (1974): *Gedichte*. Works, Beck. 247.
- GOFFMAN, Erving (1959): *PRESENTATION OF SELF IN EVERYDAY LIFE*. CAR-DEN CITY, NEW YORK: DOUBLEDAY ANCHOR BOOKS.
- GONZALEZ, Jeffrey S.; FISHER, Lawrence und POLONSKY, William H. (2011): “Depression in Diabetes: Have We Been Missing Something Important?” In: *Diabetes Care*, Band 34(1):236–239. doi: 10.2337/dc10-1970. Letzter Zugriff: 20.05.2012.
- GRAF, Anita (2012): *Selbstmanagement Kompetenz in Unternehmen nachhaltig sichern: Leistung, Wohlbeinden und Balance als Herausforderung*. uniscope. Publikationen der SGO Stiftung, Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi: 10.1007/978-3-8349-7150-0_11.
- GREDIG, Daniel und RAEMY, Annabelle (2013): “Ungerechte Behandlung von Menschen mit Diabetes in Alltag und Beruf”. In: *D-journal*, (221):14–18. URL http://www.researchgate.net/publication/237019473_Stigmatisierung_wie_gehen_Menschen_mit_Diabetes_mit_dem_Stigma_um. Letzter Zugriff: 05.06.2013.
- GREVE, Werner (1997): “Sparsame Bewältigung - Perspektiven für eine ökonomische Taxonomie von Bewältigungsformen”. In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 18–41.
- HANDWERKER, Herman O. und SCHMELZ, Martin (2007): “Allgemeine Sinnesphysiologie”. In: *Physiologie des Menschen mit Pathophysiologie*, herausgegeben von Robert F. Schmidt und Florian Lang. Berlin, Heidelberg: Springer, 30. Auflage, S. 273–295. doi: 10.1007/978-3-540-32910-7_13.
- HARVEY, Lee (1982): “The Use and Abuse of Kuhnian Paradigms in the Sociology of Knowledge”. In: *Sociology*, Band 16(1):85–101. doi: 10.1177/0038038582016001009. Letzter Zugriff: 29.05.2012.



- HAUNER, Hans (2011): “Diabetesepidemie und Dunkelziffer”. In: *Deutscher Gesundheitsbericht: Diabetes 2012*, herausgegeben von diabetesDE. Mainz: Kirchheim + Co GmbH, S. 8–13.
- HECK, Anja (2009): *Persönlichkeit, Kontrolle und Stressbewältigung bei beruflich bedingtem Auslandsaufenthalt: Eine Studie in Bangkok*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- HIEN, Peter und BÖHM, Bernhard (2007): *Diabetes- Handbuch: Eine Anleitung für Praxis und Klinik*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.
- HOLAHAN, Charles J. (2012): *Faculty Directory*. University of Texas at Austin. URL <http://www.psy.utexas.edu/psy/faculty/holahan/holahan.html>. Letzter Zugriff: 25.08.2012.
- HOLOUBEK, Michael; KASSAI, Klaus und TRAIMER, Matthias (2010): *Grundzüge des Rechts der Massenmedien*. Wien, New York: Springer, 4. neu bearbeitete Auflage.
- HOLTERUS, Paul-Martin; BEYER, Peter; BÜRGER-BÜSING, Jutta; DANNE, Thomas; ETSPÜLER, Judit; HEIDTMANN, Bettina; HOLL, Reinhard W.; KARGES, Beate; KIESS, Wieland; KNERR, Ina; KORDONOURI, Olga; LANGE, Karin; LEPLER, Rudolf; MARG, Wolfgang; NÄKE, Andrea; NEU, Andreas; PETERSEN, Margret; PODESWIK, Andreas; VON SENGBUSCH, Simone; STACHOW, Rainer; WAGNER, Verena und ZIEGLER, Ralph (2009): *Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes und Jugendalter*. Mainz: Deutsche Diabetes Gesellschaft, 1. Auflage.
- HOMFELDT, Hans Günther (2012): “Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung”. In: *Grundriss Soziale Arbeit*, herausgegeben von Werner Thole. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 4. Auflage, S. 489–503. doi: 10.1007/978-3-531-94311-4_30.
- HOPF, Christel (2010): “Qualitative Forschung im Kontext”. In: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, herausgegeben von Uwe Flick; Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie, 8. Auflage, S. 588–600.
- HOWARD, Sarah G und LEE, Duk-Hee (2011): “What is the role of human contamination by environmental chemicals in the development of type 1 diabetes?” In: *J Epidemiol Community Health*, Band ??(??):1–3. URL <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2011.133694>. Letzter Zugriff: 30.04.2012.
- HÜRTER, Peter; KORDONOURI, Olga; LANGE, Karin und DANNE, Thomas (2007): *Kompendium pädiatrische Diabetologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.



- URL <http://www.springerlink.com/content/978-3-540-40059-2/fulltext/#section=353973&page=2&locus=92>.
- HUTTLINGER, Kathleen; KREFTING, Laura; DREVD AHL, Denise; TREE, Philip; BACA, Elaine und BENALLY, Anita (1992): "Doing Battle": A Metaphorical Analysis of Diabetes Mellitus Among Navajo People". In: *The American Journal of Occupational Therapy*, Band 46(8):706–712.
- ICKS, Andrea; RATHMANN, Wolfgang; ROSENBAUER, Joachim und GIANI, Guido (2005): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Diabetes*. Heft 24, Berlin: Robert Koch-Institut. URL http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/20Vo4CXYDBpeQ_47.pdf. Letzter Zugriff: 11.08.2012.
- IDF (2011): *IDF Diabetes Atlas*. International Diabetes Federation, 5. Auflage.
- (2012): *IDF Diabetes Atlas*. International Diabetes Federation, 5. edition 2012 update Auflage. URL http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf. Letzter Zugriff: 15.05.2013.
- IMMERSCHITT, Wolfgang (2010): *Crossmediale Pressearbeit*. Wiesbaden: Gabler. doi: 10.1007/978-3-8349-8936-9_4.
- JÄKEL, Olaf (1997): *Wie Metaphern Wissen schaffen: Die kognitive Metapherntheorie und ihre Anwendung in Modell-Analysen der Diskursbereiche Geistestätigkeit, Wirtschaft, Wissenschaft und Religion*, Band 59 von *Philologia: Sprachwissenschaftliche Forschungsergebnisse*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, verbesserte und aktualisierte und erweiterte Auflage.
- JANESICK, Valerie J. (1994): "The Dance of Qualitative Research Design: Metaphor, Methodolatry, and Meaning". In: *Handbook of Qualitative Research*, herausgegeben von Norman K. Denzin und Yvonna S. Lincoln. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage Publications, S. 209–219.
- JERUSALEM, Matthias (1997): "Grenzen der Bewältigung". In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 261–271.
- JOHNSON, Mark (1987): *The Body in the Mind: The bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- (2005): "The philosophical significance of image schemas". In: *From perception to meaning: image schemas in cognitive linguistics*, herausgegeben von Beate Hampe und Joseph E. Grady. Walter de Gruyter, S. 15–34.



- JONES, Devra (2007): "Off Target in the War on Cancer". In: *Washington Post*. URL <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/11/02/AR2007110201648.html>. Letzter Zugriff: 22.05.2013.
- KAHNEMAN, Daniel (2011): *Thinking, Fast and Slow*. Penguin Books.
- KANT, Immanuel (1870): *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Berlin: Verlag von L. Heimann. URL <http://archive.org/download/immanuelkantsgru00kant/immanuelkantsgru00kant.pdf>. Letzter Zugriff: 18.05.2013.
- KARJALAINEN, Jukka; MARTIN, Julio M.; KNIP, Mikael; ILONEN, Jorma; ROBINSON, Brian H.; SAVILAHTI, Erkki; AKERBLOM, Hans K. und DOSCH, Hans-Michael (1992): "A Bovine Albumin Peptide as a Possible Trigger of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus". In: *New England Journal of Medicine*, Band 327(5):302–307. doi: 10.1056/NEJM199207303270502. Letzter Zugriff: 24.08.2012.
- KIM, Ae-Ryung (2002): *Metapher und Mimesis: Über das hermeneutische Lesen des geschriebenen Textes*, Band 32 von *Reihe Historische Anthropologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- KIM, Lauren S.; SANDLER, Irwin N. und TEIN, Jenn-Yun (1997): "Locus of Control as a Stress Moderator and Mediator in Children of Divorce". In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, Band 25(2):145–155.
- KLEINING, Gerhard (1982): "Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung". In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Band 34:224–253.
- KNIP, Mikael; VIRTANEN, Suvi M.; SEPPÄ, Karri; ILONEN, Jorma; SAVILAHTI, Erkki; VAARALA, Outi; REUNANEN, Antti; TERAMO, Kari; HÄMÄLÄINEN, Anu-Maaria; PARONEN, Johanna; DOSCH, Hans-Michael; HAKULINEN, Timo und ÅKERBLOM, Hans K. for the Finnish TRIGR Study Group (2010): "Dietary Intervention in Infancy and Later Signs of Beta-Cell Autoimmunity". In: *The new england journal of medicine*, Band 20(363):1900–1908. URL <http://dx.doi.org/>. Letzter Zugriff: 02.05.2012.
- KOHLMANN, Carl-Walter (1997): "Stressbewältigung, Ressourcen und Persönlichkeit". In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 209–220.



- KÖNNER, A. Christine; HESS, Simon; TOVAR, Sulay; MESAROS, Andrea; SÁNCHEZ-LASHERAS, Carmen; EVERS, Nadine; VERHAGEN, Linda A.W.; BRÖNNEKE, Hel-la S.; KLEINRIDDERS, André; HAMPEL, Brigitte; KLOPPENBURG, Peter und BRÜ-NING, Jens C. (2011): “Role for Insulin Signaling in Catecholaminergic Neurons in Control of Energy Homeostasis”. In: *Cell Metabolism*, Band 13(6):720–728. URL <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2011.03.021>. Letzter Zugriff: 12.05.2012.
- KÖVECSESES, Zoltán (2010): *Metaphor: A Practical Introduction*. New York: Oxford Uni-versity Press, second edition Auflage.
- KRUSE, Jan; BIESEL, Kay und SCHMIEDER, Christian (2011): *Metaphernanalyse: Ein rekonstruktiver Ansatz*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage.
- KUDLA, Martin (2008): “Die Konzeptualisierung von Politik als Krieg - Metaphern in der politischen Berichterstattung”. In: *Studentische Arbeitspapiere zu Sprache und Interaktion*, (12). URL http://noam.uni-muenster.de/sasi/Kudla_SASI.pdf. Letzter Zugriff: 11.02.2013.
- KUHN, Peter (2003): “Thematische Zeichnung und fokussiertes, episodisches Interview am Bild – Ein qualitatives Verfahren zur Annäherung an die Kindersicht auf Be-wegung, Spiel und Sport in der Schule [50 Absätze]”. In: *Forum Qualitative So-zialforschung*, Band 4(1):Artikel 8. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs030187>. Letzter Zugriff: 14.07.2012.
- KUMAGAI, Arno K.; MURPHY, Elizabeth A. und ROSS, Paula T. (2008): “Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care”. In: *Advances in Health Sciences Education*, Band 14(3):315–326. doi: 10.1007/s10459-008-9123-5.
- LACHIN, John M.; GENUTH, Saul; NATHAN, David M.; ZINMAN, Bernard und RUT-LEDGE, Brandy N. (2008): “Effect of Glycemic Exposure on the Risk of Microvascu-lar Complications in the Diabetes Control and Complications Trial—Revisited”. In: *Diabetes*, Band 57(4):995–1001. doi: 10.2337/db07-1618. Letzter Zugriff: 17.05.2012.
- LAKOFF, George (1987): *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- (1991): “Metaphor and War: The Metaphor System Used to Justify War in the Gulf”. Manuscript University of California at Berkeley, Linguistics Depart-ment. URL <http://georgelakoff.files.wordpress.com/2011/04/metaphor-and-war-the-metaphor-system-used-to-justify-war-in-the-gulf-lakoff-1991.pdf>. Letzter Zu-griff: 01.03.2013.



- (2008): “The Neural Theory of Metaphor”. In: *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*, herausgegeben von Raymond W. Gibbs. Cambridge: Cambridge University Press, S. 17–38.
- LAKOFF, George; ESPENSON, Jane und SCHWARTZ, Alan (1991): *Second Draft Copy Master Metaphor List*. Berkeley: University of California, Cognitive Linguistics Group.
- LAKOFF, George und JOHNSON, Mark (1999): *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
- (2003): *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press.
- (2008): *Leben in Metaphern: Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer, 6. Auflage.
- LAMNEK, Siegfried (2005): *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 4. vollständig überarbeitete Auflage.
- LANGE, Karin (2008): “Psychologische Aspekte des Diabetes in Kindheit und Adoleszenz”. In: *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, Band 2(3):123–130. doi: 10.1007/s11800-008-0109-1.
- LAZARUS, Richard S. und FOLKMAN, Susan (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Series, New York: Springer Publishing Company.
- LEHR, Ursula und THOMAE, Hans (1991): *Alltagspsychologie: Aufgaben, Methoden, Ergebnisse*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- LEPPIN, Anja (1997): “Streßeinschätzung, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen?” In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 196–208.
- LICHTENAUER, U. D.; SEISSLER, J. und SCHERBAUM, W. A. (2003): “Die diabetischen Folgeerkrankungen”. In: *Der Internist*, Band 44(7):840–852. doi: 10.1007/s00108-003-0996-3. Letzter Zugriff: 13.05.2012.
- LIM, Ee Lin; HOLLINGSWORTH, Kieren; ARIBISALA, Benjamin Segun; CHEN, M.; MATHERS, John und TAYLOR, Roy (2011): “Reversal of type 2 diabetes: normalisation of beta cell function in association with decreased pancreas and liver triacylglycerol”. In: *Diabetologia*, Band 54(10):2506–2514. doi: 10.1007/s00125-011-2204-7. Letzter Zugriff: 05.05.2012.



- LLORENTE, Maria D. und MALPHURS, Julie E. (2009): “Diabetes and Depression”. In: *Diabetes and the brain*, herausgegeben von Geert Jan Biessels und Jose A. Luchsinger. New York: Humana Press, S. 343–363. doi: DOI10.1007/978-1-60327-850-8.
- LOEWE, Ron und FREEMAN, Joshua (2000): “Interpreting Diabetes Mellitus: Differences between Patient and Provider Models of Disease and their Implications for Clinical Practice”. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, Band 24(4):379–401. doi: 10.1023/A:1005611207687.
- LUSTMAN, Patrick J.; ANDERSON, Ryan J.; FREEDLAND, Kenneth E.; GROOT, Mary de; CARNEY, Robert M. und CLOUSE, Ray E. (2000): “Depression and Poor Glycemic Control”. In: *Diabetes Care*, Band 23(7):934–943. URL <http://care.diabetesjournals.org/content/23/7/934.abstract>. Letzter Zugriff: 21.05.2012.
- LUYCKX, Koen; VANHALST, Janne; SEIFFGE-KRENKE, Inge und WEETS, Ilse (2010): “A typology of coping with Type 1 diabetes in emerging adulthood: associations with demographic, psychological, and clinical parameters”. In: *Journal of behavioral medicine*, Band 33(3):228–238. doi: 10.1007/s10865-010-9249-9.
- MÁCHA, Jakub (2010): *Analytische Theorien der Metapher: Untersuchungen zum Konzept der metaphorischen Bedeutung*. Berlin: Lit Verlag.
- MAIER, Berthold (2011): “Die psychologische Dimension des Diabetes mellitus”. In: *Deutscher Gesundheitsbericht: Diabetes 2012*, herausgegeben von diabetesDE. Mainz: Kirchheim + Co GmbH, S. 47–53.
- MALCHERCZYK, Leo und FINCK, Hermann (1999): *Diabetes und Soziales: ein praktischer Ratgeber für alle Diabetiker und ihre Angehörigen*. Mainz: Kirchheim-Verlag.
- MARTZ, Erin und LIVNEH, Hanoch (2007a): *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. New York: Springer.
- (2007b): “Foreword”. In: *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*, herausgegeben von Erin Martz und Hanoch Livneh. New York: Springer, S. XI–XIV.
- MATTHAEI, Stephan; THIENEL, Florian; MORCOS, Michael und NAWROTH, Peter (2007): “Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2”. In: *Medizinische Therapie 2007/2008*, herausgegeben von Jürgen Schölmerich. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 3. vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 448–465. doi: 10.1007/978-3-540-48554-4_35.
- MAXWELL, Joseph A. (2005): *Qualitative research design: an interactive approach*. Applied social research methods series, Sage Publications, 2. Auflage.



- MAYRING, Philipp (1988): "Kontrollüberzeugung". In: *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*, herausgegeben von Leokadia Brüderl. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 139–148.
- MEAD JOHNSON NUTRITION (2010): "Nutramigen". URL http://www.mjn.com/app/iwp/hcp2/content2.do?dm=mj&id=HCP_Home2/ProductInformation/hcpProducts/hcpInfants/hcpNutramigen&iwpst=HCP&ls=0&csred=1&r=3513408096. Letzter Zugriff: 28.06.2012.
- MEHNERT, Anja (2006): "Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen". In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Band 49(8):780–787. doi: 10.1007/s00103-006-0008-6. URL <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-006-0008-6>.
- MEINEFELD, Werner (2010): "Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Forschung". In: *Qualitative Forschung: ein Handbuch*, herausgegeben von Uwe Flick; Ernst von Kardorff und Ines Steinke. rororo Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 8. Auflage.
- MEINFELD, Werner (1995): *Realität und Konstruktion Erkenntnistheoretische Grundlagen einer Methodologie der empirischen Sozialforschung*. Opladen: Leske und Budrich. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-15717>. Letzter Zugriff: 15.01.2012.
- MEINKE, Julia (2003): "Die Metaphorisierung von Zeit bei Gabriel García Márquez aus der Sicht der kognitiv-linguistischen Metapherntheorie". In: *Metaphorikde*. URL <http://www.metaphorik.de/aufsaeetze/meinke.pdf>. Letzter Zugriff: 11.02.2013.
- MEY, Günter und MRUCK, Katja (2011): "Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven". In: *Grounded Theory Reader*, herausgegeben von Günter Mey und Katja Mruck. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage.
- MOOS, Rudolf H. (2012): *Profile*. Stanford School of Medicine. URL http://med.stanford.edu/profiles/Rudolf_Moos/. Letzter Zugriff: 25.08.2012.
- MOOS, Rudolf H. und HOLAHAN, Charles J. (2007): "Adaptive Tasks and Methods of Coping with Illness and Disability". In: *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*, herausgegeben von Erin Martz und Hanoeh Livneh. New York: Springer, S. 107–126.



- MUTHNY, Fritz A. (1997): "Coping am Beispiel der Krankheitsverarbeitung: Hohe Erwartungen, tiefe Enttäuschungen und der Morgen danach". In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 58–66.
- MUTSCHLER, Ernst; GEISSLINGER, Gerd; KROEMER, Heyo und SCHÄFER-KORTING, Monika (2001): *Mutschler Arzneimittelwirkungen: Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie ; mit einführenden Kapiteln in die Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 8 Auflage.
- MYERS, Lynn B. und STEED, Liz (1999): "The relationship between dispositional optimism, dispositional pessimism, repressive coping and trait anxiety". In: *Personality and Individual Differences*, Band 27(6):1261–1272. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00071-9.
- NICKERSON, Raymond S. (1998): "Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises". In: *Review of General Psychology*, Band 2(2):175–220.
- NIETZSCHE, Friedrich (1922): *Götzen-Dämmerung oder Wie man mit dem Hammer philosophirt*. Leipzig: Alfred Kröner Verlag. URL <http://gutenberg.spiegel.de/buch/6185/3>. Letzter Zugriff: 10.09.2012.
- NOBLIT, George W. und HARE, R. Dwight (1988): *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*, Band Qualitative Research Methods. London: Sage Publications.
- O'CONNOR, Patrick J.; CRAIN, A. Lauren; RUSH, William A.; HANSON, Ann M.; FISCHER, Lucy Rose und KLUZNIK, John C. (2009): "Does Diabetes Double the Risk of Depression?" In: *Annals of Family Medicine*, Band 7(4):328–335. doi: 10.1370/afm.964. Letzter Zugriff: 21.05.2012.
- OLBRICH, Erhard (1997): "Die Grenzen des Coping". In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 230–246.
- ONKAMO, Päivi; VÄÄNÄNEN, S.; KARVONEN, M. und TUOMILEHTO, Jaakko (1999): "Worldwide increase in incidence of Type I diabetes – the analysis of the data on published incidence trends". In: *Diabetologia*, Band 42(12):1395–1403. URL <http://dx.doi.org/10.1007/s001250051309>. Letzter Zugriff: 28.04.2012.
- OXFORD DICTIONARY (2000): *Oxford Advanced Learner's Dictionary*, Band 6. Oxford, New York: Oxford University Press.



- PATERSON, Barbara L.; THORNE, Sally und DEWIS, Marilyn (1998): "Adapting to and Managing Diabetes". In: *Journal of Nursing Scholarship*, Band 30(1):57–62. doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01237.x. URL <http://pt01.wkhealth.com/pt/re/merck/fulltext.00004208-199803000-00023.htm>. Letzter Zugriff: 01.05.2013.
- PATTON, Michael Quinn (2002): *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage Publications, 3. Auflage.
- PAULS, Helmut (2004): *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*, Band Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim und München: Juventa.
- PENG, Hui und HAGOPIAN, William (2006): "Environmental factors in the development of Type 1 diabetes". In: *Rev Endocr Metab Disord*, Band ??(7):149–162. doi: 10.1007/s11154-006-9024-y. URL <http://dx.doi.org/10.1007/s11154-006-9024-y>. Letzter Zugriff: 01.05.2012.
- PENNEBAKER, James W. (1997): "Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process". In: *Psychological Science*, Band 8(3):162–166. doi: 10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x.
- PERREZ, Meinrad und REICHERTS, Michael (1992): *Stress, Coping, and Health: A Situation-Behavior Approach Theory, Methods, Applications*. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe Huber Publications.
- PETRAK, Frank und HERPERTZ, Stephan (2008): "Psychosomatische Aspekte des Diabetes mellitus". In: *Psychotherapeut*, Band 53(4):293–305. doi: 10.1007/s00278-008-0619-5.
- PETZOLD, Hilarion G. (2007): "Protektive Faktoren". In: *Wörterbuch der Psychotherapie*, herausgegeben von Gerhard Stumm und Alfred Pritz. Wien, New York: Springer-Verlag, S. 536–537. doi: 10.1007/978-3-211-70773-9_20.
- PFEFFER, Simone (2010): *Krankheit und Biographie: Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- PILISUK, Marc; MONTGOMERY, Mary Beth; PARKS, Susan Hillier und ACREDOLO, Curt (1993): "Locus of Control, Life Stress, and Social Networks: Gender Differences in the Health Status of the Elderly". In: *Sex Roles*, Band 23(3/4):147–166.
- PLATON (1908): *Platons Gorgias/Menon*. Eugen Diederichs. URL <http://archive.org/download/gorgiasmenon00plat/gorgiasmenon00plat.pdf>. Letzter Zugriff: 25.05.2013.



- POLLIO, Howard R.; BARLOW, Jack M.; FINE, Harold J. und POLLIO, Marylin R. (1977): *Psychology and the poetics of growth: Figurative language in Psychology, Psychotherapy, and Education*. New York, Toronto, London, Sydney: John Wiley Sons.
- PORIES, Walter J.; MACDONALD, Kenneth G.; FLICKINGER, Edward G.; DOHM, G. Lynis; SINHA, Madhur K.; BARAKAT, Hisham A.; MAY, Harold J.; KHAZANIE, Prabhaker; SWANSON, Melvin S.; MORGAN, Elizabeth; LEGGETT-FRAZIER, Nancy; LONG, Stuart D.; BROWN, Brenda M.; OBRIEN, Kevin und CARO, Jose F. (1992): "The Control of Diabetes Mellitus (NIDDM) in the Morbidly Obese with the Greenville Gastric Bypass". In: *Annals of Surgery*, Band 215(6):633–642. URL <http://stati3452.narod.ru/gaster/annsurg00199-0090.pdf>. Letzter Zugriff: 05.05.2012.
- PSCHYREMBEL, Willibald (2007): *Klinisches Wörterbuch Psychrembel*. Berlin: Walter de Gruyter, 261 Auflage.
- RAHIM, Afzalur M. (1997): "Relationships Of Stress, Locus Of Control, And Social Support To Psychiatric Symptoms And Propensity To Lea Ve A Job: A Field Study With Managers". In: *Journal of Business and Psychology*, Band 12(2):159–174.
- RATHMANN, Wolfgang; HAASSTERT, Burkhard; ICKS, Andrea; LÖWEL, Hannelore; MEISINGER, Christa; HOLLE, Ralf und GIANI, Guido (2003): "High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: Target populations for efficient screening. The KORA survey 2000". In: *Diabetologia*, Band 46(2):182–189. doi: 10.1007/s00125-002-1025-0. Letzter Zugriff: 21.04.2012.
- REWERS, Marian; PIHOKER, Catherine; DONAGHUE, Kim; HANAS, Ragnar; SWIFT, Peter und KLINGENSMITH, Georgeanna J. (2010): "Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes". In: *Pediatric Diabetes*, Band 10(Supplement 12):71–81. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00582.x. Letzter Zugriff: 08.05.2012.
- RITZER, George (2001): *Explorations in Social Theory: From Metatheorizing to Rationalization*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications.
- ROBINSON-WHELEN, Susan; KIM, Cheongtag; MACCALLUM, Robert C. und KIECOLT-GLASER, Janice K. (1997): "Distinguishing Optimism From Pessimism in Older Adults: Is It More Important to Be Optimistic or Not to Be Pessimistic?" In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Band 73(6):1345–1353.



- SADAUSKAIT-KUEHNE, Vaiva; LUDVIGSSON, Johnny; PADAIGA, Zilvinas; JASINSKIENE, Edita und SAMUELSSON, Ulf (2004): “Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood”. In: *Diabetes Metab Res Rev*, Band 20(2):150–157. URL <http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.425>. Letzter Zugriff: 30.04.2012.
- SALEWSKI, Christel (1997): “Formen der Krankheitsbewältigung”. In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 42–57.
- SCHACHTNER, Christina (1999): *Ärztliche Praxis: Die gestaltene Kraft der Metapher*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- SCHAEFER, Doris (2009): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber.
- SCHEIER, Michael F. und CARVER, Charles F. (1985): “Life Orientation Test (LOT)”. URL http://www.psy.cmu.edu/faculty/scheier/scales/LOT_Scale.pdf. Letzter Zugriff: 08.09.2012.
- (1992): “Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update”. In: *Cognitive Therapy and Research*, Band 16(2):201–228.
- SCHEIER, Michael F.; CARVER, Charles F. und BRIDGES, Michael W. (1994): “Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test.” In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Band 67(6):1063–1078. Letzter Zugriff: 08.09.2012.
- SCHIEFER, Matthias (2006): *Die metaphorische Sprache in der Medizin. Metaphorische Konzeptualisierungen in der Medizin und ihre ethischen Implikationen untersucht anhand von Arztbriefanalysen*. Münster: Lit Verlag.
- SCHMITT, Rudolf (1995): *Metaphern des Helfens*, Band Fortschritte der psychologischen Forschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- (1997): “Metaphernanalyse als sozialwissenschaftliche Methode - Mit einigen Bemerkungen zur theoretischen »Fundierung« psychosozialen Handelns”. In: *Psychologie Gesellschaftskritik*, Band 21(1):57–86. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-289197>. Letzter Zugriff: 21.02.2013.
- (2000): “Metaphernanalyse und helfende Interaktion”. In: *Psychomed Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, Band 12(3):165–170.



-
- (2003): “Methode und Subjektivität in der Systematischen Metaphernanalyse”. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Band 4(2):54 Absätze. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0302415>. Letzter Zugriff: 10.10.2012.
 - (2004): “Diskussion ist Krieg, Liebe ist eine Reise, und die qualitative Forschung braucht eine Brille Review Essay: George Lakoff Mark Johnson (2003). Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern”. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Band 5(2):54 Absätze. URL <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402190>. Letzter Zugriff: 06.05.2013.
 - (2007): “Versuch, die Ergebnisse von Metaphernanalysen nicht unzulässig zu generalisieren”. In: *Zeitschrift qualitative Forschung*, Band 8(1):137–156. URL <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/27786/ssoar-zqf-2007-1-schmitt-versuch.pdf>. Letzter Zugriff: 21.02.2013.
 - (2010): “Metaphernanalyse”. In: *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, herausgegeben von Günter Mey und Katja Mruck. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 978-3-531-92052-8_47.
 - (2011a): “Methoden der sozialwissenschaftlichen Metaphernforschung”. In: *Metaphern und Gesellschaft: Die Bedeutung der Orientierung durch Metaphern*, herausgegeben von Matthias Junge. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 167–184.
 - (2011b): “Systematische Metaphernanalyse als qualitative sozialwissenschaftliche Forschungsmethode”. In: *Metaphorikde*, Band 21:47–81. URL <http://www.metaphorik.de/21/schmitt.pdf>. Letzter Zugriff: 18.02.2013.
 - (2012a): “Ablaufskizze einer systematischen Metaphernanalyse”. Unveröffentlichter Text: Der Text ist eine Kurzfassung einer geplanten Einführung in die systematische Metaphernanalyse.
 - (2012b): “Metaphernanalyse: Zentrale Definitionen und Überlegungen”. Unveröffentlichter Text.
 - (2013): “Metaphern für Bildungsprozesse im Kontext von Krankheits erfahrungen”. In: *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?*, herausgegeben von Dieter Nittel und Astrid Seltrecht. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 173–184. doi: 10.1007/978-3-642-28201-0.
- SCHMITT, Rudolf und BÖHNKE, Ulrike (2009): “Detailfunde, Überdeutungen und einige Lichtblicke: Metaphern in pflegewissenschaftlichen Analysen”. In: *Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und*



- Gesundheit*, herausgegeben von Ingrid Darmann-Finck; Ulrike Böhnke und Katharina Straß. Frankfurt: Mabuse, S. 123–153.
- SCHRAMM, Stefanie und WÜSTENHAGEN, Claudia (2012): “Die Macht der Worte”. In: *Zeit Wissen*, (6):14–26.
- SCHRÖDER, Annette und SCHMITT, Birgit (1988): “Soziale Unterstützung”. In: *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*, herausgegeben von Leokadia Brüderl. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 149–160.
- SCHRÖDER, Kerstin E.E. und SCHWARZER, Ralf (1997): “Bewältigungsressourcen”. In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 174–195.
- SCHULZE, Heike (2007): *Handeln im Konflikt: Eine qualitativ-empirische Studie zu Kindesinteressen und Professionellem Handeln in Familiengericht und Jugendhilfe*, Band 4 von *Bibliotheca Academica: Reihe Soziologie*. Würzburg: Ergon Verlag.
- SCHÜSSLER, Gerhard (1993): *Bewältigung chronischer Krankheiten: Konzepte und Ergebnisse*. Nummer 15 in Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- (1998): “Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen”. In: *Psychotherapeut*, Band 43(6):382–390.
- SCHWARZ, Monika (1996): *Einführung in die Kognitive Linguistik*. Tübingen und Basel: A. Francke Verlag, 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage.
- SCHWARZ, Gudrun; SALEWSKI, Christel und TESCH-RÖMER, Clemens (1997): “Psychologie der Bewältigung - Variationen über ein altbekanntes Thema?” In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 1–6.
- SECHREST, Lee und PHILLIPS, Melinda (1979): “Unobtrusive Measures: An Overview”. In: *Unobtrusive Measurement Today*, herausgegeben von Lee Sechrest, Band 1 von *New Directions for Methodology of Behavioral Science*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SEEBOLD, Elmar und KLUGE, Friedrich (Begr.) (2011): *Kluge - etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Berlin, Boston, Mass.: De Gruyter, 25. durchgesehene und erweiterte Auflage.
- SIEGELAAR, Sarah E.; HOLLEMAN, Frits; HOEKSTRA, Joost B. L. und DEVRIES, J. Hans (2010): “Glucose Variability; Does It Matter?” In: *Endocrine Reviews*, Band 31(2):171–182. doi: 10.1210/er.2009-0021. Letzter Zugriff: 17.05.2012.



- SONTAG, Susan (1978): *Krankheit als Metapher*. München, Wien: Carl Hanser.
- (1997): *Aids und seine Metaphern*. München, Wien: Carl Hanser.
- STALVEY, Michael S. und SCHATZ, Desmond A. (2008): “Childhood Diabetes Explosion”. In: *Controversies in Treating Diabetes: Clinical and Research Aspects*, herausgegeben von Derek LeRoith und Aron I. Vinik. Contemporary Endocrinology, Totowa, NJ: Humana Press, S. 179–200. URL <http://books.google.de/books?id=bJ8mqQJtLA8C>.
- STARKE, Dagmar (2000): *Kognitive, emotionale und soziale Aspekte menschlicher Problembewältigung: Ein Beitrag zur aktuellen Stressforschung*, Band Medizinsoziologie. Münster, Hamburg, London: Lit Verlag.
- STEINKE, Ines (2010): “Gütekriterien qualitativer Forschung”. In: *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, herausgegeben von Uwe Flick; Ernst von Kardoff und Ines Steinke, Kapitel 4.7. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie, 8. Auflage, S. 319–331.
- STROHNER, Hans (1995): *Kognitive Systeme: Eine Einführung in die Kognitionswissenschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP (1993): “The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus”. In: *The new England Journal of Medicine*, Band 329(14):977–986. URL <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199309303291401>. Letzter Zugriff: 13.05.2012.
- THORNE, Sally; PATERSON, Barbara; ACORN, Sonia; CANAM, Connie; JOACHIM, Gloria und JILLINGS, Carol (2002): “Chronic Illness Experience: Insights From a Metastudy”. In: *Qualitative Health Research*, Band 12(4):437–452.
- VEHIK, Kendra; HAMMAN, Richard F.; LEZOTTE, Dennis; NORRIS, Jill M.; KLINGENSMITH, Georgeanna; BLOCH, Clifford; REWERS, Marian und DABELEA, Dana (2007): “Increasing Incidence of Type 1 Diabetes in 0- to 17-Year-Old Colorado Youth”. In: *Diabetes Care*, Band 30(3):503–509. doi: 10.2337/dc06-1837. URL <http://care.diabetesjournals.org/content/30/3/503>. Letzter Zugriff: 28.04.2012.
- VOLBRECHT, Ralf (2005): “Stichwort: Medien”. In: *Qualitative Medienforschung: Ein Handbuch*, herausgegeben von Lothar Mikos und Claudi Wegener. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, S. 29–39.
- WABITSCH, Martin; HAUNER, Hans; HERTRAMPF, M.; MUCHE, Rainer; HAY, B.; MAYER, Hermann; KRATZER, Wolfgang; DEBATIN, Klaus-Michael und HEINZE, Eberhard (2004): “Type II diabetes mellitus and impaired glucose regulation in



- Caucasian children and adolescents with obesity living in Germany”. In: *International Journal of Obesity*, Band 28(2):307–313. doi: 10.1038/sj.ijo.0802555. Letzter Zugriff: 17.04.2012.
- WALLSTON, Kenneth A. (1992): “Hocus-Pocus, the Focus Isn’t Strictly on Locus: Rotter’s Social Learning Theory Modified for Health”. In: *Cognitive Therapy and Research*, Band 16(2):183–199.
- WEBB, Eugene J.; CAMPBELL, Donald T.; SCHWARTZ, Richard D. und SECHREST, Lee (1975): *Nichtreaktive Messverfahren*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- WEBER, Max (1911): “Geschäftsbericht”. In: *Verhandlungen des Ersten Deutschen Soziologentages: Reden und Vorträge*, herausgegeben von Georg Simmel; Ferdinand Tönnies; Max Weber; Werner Sombart; Alfred Ploetz; Ernst Troeltsch; Eberhard Gothein; Andreas Voigt und Hermann Kantorowicz. Tübingen: Verlag J.C.B. Mohr, S. 39–62.
- WEBER, Hannelore (1997): “Zur Nützlichkeit des Beäftigungskonzeptes”. In: *Psychologie der Bewältigung*, herausgegeben von Clemens Tesch-Römer; Christel Salewski und Gudrun Schwarz. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, S. 7–16.
- WEGENER, Claudia (2005): “Inhaltsanalyse”. In: *Qualitative Medienforschung: Ein Handbuch*, herausgegeben von Lothar Mikos und Claudia Wegener. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, S. 200–208.
- WEYMANN, Ansgar (1998): *Sozialer Wandel: Theorien zur Dynamik der modernen Gesellschaft*, Band Grundlagentexte Soziologie. Weinheim, München: Juventa.
- WHO (1985): “Diabetes mellitus: Report of a study group”. Technischer Bericht, World Health Organization Technical Report series, Geneva. URL http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_727.pdf.
- (1999): “Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications”. Technischer Bericht, World Health Organization Technical Report series, Geneva. URL http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf.
- WILLIAMS, D.G. (1992): “Dispositional optimism, neuroticism, and extraversion”. In: *Personality and Individual Differences*, Band 13(4):475–477.
- WILSON, Thomas P. (1970): “Conceptions of Interaction and Forms of Sociological Explanation”. In: *American Sociological Review*, Band 35(4):697–710. URL <http://www.jstor.org/stable/2093945>. Letzter Zugriff: 29.05.2012.



- (1971): “Normative and Interpretive Paradigms in Sociology”. In: *Understanding Everyday Life: Toward the Reconstruction of Sociological Knowledge*, herausgegeben von Jack D. Douglas. International Library of Sociology and Social Reconstruction, London: Routledge and Kegan Paul, S. 57–79.
- (1982): “Qualitative „oder“ quantitative Methoden in der Sozialforschung”. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Band 34(3):487–508.
- WILSON, Timothy D. (2002): *Strangers to ourself: Discovering the adaptive unconscious*. Harvard University Press.
- YUANQIONG, Wu (2009): “On the Relationship Between Metaphor and Cultural Models – with data from Chinese and English language”. In: *Metaphorikde*, Band 17. URL <http://www.metaphorik.de/17/wu.pdf>. Letzter Zugriff: 12.11.2012.
- ZOLD, Eva; SZODORAY, Peter; GAAL, Janos; KAPPELMAYER, János; CSATHY, Laszlo; GYIMESI, Edit; ZEHER, Margit; SZEGEDI, Gyula und BODOLAY, Edit (2008): “Vitamin D deficiency in undifferentiated connective tissue disease”. In: *Arthritis Research Therapy*, Band 10(5). doi: doi:10.1186/ar2533.
- ZÜHLKE, Detlef (2012): *Nutzergerechte Entwicklung von Mensch-Maschine-Systemen*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-22074-6_2.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich beim Verfassen dieser Arbeit unterstützten. Insbesondere Herrn Prof. Dr. Rudolf Schmitt seiner intensiven Betreuung und vielen wichtigen Hinweisen wegen. Den TeilnehmerInnen des Diplomandenkolloquiums für die hilfreichen Unterstützungen. Herrn Dr. Gunter Oettel für das Korrekturlesen und seinen hilfreichen Formatierungsvorschlägen. Der Quantum Future Group für die emotionale Unterstützung. Dank geht auch an Peter Dörmer und seinen professionellen Anmerkungen für die Covergestaltung. Sowie meinen Eltern, meiner Schwester und meiner Oma.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass meine Wissenschaftliche Arbeit zum Thema

Alles aus Zucker? Metaphern in der Sprache von Typ-I-Diabetikern

selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Görlitz, den 10. Juni 2013

JÖRG KLINGER

Teil IV.

Anhang

A. Auflistung aller erhobenen Texte für die Analyse

In diesem Kapitel sind alle verwendeten Texte aufgeführt. Alle Texte sind, wie im Kapitel 6 beschrieben, öffentlich zugänglich. Und im Sinne der Maximalen Variabilität (s. Kapitel 4.2, S. 64) die Kategorien dieses Samplings bekannt gegeben. Es handelt sich bei allen Texten um Erfahrungsberichte von Typ 1 Diabetikern, wenn die Texte jedoch sehr spezielle Themen aufweisen, habe ich diese in der Spalte Kategorie benannt.

Der Tabelle sind folgende Daten zu entnehmen:

- Spalte** : **Bedeutung**
- #** : Textnummer
- Text Nr.** : Tatsächliche Textnummer und Referenz
- Art des Textes:** Aus welchem Medium der Text entnommen wurde
- Kategorie** : Spezielle Kategorie eines Textes, falls vorhanden
- Name** : Name des Mediums oder Person, die den Text veröffentlichte
- Veröffentlicht** : Wann der Text veröffentlicht wurde, sofern feststellbar
- Quelle:** : Wo das Original zu finden ist

#	Text Nr.	Art des Textes	Kategorie	Name	Veröffentlicht
1	01	Internetblog	Sport	Laufen mit Diabetes	2009
Quelle: http://www.laufen-mit-diabetes.de/willkommen/warum-dieser-blog					
2	02	Homepage	Profisport	Anja Renfordt	
Quelle: http://www.anja-renfordt.de/diabetes.html					
3	04	Internetblog		Mein Leben mit Diabetes	2008
Quelle: http://anne.jotlab.com/mein-leben-mit-diabetes-mellitus-typ-i					
4	09	Webseite		Imedo	2009
Quelle: http://www.imedo.de/community/stories/show/1665-mein-traumatisches-erleben-als-ich-an-diabetes-erkrankte-kann-triggern					
5	10	Webseite		Ciao	2006
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_3098118					



A. Auflistung aller erhobenen Texte für die Analyse

#	Text Nr.	Art des Textes	Kategorie	Name	Veröffentlicht
6	11	Webseite		Ciao	2002
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_2208421					
7	13	Webseite		Ciao	2004
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_2807040					
8	14	Webseite		Ciao	2001
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_2330093					
9	15	Webseite		Ciao	2009
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_8543343					
10	16	Webseite		Ciao	2003
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_2549764					
11	17	Webseite		Ciao	2002
Quelle: http://www.ciao.de/Diabetes__Test_2471622					
12	18	Internetblog		Detlef Schwuchow	2012
Quelle: http://detlef-schwuchow.blogspot.de/2012/10/mein-diabetes.html					
13	06	Webseite		Diabsite	2000
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/000313-insulinpen.html					
14	07	Webseite		Diabsite	2000
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/000311-januar.html					
15	08	Webseite		Diabsite	2000
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/000310-immerhin.html					
16	19	Webseite		Diabsite	2002
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/020523-aerzte.html					
17	20	Webite		Diabsite	2001
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/011120-schutzengel.html					
18	23	Webseite		Diabsite	2001
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/010419-erfolgsbericht.html					
19	25	Webseite		Diabsite	2012
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/120125-hypo-hyperglykaemien.html					
20	40	Webseite		Diabsite	2001
Quelle: http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/010330-mobil.html					
21	27	Homepage	Triathlon	Diabetes Triathlon	
Quelle: http://www.diabetes-triathlon.de/uber-mich-2/					
22	28	Webseite		Doyoo	2000
Quelle: http://www.dooyoo.de/archiv-gesundheit/diabetes-erfahrungsberichte-und-hintergrundinfos/341					



A. Auflistung aller erhobenen Texte für die Analyse

#	Text Nr.	Art des Textes	Kategorie	Name	Veröffentlicht
23	29	Webseite		Doyoo	2000
Quelle: http://www.dooyoo.de/archiv-gesundheit/diabetes-erfahrungsberichte-und-hintergrundinfos/168057/					
24	34	Webseite		Doyoo	2000
Quelle: http://www.dooyoo.de/archiv-gesundheit/diabetes-erfahrungsberichte-und-hintergrundinfos/434949/					
25	36	Webseite		Doyoo	2000
Quelle: http://www.dooyoo.de/archiv-gesundheit/diabetes-erfahrungsberichte-und-hintergrundinfos/313059/					
26	38	Homepage		Blind Kompetenz	
Quelle: http://www.blind-competenz.de/index.php?id=cms_texte/diabetes					
27	41	Blog		Klaeuiblog	2010
Quelle: http://klaeui-web.ch/2010/02/kundigung-des-diabetes-mellitus/					
28	43	Blog		Mila's Welt	2011
Quelle: http://milasonnenschein.blogspot.de/2011/06/frust.html					
29	51	Blog		Leichtigkeitauf7	2011
Quelle: http://mitleichtigkeit.bplaced.net/wordpress/diabetesmanagement-2011-meine-kleinen-helfer/					
30	52	Homepage	Sport	Bikerbico	2012
Quelle: http://www.bikerbico.de/seite_diabetes_sport.html					
31	53	Zeitschrift	Unterzucker	Insuliner	2012
Quelle: Insuliner 2012 Heft 99: 48					
32	57	Zeitschrift		Insuliner	2005
Quelle: Insuliner 2005 Heft 72: 28-29					
33	78	Blog		Diabetesjournal	2010
Quelle: http://blog.diabetes-journal.de/2010/10/ein-auszug-aus-20-jahren-diabetes/					
34	61	Blog	Technik	Typ 1 Typ	2011
Quelle: http://typ1typ.wordpress.com/2011/08/11/uber-die-technische-abhangigkeit-eines-diabetikers/					
35	69	Homepage	Bergsteigen	Geri Winkler	
Quelle: http://www.winklerworld.net/index.php?option=com_content&view=article&id=61:die-macht-der-daemonen-im-kopf					
36	60	Zeitschrift		Insuliner	1987
Quelle: Insuliner 1987 Heft 11: 24-25					
37	72	Webseite		Diabeticus	2000
Quelle: http://www.diabeticus.de/berichte/hg001.html					
38	76	Webseite		Diabeticus	
Quelle: http://www.diabeticus.de/berichte/ss001.html					



A. Auflistung aller erhobenen Texte für die Analyse

#	Text Nr.	Art des Textes	Kategorie	Name	Veröffentlicht
39	77	Webseite	Folgeschäden	Diabeticus	2000
Quelle: http://www.diabeticus.de/berichte/suskra001.html					
40	68	Blog		Lebenmitmehr	2012
Quelle: http://www.lebenmitmehr.blogspot.de/2012/07/basalratentest-hunger.html					
41	73	Blog		Diabetesjournal	2011
Quelle: http://blog.diabetes-journal.de/2011/05/keine-netzhautveränderungen-oder-diabetische-folgeschaden-am-auge					
42	71	Blog		Diabetesjournal	2012
Quelle: http://blog.diabetes-journal.de/2012/08/im-dienste-des-staates-finanziell-benachteiligt-wegen-typ-1					
43	64	Zeitschrift	Reisen	Insuliner	2011
Quelle: Insuliner 2011 Heft 97: 52–54					
44	79	Zeitschrift		Insuliner	2007
Quelle: Insuliner 2007 Heft 81: 72–73					
45	55	Zeitschrift		Insuliner	2012
Quelle: Insuliner 2012 Heft 99: 78–81					
46	50	Webseite	Ernährung	Der Weg zur Rohkost	
Quelle: http://www.derwegzurrohkost.de/G_Bericht/Div_G_Rappl1.html					
47	47	Blog		Staeffs Leben mit Diabetes	
Quelle: http://www.diabetes-leben.com/p/ich-bin-ich.html					
48	45	Webseite		Konisto	
Quelle: http://www.konisto.de/anleitung_kann-diabetes-leben-8603.html					

B. Textbeispiele

Auf den folgenden Seiten werden original Textbeispiele wiedergeben. Die Texte sind nach den aufgeführten Angaben – im Kapitel „Sampling: Mein Vorgehen“ (S. 66) – formatiert worden. Es handelt sich dabei um Text #55, #19, #58 und #47.

Text #55

1 **CGM: Ich bleibe dabei!**

2 Ich habe seit 1956 Typ 1-Diabetes, trage seit 1998 eine Pumpe und benutze seit Juli 2010 CGM
3 (Kontinuierliche Glukosemessung). Ich möchte sie keinen Tag mehr missen.

4 Ich wünsche mir allerdings dringend, dass sie zuverlässiger wird. Vor Situationen, wie Dr. Faensen
5 sie im INSULINER 98, Seite 64, schildert, bewahrt mich vielleicht mein abgrundtiefes Misstrauen.
6 Und bis zum Closed Loop vergehen bestimmt noch Jahrzehnte ...

7 Mein Gerät der Wahl ist die Medtronic Paradigm Veo. Anders als bei allen anderen Systemen ist
8 die kontinuierliche Glukosemessung hierbei in die Pumpe integriert, man braucht also nur einen
9 Apparat. Bei einem Blutzuckerwert von 60mg% (3,3mmo1/1) kann CGM die Basalrate abschalten,
10 für zwei Stunden oder bis man selber eingreift. Nächtliche Hypos werden damit unterbunden, wenn
11 alles korrekt funktioniert. Ich gehe heute mit Werten ins Bett, die mich früher vor Angst wach
12 gehalten hätten.

13 Natürlich ist CGM lästig: Noch ein technisches Hilfsmittel mehr! Noch ein Drähtchen im Bauch,
14 das man nicht spürt, das aber unbemerkt herausrutschen kann, wenn das P aster sich löst.
15 Sensorwechsel, wenn es gerade nicht passt - und vorziehen möchte man ihn nicht wegen der Kosten.
16 An rechtzeitiges Kalibrieren denken7 besonders bevor das Konzert beginnt! Freizeitverhalten
17 überdenken - schwimmen kann man damit, aber nicht in die Sauna. Man kann den Sensor
18 allerdings auch mal gar nicht erst legen.

19 Auf jeden Fall braucht CGM Zeit und Planung. Wenn ich daran denke, wie wenig Zeit und
20 Überlegung mich der Diabetes als Teenager gekostet hat, mit zwei Spritzen am Tag und ohne
21 Blutzuckerkontrolle, dennoch ohne Ärger ... Irgendwie ging es doch auch! Heute fehlt mir wohl
22 auch die damalige traumwandlerische Sicherheit. Naja, zurück zum Thema.

23 Grundsätzlich verlangt CGM zusätzlich ständiges Mitdenken, ständiges Misstrauen. Wie jede
24 Technik kann sie fehlerhaft sein. Sensoren können falsch melden. In diesem Fall werden sie von
25 Medtronic ersetzt; aber erst einmal haben sie einen fehlgeleitet.

26 Mein erster Transmitter setzte ständig aus. Bis ich merkte, dass das nicht an mir lag! Auch er
27 wurde von der Firma ersetzt. Der Transmitter kann auch nicht durch menschliches Gewebe funken,
28 wenn man z.B. nachts darauf liegt. Die Werte innerhalb von 40 Minuten kann er aber speichern
29 und nachträglich senden, wenn die Barriere sich wegbewegt hat.

30 Die Messtechnik ist gewöhnungsbedürftig. Der Zuckergehalt der Flüssigkeit zwischen den
31 Gewebezellen, der gemessen wird, hinkt dem Blutzucker etwa 15 Minuten hinterher. Das muss man
32 einrechnen. Sinkt der BZ zu schnell, erfährt man zu niedrige Werte eventuell zu spät. Dagegen
33 kann man allerdings Vorwarnsignale setzen ich lasse z.B. bei Sensor-BZ 80 warnen, dann erwische
34 ich die Unterzuckerung ziemlich sicher vor einem tatsächlichen BZ von 50mg% (2,7mmo1/1).
35 Reagiere ich nicht, warnt das Gerät nach 20 Minuten wieder. Der zeitliche Abstand ist von mir
36 selbst gewählt. Rutscht der BZ unter 60mg% (3,3mmo1/1), schaltet die Pumpe die Basalrate für
37 zwei Stunden ab (siehe oben); dadurch steigt der BZ von allein.

38 Mit einer gewissen Messgenauigkeit muss man rechnen. Zur Not misst man daher halt mal den
39 BZ herkömmlich. Das Messgerät habe ich immer dabei. Der Ehrlichkeit halber muss ich sagen, dass
40 der Sensor meist recht hat. Allerdings nicht in Situationen, in denen mein BZ 'hängt', oben oder
41 unten; das tut er öfter. Dann merkt der Sensor manchmal nicht, wenn der BZ sich wieder in



B. Textbeispiele

Text #55

- 42 Bewegung setzt. Immerhin piekse ich heute halb so oft wie früher,
 43 Die Werte von Dr. Faensen kann ich auch nicht erklären; aber 169 / 189mg% (9,4 / 10,5mmo1/1)
 44 würde ich tolerieren. In diesem Bereich macht es keinen Unterschied.
- 45 Ich habe es längst aufgegeben, alles erklären zu wollen. Tägliche Aufzeichnungen und Durchdenken
 46 des Geschehens haben aber dazu geführt, dass mir die Reaktionen des Sensors meist erklärlich sind,
 47 zumindest im Nachhinein - und beim nächsten Mal bedacht werden können. Schöne Theorie Echt
 48 abschreckend:
- 49 Der Preis. Und den müssen die meisten CGMler selber zahlen.
- 50 Was mich an CGM festhalten lässt: Wann und wo immer ich will, zeigt mir ein Blick auf die
 51 Pumpe, wo der BZ steht und vor allem, wohin er sich bewegt (mit Korrektur im Kopf für die letzte
 52 Viertelstunde). Und dann korrigiere ich halt. Wem fällt heute schon auf, wenn jemand mit dem
 53 Handy hantiert? Oder einen Schluck aus der Limo asche nimmt?
- 54 Genauer als mit jeder anderen Messmethode kann ich verfolgen, was passiert, wenn ..., darauf
 55 reagieren und daraus lernen. So habe ich z.B. gelernt, wie unverhältnismäßig wichtig bei mir der
 56 Spritz-Ess-Abstand ist, den ich seit Anwendung des schnell wirkenden Insulinanalogons Humalog
 57 für über üssig hielt, und wie enorm groß der Unterschied zwischen Lesen und Im-Garten-Buddeln
 58 ist. Früher habe ich halt alles mit höheren Grundwerten abgedeckt. Ob das dem Körper so gut
 59 getan hat?
- 60 Die stete Kontrolle (deren Ergebnisse ich ja niemandem mitteilen muss) samt Aufzeichnungen
 61 bringen mich auch zu kleinen Korrekturen, die ich früher einfach gelassen hätte. Das zahlt sich aus,
 62 wie jede/r weiß, der /die schon mal abnehmen wollte.
- 63 Und, ich gebe zu, die bunten Kurven, die. im PC aus meinen Werten entstehen, spornen meinen
 64 Ehrgeiz an, sie zu optimieren. Bei etwa 280 Werten pro Tag sind es nämlich echte Kurven, nicht
 65 Vermutungen, wie bei 7 x Blutzucker messen.
- 66 Eine amerikanische Studie aus dem Jahr 2008* bestätigt meine Erfahrung: CGM bringt nur
 67 wirklich etwas, wenn man die
- 68 * The Juvenile Diabetes Research Foundation Continuous Glucose Monitoring Study Group N Engl
 69 J Med 2008; 359: 1464-76
- 70 Sensoren fast ununterbrochen trägt und mitdenkt. Das erklärt ein weiteres Ergebnis der Studie:
 71 Erst die Gruppe der über Fünfundzwanzigjährigen bleibt stetig genug dabei, um den HBA 1 c
 72 deutlich zu verbessern sowie die Blutzuckerschwankungen und die Hypos zu verringern.
- 73 Ich kenne durchaus Leute, die CGM auch ohne Pumpe erfolgreich nutzen. Für mich aber war ja
 74 gerade ein Kriterium für die Paradigm Veo, dass in diesem System CGM die Insulinzufuhr für eine
 75 Weile unterbrochen werden kann, wenn der 13.14 gefährlich niedrig wird. Das geht wenn man
 76 Basalinsulin gespritzt hat. Und ohne integrierte Pumpe helfen die Warnrufe des CGM-Monitors
 77 sowieso nichts, nicht, wenn es laut ist, man schläft oder gar scholl benebelt ist.
- 78 Darüber hinaus erlaubt jede Pumpe di erezierteres Reagieren als die Insulinspritze, also eine
 79 genauere Feineinstellung, die man mit CGM ja erreichen will. Es ist kein Problem, Mini-



B. Textbeispiele

Text #55

- 80 Insulindosen abzugeben; man muss sich keinen Ruck geben für zusätzliches Pieksen; man kann je
81 nach Notwendigkeit die Basalrate für kürzere oder längere Zeit verändern; man kann, wenn man
82 sich seiner Rechnereien nicht mehr sicher ist, den Bolus Expert nachrechnen lassen.
- 83 Ich habe heute einen durchschnittlichen BZ von unter 140mg% (7,8mmo1/1), obwohl ich keine
84 echten Hypos habe und der BZ selten unter 70mg% (3,9mmo1/1) liegt. Das entspricht einem HbAl
85 c von 6,7%.
- 86 Vor CGM hatte ich einen HbAl c von 8,5% und drei mal wöchentlich BZ-Werte über 250mg%
87 (13,9mmo1/1), oft auch über 400mg% (22,2namo1/1). CGM scheint mir die Mühe Wert zu sein.
88 Ich habe sogar den Eindruck, dass meine Neuropathie sich langsam bessert: Die Wahrnehmung für
89 hohe BZ-Werte hat sich deutlich verbessert und die Wadenkrämpfe sind selten geworden. Aber:
90 Man darf sich nie in falscher Sicherheit wiegen! Auch die kontinuierliche Glukosemessung ist nur ein
91 HILFS-mittel. Die Verrücktheiten des Diabetes kann sie nicht ändern.
- 92 Insuliner 2012 Heft 99:78-81



B. Textbeispiele

Text #19

1 **Auch wenn dies nach meiner Lebensgeschichte aussieht, ich wollte einfach meine**
2 **Erfahrungen aus 43 Jahren mit Diabetes aufschreiben.**

3 Als ich den Diabetes bekam, war ich ein neunjähriger Junge. Meine Eltern waren total überrascht
4 und überfordert, vor allem meine Mutter. Ich hatte Glück, gleich an den Chefarzt der
5 Kinderabteilung in Oberhausen zu gelangen. Er hatte sich bereits seit 1959 für Diabetes interessiert
6 und kannte sich gut aus. Er war es auch, der mich fünf Jahre später nach einem lebensgefährlichen
7 Unfall chirurgisch behandelte. Ich hatte durch eine Unterzuckerung das Bewusstsein verloren und
8 war auf der Straße vor ein fahrendes Auto gefallen.

9 Aber ansonsten habe ich oft schlechte Erfahrungen mit Ärzten gemacht. Ich habe aber immer
10 versucht, mich durchzusetzen - wenigstens soweit es den Diabetes betraf. Einmal fragte mich ein
11 Arzt: "Wieviel BE isst Du zum Frühstück?" "4 BE", antwortete ich. "Das ist viel zu viel. Ab
12 morgen isst Du nur noch drei Scheiben Brot!"

13 Nach dem Umzug vom Rhein- ins Emsland wollte der erste Arzt gleich das Insulin absetzen und
14 mich nur mit Tabletten behandeln. Diese habe ich ihm noch am selben Nachmittag in den
15 Briefkasten geworfen. Im Emsland fragte mich der leitende Internist einer Klinik beim
16 Aufnahmegespräch: "Wieviel Gramm Kohlenhydrate bekommst Du zum Mittagessen?" Ich
17 antwortete: "60 Gramm". Auf dem Mittagstisch fand ich einen Teller mit einer ganz kleinen
18 Karto el (vielleicht eine BE). Nach diesem ersten Mittagessen verabschiedete ich mich umgehend
19 und hatte prompt eine Unterzuckerung.

20 Jahre später. Die gleiche Klinik. Die Ärzte, obwohl über meinen Diabetes informiert, wunderten
21 sich, dass ich nicht aus der Narkose aufwachen wollte. Meine spätere Schwägerin arbeitete auf
22 dieser Station. Erst nach einem Hinweis von ihr, wurde bei mir ein Blutzuckerwert von 27 mg/dl
23 (1,5 mmol/l) festgestellt. Zwischenmahlzeiten bekam ich während meines Aufenthaltes nur durch
24 eine freundliche Putzfrau, die mir sehr zugetan war. Auch an meine Insulinspritzen musste ich
25 immer erst erinnern, sonst wären sie glatt vergessen worden.

26 Mein Hausarzt sagte damals, ich müsse regelmäßig zum Blutzuckertest kommen, und mir die
27 Ergebnisse später abholen. Ich könne damit ohnehin mehr anfangen als er.

28 Mein jetziger Hausarzt ist Internist. Als ich mit meinem Diabetes eines Tages zum Diabetologen
29 ging, war er verwundert und erzürnt. Gleichzeitig erklärte er mir aber, dass er keine ambulante
30 Pumpeneinstellung vornehmen könne. Schließlich fragte er resigniert: "Woher kennen Sie diesen
31 Diabetologen eigentlich? Aus ihrer komischen Gruppe?" (Gemeint war der Deutsche Diabetiker
32 Bund.)

33 So gibt es viele Geschichten im Laufe von 43 diabetischen Jahren, die ich noch erzählen könnte -
34 doch das lesen Sie vielleicht ein anderes Mal.

35 Übrigens: Das bei meiner Frau diagnostizierte Magengeschwür ist heute meine 28jährige Tochter!
36 Autor: [anonym/ph](#); zuletzt bearbeitet: 23.05.2002

37 <http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/020523-aerzte.html>



B. Textbeispiele

Text #19

1 **Auch wenn dies nach meiner Lebensgeschichte aussieht, ich wollte einfach meine**
2 **Erfahrungen aus 43 Jahren mit Diabetes aufschreiben.**

3 Als ich den Diabetes bekam, war ich ein neunjähriger Junge. Meine Eltern waren total überrascht
4 und überfordert, vor allem meine Mutter. Ich hatte Glück, gleich an den Chefarzt der
5 Kinderabteilung in Oberhausen zu gelangen. Er hatte sich bereits seit 1959 für Diabetes interessiert
6 und kannte sich gut aus. Er war es auch, der mich fünf Jahre später nach einem lebensgefährlichen
7 Unfall chirurgisch behandelte. Ich hatte durch eine Unterzuckerung das Bewusstsein verloren und
8 war auf der Straße vor ein fahrendes Auto gefallen.

9 Aber ansonsten habe ich oft schlechte Erfahrungen mit Ärzten gemacht. Ich habe aber immer
10 versucht, mich durchzusetzen - wenigstens soweit es den Diabetes betraf. Einmal fragte mich ein
11 Arzt: "Wieviel BE isst Du zum Frühstück?" "4 BE", antwortete ich. "Das ist viel zu viel. Ab
12 morgen isst Du nur noch drei Scheiben Brot!"

13 Nach dem Umzug vom Rhein- ins Emsland wollte der erste Arzt gleich das Insulin absetzen und
14 mich nur mit Tabletten behandeln. Diese habe ich ihm noch am selben Nachmittag in den
15 Briefkasten geworfen. Im Emsland fragte mich der leitende Internist einer Klinik beim
16 Aufnahmegespräch: "Wieviel Gramm Kohlenhydrate bekommst Du zum Mittagessen?" Ich
17 antwortete: "60 Gramm". Auf dem Mittagstisch fand ich einen Teller mit einer ganz kleinen
18 Karto el (vielleicht eine BE). Nach diesem ersten Mittagessen verabschiedete ich mich umgehend
19 und hatte prompt eine Unterzuckerung.

20 Jahre später. Die gleiche Klinik. Die Ärzte, obwohl über meinen Diabetes informiert, wunderten
21 sich, dass ich nicht aus der Narkose aufwachen wollte. Meine spätere Schwägerin arbeitete auf
22 dieser Station. Erst nach einem Hinweis von ihr, wurde bei mir ein Blutzuckerwert von 27 mg/dl
23 (1,5 mmol/l) festgestellt. Zwischenmahlzeiten bekam ich während meines Aufenthaltes nur durch
24 eine freundliche Putzfrau, die mir sehr zugetan war. Auch an meine Insulinspritzen musste ich
25 immer erst erinnern, sonst wären sie glatt vergessen worden.

26 Mein Hausarzt sagte damals, ich müsse regelmäßig zum Blutzuckertest kommen, und mir die
27 Ergebnisse später abholen. Ich könne damit ohnehin mehr anfangen als er.

28 Mein jetziger Hausarzt ist Internist. Als ich mit meinem Diabetes eines Tages zum Diabetologen
29 ging, war er verwundert und erzürnt. Gleichzeitig erklärte er mir aber, dass er keine ambulante
30 Pumpeneinstellung vornehmen könne. Schließlich fragte er resigniert: "Woher kennen Sie diesen
31 Diabetologen eigentlich? Aus ihrer komischen Gruppe?" (Gemeint war der Deutsche Diabetiker
32 Bund.)

33 So gibt es viele Geschichten im Laufe von 43 diabetischen Jahren, die ich noch erzählen könnte -
34 doch das lesen Sie vielleicht ein anderes Mal.

35 Übrigens: Das bei meiner Frau diagnostizierte Magengeschwür ist heute meine 28jährige Tochter!
36 Autor: [anonym/ph](#); zuletzt bearbeitet: 23.05.2002

37 <http://www.diabsite.de/diabetes/diabetiker/stories/020523-aerzte.html>

*B. Textbeispiele*

Text #58**1 "Mit dem Diabetes leben" was heißt das für mich ?**

2 Seit 13 Jahren lebe ich mit dem Diabetes". Es ng damit an (ich war 12 Jahre alt), daß ich
3 fürchterlich dünn wurde - was ich damals ganz toll fand -, ständig trinken mußte - wodurch ich
4 dann auch Ärger mit Großmutter und Mutter bekam - und kaum vom Klo runter kam. Dann
5 stellte der Arzt fest, "das Mädchen ist zuckerkrank". Und ich wurde bedauert, meine Mutter
6 weinte, die Lehrer waren entsetzt. Und ich fand es toll, daß sich plötzlich alle um mich kümmerten
7 und sich Sorgen um mich machten; verstand aber noch gar nicht, was es bedeutet, zuckerkrank zu
8 sein. Dann kamen die Spritzen und die Diät. Auch das fand ich überhaupt nicht schlimm, denn das
9 Spritzen tat nicht weh, und mit Diät.... Süßigkeiten wurde ich in der ersten Zeit immer gut
10 versorgt.

11 Ein bißchen schlimm fand ich meine Krankheit erst, als ich an ng, Féten zu besuchen, und keiner
12 daran gedacht hatte - auch nicht meine besten Freunde/innen -, für mich Diät-Bier oder
13 Mineralwasser bereitstehen zu haben. Ich trank also normales Bier und habe mich über die
14 Rücksichtslosigkeit und Ignoranz der Leute geärgert. Immer wieder darauf hinweisen, daß ich
15 zuckerkrank bin, wollte ich nicht, weil es mir mittlerweile zuwider war, immer wieder die Feten mit
16 Gesprächen über Diabetes zu verbringen. Außerdem hatte ich Angst, jemand könne meinen, ich
17 wolle nur auf mich aufmerksam machen, mich in den Mittelpunkt rücken. Schlimm für mich war
18 auch die Erfahrung, daß andere Leute aus unserem Dorf sagten, "wer die Brunhilde mal kriegt, der
19 soll sich das lieber noch dreimal überlegen; denn er kriegt ja gleich eine kranke Frau". Ich war 16
20 Jahre alt, als ich das hörte und war ganz fertig davon. Mit 133 sagte mir eine Frau im
21 Krankenhaus: Zuckerkrank verfaulen von innen. Und ich - dumm wie ich war - habe das geglaubt,
22 und es ging mit entsprechend. Mit 17 wurde mir von einer anderen Frau gesagt "wenn ich
23 zukkerkrank wäre, würde ich mir sofort einen Strick nehmen..." Ebenfalls mit 17 bekam ich ein
24 Schreiben vom Straßenverkehrsamt, weil ich mich zum Führerscheinmachen angemeldet hatte. Es
25 sei fraglich, ob ich als Diabetikerin den Führerschein machen dürfe; meine Tauglichkeit solle vom
26 TÜV -Medizinisch-Psychologisches-Institut- untersucht werden, wurde mit geteilt. Ich habe die
27 Welt und das Leben gehaßt, nachdem ich dieses Schreiben gelesen hatte (Fragen wie: Bin ich denn
28 weniger Wert als die anderen? Warum muß mir das Leben so schwer gemacht werden ?! quälten
29 mich). Ich nahm mir vor, wenn ich den Führerschein nicht machen dürfe, eine ganze Torte zu essen
30 und mich damit umzubringen.

31 Ich durfte den Führerschein dann doch machen, mußte mich aber 1 Jahr später wieder zum
32 "Idiotentest" anmelden. Ich habe versucht, mich dagegen zu wehren. Ich habe diesen Test als
33 diskriminierend und unsinnig empfunden - zumal beim ersten Mal noch nicht einmal mein
34 Blutzucker kontrolliert wurde im übrigen konnte ich es nicht einsehen, daß mir als Diabetikerin der
35 Führerschein so teuer werden sollte - mein Leben ist so schon teuer genug -, denn für jede
36 Untersuchung mußte ich ca. 200 Mark bezahlen. Nach-dem mit angedroht wurde, mir den
37 Führerschein abzunehmen, wenn ich diesen Test nicht über ergehen lassen wolle - ob aus
38 nanziellen oder anderen Gründen -, habe ich das Geld erneut überwiesen und mich dem ca. 7-
39 stündigen Test unterzogen. 3 Jahre später (1979) dann wieder und Ende 1982 wurde mir erneut ein
40 Schreiben vom Straßenverkehrsamt zugeschickt - eine neue Au orderung, ca. 200 Mark zu
41 überweisen und mich damit zu der MP-Untersuchung anzumelden. Himmel sei Dank, habe ich



B. Textbeispiele

Text #58

44 nicht mehr in dem Landkreis gewohnt, von dem das Schreiben kam. Meine Akte wurde also an das
 45 Stadt- und Polizeiamt in Bremen (mein neuer Wohnsitz) abgegeben. Von hier bekam ich dann die
 46 Anordnung, ein ärztliches Gutachten vorzulegen. Von anderen Diabetikern erfuhr ich, daß sie nie
 47 einen Idiotentest - warum denn auch !? - über sich ergehen lassen mußten; nur ein einziges Mal -
 48 wenn überhaupt - ein ärztliches Gutachten vorlegen mußten. Da der Brief vom Stadt- und
 49 Polizeiamt Bremen äußerst unfreundlich war - ich kam mir vor wie eine Schwerverbrecherin - habe
 50 ich dem ärztlichen Gutachten einen Brief hinzugefügt, aus dem hervorgehen sollte, daß es sich bei
 51 mir um einen Menschen und nicht um eine Maschine handelt. Außerdem habe ich darum gebeten,
 52 mir Gründe dafür mitzuteilen, warum ich als Diabetikerin ständig wieder solchen Schikanen
 53 ausgesetzt werde. Die Antwort vom Stadt- und Polizeiamt war für mich sehr erfreulich: Fortan
 54 brauche ich an keinem Idiotentest mehr teilzunehmen und auch kein ärztliches Gutachten mehr
 55 vorlegen. Die Schikanen durch Straßenverkehrsbehörden haben mich sehr viel Nerven gekostet und
 56 haben sicherlich auch zu meiner nicht besonders positiven Lebenseinstellung beigetragen. Meine
 57 Lebenseinstellung geprägt haben eben-falls meine Erfahrungen als Diabetikerin in der Arbeitswelt -
 58 "Können Sie das denn überhaupt leisten?!" Schikanen aufgrund meiner Zuckerkrankheit und ein
 59 Rausschmiß aus diesem Grunde -, die Erfahrung, aufgrund meines Diabetes keine Arbeitsstelle zu
 60 bekommen. Und seitdem ich zuckerkrank bin, wurde mir immer wieder von Ärzten gesagt, und
 61 habe ich immer wieder in Büchern gelesen, daß nach 15 - 20 Jahren Diabetes die ersten
 62 Spätschäden auftreten, und daß Diabetiker sowieso nicht so alt werden.

63 Für mich heißt das, daß Angst ein fester Bestandteil meines Lebens ist, den ich zeitweise ganz gut
 64 verdrängen kann, der mich aber zeitweise auch so sehr herunterzieht, daß ich meine, ich scha e es
 65 nicht mehr, dieses eben zu ertragen. "Mit dem Diabetes leben" heißt heute für mich: Ich scha e es
 66 nicht, die vorgeschriebene Diät einzuhalten; kann aber gut mit dem Insulin umgehen, d.h. ich
 67 spritze nach, wenn ich zu viel gegessen habe, oder ich spritze weniger, wenn mein Hunger nicht so
 68 groß ist. Ich überprüfe meine Blutzuckerwerte mit Haemo-Gluco-Teststreifen und spritze
 69 entsprechend. Von Ärzten halte ich nichts; sie sind für mich nur insofern wichtig, daß ich meine
 70 Rezepte bekomme und zwischenzeitlich meine Blut- oder Augenuntersuchungen machen lassen
 71 kann.

72 Weiter heißt mit dem Diabetes leben für mich:

73 Angst vor Spätschäden, Angst vor der Zukunft in Bezug auf Arbeit und dem Gefühl der eigenen
 74 Unwichtigkeit innerhalb unserer Gesellschaft (geprägt durch meine Erfahrungen in der Arbeitswelt;
 75 immer wieder sagen müssen, daß man/frau überhaupt keine Probleme mit der Krankheit hat;
 76 Angst davor, überhaupt zu sagen, daß man/frau zuckerkrank ist ...); Ärger und Kummer mit
 77 Behörden; Probleme mit der ständigen Konfrontation mit den süßen Annehmlichkeiten (für mich
 78 Giften) unseres Lebens.

79 Als Sozialarbeiterin arbeitslos

80 24 Jahre alt seit Oktober 1980 staatlich anerkannte Sozialarbeiterin Mai 1981 bis Mai 1982
 81 Jugendp egerin in der Gemeinde Weyhe vielseitiges, engagiertes Arbeiten wird von Kollegen,
 82 Vorgesetzten und Betreuten bestätigt! "Zuschriften"
 83 Insuliner 1983 Heft 2:12-14

*B. Textbeispiele*

Text #47

1 Ich bin ich...

2 ...über mich (wen's denn interessiert)

3 Wir schreiben das Jahr 1997. Ich war 14 Jahre alt, als die Diagnose meines Hausarztes „Diabetes

4 Typ 1“ lautete. Damit konnte ich damals nicht viel anfangen. Erst in der Klinik verriet mir die

5 Krankenschwester, was mich künftig erwartet: **Sieben Mal am Tag den Blutzucker messen,**

6 **Tagebuch schreiben, keinen Zucker mehr essen und etwa vier Mal am Tag selbst das**

7 **Insulin spritzen.** Gleichzeitig hielt man mir den Diätplan vor die Nase, zeigte mir das Messgerät,

8 erklärte dessen Funktion und steckte mir die erste Einwegspritze in den Bauch, die sie vorher mit

9 Insulin aufgezogen hatten. Die Diagnose „Diabetes Typ 1“ traf mich schon wie ein Schlag ins

10 Gesicht. Obwohl ich mich manchmal sogar frage, ob ich nicht sogar mehr am Klinikaufenthalt als

11 an der Diagnose zu knabbern hatte. Nun ja: Drei Wochen war ich nun in der Klinik damit

12 beschäftigt von morgens bis abends und sogar nachts

13 • den Blutzucker zu messen,

14 • Insulin zu spritzen (was ich trotz meiner Angst, am zweiten Tag können musste),

15 • mich nach dem strengen Diätplan zu ernähren,

16 • diesen Plan und Aktivitäten wie Joggen, Fahrrad fahren etc. zu protokollieren,

17 • drüber nachzudenken, wie viele BEs die Lebensmittel haben,

18 • den Insulinbedarf danach auszurichten,

19 • ins Labor und zu Untersuchungen zu rennen und

20 • an Schulungen teilzunehmen.

21 Dabei beobachtete ich weitere Diabetes-Erkrankte in der Klinik, die blind waren, kein Bein mehr

22 hatten oder unter sonstigen Folgeschäden litten. In mir brach eine Welt zusammen. Ich gab mir

23 selbst die Schuld an der Krankheit, verstand vieles noch nicht. Wahrscheinlich lag das auch daran,

24 dass ich fast wie ein Typ-2-Diabetiker behandelt wurde und damals eben noch andere „Spielregeln“

25 galten.

26 Ärzte und Schwestern hatten kaum Zeit sich zu kümmern, die Patienten waren mindestens 30-40

27 Jahre älter als ich und überwiegend Typ-2-Diabetiker. Psychologische Hilfe wollte ich damals, im

28 pubertären Alter nicht annehmen. Meine Eltern waren verzweifelt, besorgt und litten mit. Als ich

29 endlich „freigesprochen“ und wieder aus der Klinik entlassen wurde, habe ich eigentlich mit kaum

30 jemandem außer meinen Eltern über die Krankheit gesprochen, obwohl der Diabetes damals mein

*B. Textbeispiele*

Text #47

31 Leben bestimmte: Meinen Tagesablauf habe ich von nun an von vorne bis hinten durchgeplant. Ich
32 habe mich an alle Vorgaben der Klinik strengstens gehalten. Das Essen wurde Milligramm-genau
33 abgewogen, die Essenszeiten und Zwischenmahlzeiten galt es punktgenau einzuhalten (egal, ob ich
34 Hunger hatte oder nicht) und alles wurde selbstverständlich im Diabetes-Tagebuch protokolliert. So
35 hatte ich es schließlich in der Klinik gelernt. Auf Familienfeiern gab es ab nun nicht mehr meine
36 Lieblings-Marzipan-Mohn-Torte, sondern drei Diätkekse, wenn überhaupt. Die Aufmerksamkeit war
37 mir sicher und das hat mich sehr belastet.

38

39 Dadurch kam es bei mir bald zum Kontrollzwang und zur Essstörung. Ich habe mich immer mehr
40 von meinen Freunden isoliert, habe auch eine Angststörung entwickelt und litt unter Depression.
41 Mit etwa 20 Jahren habe ich dann eine Trotzphase erreicht. Bin quasi von einem Extrem ins andere
42 verfallen. Der Diabetes hat mich nicht mehr interessiert: Blutzuckerwerte wurden nur noch selten
43 gemessen, Insulin auch mal „vergessen“. Ich habe mich so richtig hängen lassen. Doch mir wurde
44 glücklicherweise wieder schnell bewusst, dass es so nicht weitergehen konnte. Dies machten mir zu
45 dieser Zeit auch Studienfreunde klar. Ich hatte durch das Studium wieder neue Ziele vor Augen und
46 ein Stück weit zu mir selbst gefunden, denn das habe ich während der Pubertät versäumt.
47 Dank meiner Diabetologin, psychologischer Hilfe, meinem Mann und meinem Hobby, dem Sport,
48 lernte ich mich selbst wieder Wert zu schätzen und meine Leistung nicht rapide abzuwerten. Ich
49 setze mir nun immer wieder neue Ziele, sehe den Sinn im Leben dadurch wieder und mir ist
50 bewusst, dass das Leben auch schöne Seiten hat. Die Krankheit bestimmt nicht mehr mein Leben,
51 sondern ist „nur“ mein ständiger Begleiter. Letztendlich habe ich ihr auch meinen Ehrgeiz, meine
52 Motivation und Beharrlichkeit zu verdanken. Das wurde mir bewusst und so kam es zum
53 Perspektivenwechsel: Im „Schlechten liegt das Gute“ verborgen.
54 Es hat alles gedauert und heute lebe ich ganz gut mit der Erkrankung. Es ist wie es ist und so soll
55 es eben sein. Zugegeben meine Blutzuckerwerte sind nicht immer die besten, die Folgeschäden
56 machen mir auch etwas Angst und es wäre gelogen zu sagen, dass der Diabetes mir nie Probleme
57 bereitet. Aber er gehört eben dazu, hat seinen Platz eingenommen und gut ist. Vorteile hat er mir
58 ja nun auch beschert, seien es neue interessante Jobs (beispielsweise Roche, DDB, Kirchheim
59 Verlag), (insbesondere sportlicher) Ehrgeiz oder die Getränke, die ich in Konzerten einschleusen
60 durfte. Also malen wir den Teufel mal nicht an die Wand hier... ;D.
61 <http://www.diabetes-leben.com/p/ich-bin-ich.html>



C. Auszug aus der Metaphertabelle

Text#	Zeile#	Metapher
Metaphern der Maschinen und Technik		
Körper ist eine Fabrik (der Insulin herstellt)		
29#	37-38	Werden nun weitere Zellen vernichtet, reicht das von den verbleibenden Zellen <i>produzierte</i> Insulin nicht mehr aus
10#	48-49	Körpereigene Abwehrstoffe, die Antikörper, zerstören Insulin <i>produzierende</i> Zellen der Bauchspeicheldrüse
15#	106-107	eine kleine Grundfunktion der Bauchspeicheldrüse habe und diese noch ein wenig Insulin <i>herstellt</i>
34#	31	kann der Körper kein oder nicht mehr ausreichend Insulin <i>produzieren</i>
29#	32	Zellen <i>produzieren</i> das sogenannte Insulin
34#	27-29	eine fatale Ähnlichkeit mit drei Zelltypen, die in der Bauchspeicheldrüse für die Insulin <i>produktion</i> verantwortlich sind
50#	22-23	Bauchspeicheldrüse erholt sich gerade und <i>stellt</i> wieder selbst Insulin <i>her</i>
34#	147	Beim Typ 1 funktioniert dies nicht [...] im Allgemeinen dort die komplette Insulin <i>produktion</i> zerstört ist
60#	6	was mir sagen soll, daß plötzlich dieses. Organ <i>ausfällt</i>
79#	47-48	ist halt nur das Organ Bauchspeicheldrüse, das nicht so <i>funktioniert</i> wie es soll
15#	39-40	es keine oder eine unzureichende <i>Produktion</i> von Insulin gibt
45#	47	bin gesund und meine Organe sind alle noch <i>intakt</i>
Diabetes ist eine fehlerhafte Maschine		
15#	49	Diabetes ist eine Stoffwechsel <i>störung</i>
15#	49-50	Umwandlung von Kohlenhydraten zu Energie nicht mehr <i>richtig funktioniert</i>
15#	55	Organe werden angegriffen und können ihre <i>Funktion vollständig einstellen</i>
34#	56	Folge sind, daß die Verdauung zum <i>Erliegen kommt</i>
34#	74-75	Neben diesen Symptomen, die mit einiger Zuverlässigkeit bei jedem Erkrankten auftreten, kann es noch <i>spezielle Störungen</i> geben
77#	4-5	Endstation genügt: restlose Erblindung, Nieren <i>versagen</i> mit Dialyse <i>nicht</i> , Polyneuropathien <i>-innen</i> und <i>-außen</i>
47#	39	Dadurch kam es bei mir bald zum Kontrollzwang und zur <i>Essstörung</i>
15#	50-51	Folge davon ist, dass sich im Blut ein zu hoher Anteil von Zucker bildet, der <i>schwere Störungen</i> zur Folge haben kann
34#	103-104	durch Diabetes hervorgerufenen Blut <i>verfärbungen</i> treten weiter unten im Bein auf
34#	101-102	sind Durchblutungs <i>störungen</i> die Folge, die besonders auftreten in den Beinen
Symptome des Diabetes sind Energielosigkeit		
10#	64-65	hatte keine Energie mehr, hatte keinen Elan und nur noch schlapp
34#	46-47	Körper <i>kann kaum noch Energie</i> aus dem Blutzucker <i>gewinnen</i>
34#	58-60	Körper hat nun <i>keinerlei Energiezufuhr</i> mehr, der Herzschlag erhöht sich, die Atemfrequenz steigt stark an bei der geringsten körperlichen Anstrengung und nicht zuletzt sinkt die Körpertemperatur
15#	52	Später kommen weitere Symptome dazu wie <i>fehlende Leistungsfähigkeit</i> ,
Blutzucker ist eine Hebebühne		
16#	134-136	mit der dann eben die Freunde/Familie helfen können, indem sie das Glukagon spritzen und somit den Blutzucker <i>anheben</i>
34#	134-136	Sport den Blutzucker <i>senkt</i> und man sich somit eine Zusatzmahlzeit "verdienen" kann...oder eben sich einmal Spritzen ersparen kann
55#	32	<i>Sinkt</i> der BZ zu schnell, erfährt man zu niedrige Werte eventuell zu spät
01#	63	sondern ausschließlich gegen meinen <i>sinkenden</i> Blutzuckerspiegel kämpfen
Diagnose ist ein Elektroschock		
04#	3	Für meine Eltern war das damals ein <i>Schock</i>
10#	72	Ergebnis hat mich <i>geschockt</i>



C. Auszug aus der Metaphertabelle

13#	26	das war wohl der nächste <i>Schock</i>
52#	37-38	Mitteilung wirkte wie ein <i>Schock</i> auf mich
79#	4	Als ich den Diabetes bekam, war das ein <i>Schock</i> , vor allem für meine Eltern
29#	24	dass es ein jeden von Euch <i>erwischen</i> kann - mich hat es ja schon <i>erwischt</i>
DiabetikerInnen sind Automaten		
10#	99-100	wird geschult, das Insulin wird <i>auf einen Eingestellt</i> und man muss natürlich jedes Jahr zur Augenkontrolle, Fußkontrolle usw.
01#	16	Am Tag der Diagnose wurde ich auf Insulin <i>eingestellt</i>
10#	83-84	wurde auf Insulin <i>eingestellt</i>
50#	3-4	während eines 2-wöchigen Krankenhausaufenthalts wurde ich mehr schlecht als recht auf eine Insulintherapie <i>eingestellt</i>
52#	35-36	diese Maßnahme nicht zum Erfolg führte, <i>stellte</i> er mich nach kurzer Zeit auf Mischinsulin <i>ein</i>
16#	80-81	es so <i>eingestellt</i> wurde, dass ich das abends spritzen konnte, musste ich morgens in den Ferien und am Wochenende nicht mehr extra aufstehen
15#	120	<i>Regulierung</i> meiner Werte brauchte nur 3 Monate
55#	10-11	Nächtliche Hypos werden damit unterbunden, wenn alles korrekt <i>funktioniert</i>
16#	73-74	wurde ich nach einem dreiviertel Jahr noch einmal neu <i>eingestellt</i> , sprich ich habe neues Insulin bekommen
Therapieformen sind Justierungen		
16#	78-79	als ich <i>umgestellt</i> wurde (<i>auf Lantus/Glargin</i> – falls das irgendwem was sagt), musste ich mich nur noch abends spritzen
01#	82	Unmittelbar nach dem ersten Marathon 2005 <i>auf Pumpe umgestellt</i>
11#	17-18	fragte sie ob es möglich wäre, das ich mich <i>auf die Therapie umstellen</i> lassen könnte bei der man vor dem Essen spritzt und bei der man alles Essen kann
38#	32-33	<i>Stellte ich auf Semilente</i> (Schweineinsulin) und Novo Actrapid Pen 1 <i>um</i> was damals absolut Klasse war
41#	4-5	habe ich vom Langzeitinsulin <i>Lantus auf Levemir umgestellt</i>
41#	17	<i>Umstellung von Lantus auf Levemir</i> ist noch in Ordnung
52#	147	<i>Umstellung auf dieses Insulin</i> hat meine Lebensqualität um ein Vielfaches verbessert
76#	76-77	müßte auch auf diese (mir ist der Name entfallen) <i>Form umgestellt</i> werden
52#	198-199	<i>Neueinstellung auf die Insulinpumpentherapie</i> ist aufwändig, erfordert intensive Schulung sowie ein großes Engagement des Diabetikers
55#	78-79	eine genauere <i>Feineinstellung</i> , die man mit CGM ja erreichen will
72#	130-132	die eine Diabetes <i>umstellung</i> unter Alltagsbedingungen, ja sogar unter erheblicher Streßbelastung, verschärft durch Geschwindigkeitsrausch und Freudentaumel, aktiv praktizierten
Kliniken sind Werkstätten		
13#	34	sollte dann für ca. 2 Wochen <i>in eine spezielle Klinik</i> , wo ich <i>eingestellt</i> werden sollte
52#	40-41	bat ich den Hausarzt, mich stationär <i>zur Diabeteseinstellung in eine Klinik</i> einzuweisen
72#	99-100	Im Laufe der Jahre gewöhnte ich mich auch an den Gedanken, ab und zu <i>zur Einstellung ins Krankenhaus</i> gehen zu müssen
77#	13	als entgleiste Diabetikerinnen nur <i>im Krankenhaus eingestellt</i> wurden
78#	28-29	Eingestellt wurde ich damals <i>in der Fachklinik</i> für Diabetes und Sto wechselkrankheiten in Bad Lauterberg
04#	10-11	kam ich noch am selben Tag zur Insulin- <i>Einstellung</i> nach Cottbus <i>ins Carl-Thiem-Klinikum</i>
52#	166-167	suchte ich die <i>Fachklinik</i> meiner Wahl auf und wurde innerhalb von zwei Wochen auf die Insulinpumpentherapie <i>eingestellt</i>
Diabetes ist Überprüfung		
23#	37-38	bei noch nicht <i>geprüften</i> Dosierungen 2 Stunden nach der Dosierung den Blutzucker u <i>berprüft</i>
38#	5-6	kam ein Arzt auf die Idee den Blutzuckerspiegel zu <i>Überprüfen</i>
68#	3-4	müsse schließlich die eingestellte Basalrate <i>prüfen</i>
76#	87-88	wurde die momentane Insulineinstellung <i>überprüft</i>
76#	88-89	die Einstellung erst noch <i>geprüft</i> werden sollte



C. Auszug aus der Metaphertabelle

17#	31-32	jeder Kranke, der von irgendjemanden gemeldet werde, müsse natürlich <i>überprüft</i> werden
68#	3-4	müsse schließlich die eingestellte Basalrate <i>prüfen</i>
68#	7-8	die eingestellten Basalraten die richtige Dosis haben, macht man als Diabetiker einen <i>Test</i>
52#	10-11	dort erworbenen Kenntnisse samt der Reaktionen am eigenen Körper <i>zu testen</i>
52#	212-213	bei einer Mountainbiketour die Einstellung der Parameter unter sportlicher Belastung <i>zu testen</i>
52#	214-215	Somit war klar, dass mir diesbezüglich noch eine <i>Testfase</i> bevorstand
52#	70-71	Jedem Betro enen rate ich, sich zu schulen und mit zwar aufwändigen <i>Testfasen</i> den Diabetes "in den Gri " zu bekommen
57#	16	Tests wurden nur in der Arztpraxis durchgeführt
68#	14	muss der Test abgebrochen werden und am nächsten Tag wiederholt werden
68#	16	Ich hasse Basalratentests
68#	2-3	Meine Dia-Beraterin meinte beim letzten Termin zu mir, es wäre doch mal wieder Zeit für einen Basalratentest
Folgeschäden sind kaputte Gegenstände		
52#	230-231	Resignation und Gleichgültigkeit sind nicht angebracht, denn sie führen im Laufe der Jahre zu <i>nicht reparablen</i> Folgeschäden
52#	81-82	Erst im späteren Verlauf rächt sich dieses und die damit entstandenen Folgekrankheiten sind <i>nicht mehr reparabel</i>
50#	18-19	Inselzellen in Ihrer Bauchspeicheldrüse wurden durch Ihren eigenen Körper quasi zerstört und das ist leider <i>irreparabel</i>
15#	110-111	konnte unterbunden werden, aber es war zu einem <i>irreparablen</i> Schaden gekommen

Metaphern des (Theater)Spiels

Diabetes und Symptome sind ein Schauspiel

15#	34	Typ 1 ist relativ wenig verbreitet und <i>tritt</i> meist schon im Kindes- oder Jugendalter <i>auf</i>
15#	36-37	in einer Familie Diabetes vom <i>Typ 1 auftritt</i> , dann ist das Risiko für die folgenden Generationen deutlich erhöht
34#	74-75	Neben diesen Symptomen, die mit einiger Zuverlässigkeit bei jedem Erkrankten <i>auftreten</i> , kann es noch spezi sche Störungen geben
34#	24	<i>Diabetes Typ 1</i> ("Jugenddiabetes") <i>tritt</i> meistens in jungen Jahren <i>auf</i>
52#	92	bei <i>auf tretenden</i> Veränderungen mit dem Facharzt über weitere Schritte zu beraten
34#	32	eine Reihe von Symptomen, die in folge dessen <i>auf treten</i>
50#	21-22	bei Typ I oft <i>auf tretende</i> Remissionserscheinung
52#	198-199	Neueinstellung auf die Insulinpumpentherapie ist aufwändig, erfordert intensive Schulung sowie ein großes <i>Engagement</i> des Diabetikers
52#	75-76	nach zwei Wochen mit einem Lob durch die behandelnde Ärztin ob dem entgegengebrachten großen <i>Engagement</i> nach Hause entlassen wurde
79#	34-35	kenne andere, die haben Diabetes und noch einige Krankheiten mehr, die im täglichen Leben eine <i>viel grössere Rolle spielen</i>
29#	62	nicht so Schlimm wie es manch einer immer <i>vorgibt</i>
69#	190-191	scheint für sie in Bezug auf diese Vorhaben keine Rolle zu spielen, und es <i>spielt auch für mich keine Rolle mehr</i>

Blutzuckerwerte sind ein Schauspiel

52#	65-66	eventuell <i>auf tretenden</i> Unterzuckerung sofort gegensteuern zu können
52#	155-156	<i>auf tretende</i> hohe Blutzuckerwerte, die ich mir trotz korrektem Verhalten nicht erklären kann, hake ich einfach ab
52#	160-161	nächtlichen Unterzuckerungen bei denen ich die Hilfe meiner Frau benötigte wieder öfter <i>auf traten</i>



C. Auszug aus der Metaphertabelle

34#	77-78	Bei mir <i>trat dies auf</i> , wenn ich schwarzen Tee oder auch Bier getrunken hatte
Spätschäden sind ein Schauspiel		
34#	100-101	führt ein zu hoher Zucker im Blut zu Schädigungen der Gefäßinnenwände[...] alle Folgen von Gefäßerkrankungen <i>aufreten können</i>
34#	101-102	sind Durchblutungsstörungen die Folge, die besonders <i>auftreten</i> in den Beinen
34#	110-111	hier <i>treten</i> ohne Rechzeitige Behandlung gravierende Folgen <i>auf</i>
73#	4-5	jeder Diabetiker machen lassen sollte, um gegen eventuell <i>auf tretende</i> Veränderungen am Augenhintergrund schnell handeln zu könne
34#	167-169	sich doch überlegt, ob es bei den möglichen <i>Folgerscheinungen</i> von Diabetes bei falschem Blutzucker sich nicht lohnt, sich schlau zu machen über Ernährung, Sport etc
Bewältigung ist eine Theaterprobe		
14#	80-81	Wenn er nicht gut ist, dann weiß man, dass an der momentanen Einstellung noch gefeilt werden muss oder evtl. ein anders wirkendes Insulin <i>probiert</i> werden sollte
76#	50	muß es einfach <i>ausprobieren</i>
64#	41	Nach einigem <i>Ausprobieren</i> bin ich auf mentos gestoßen
01#	96	sondern auch, um Mut zu machen, es einfach zu <i>probieren</i>
29#	68-69	man sich ständig über neue Methoden und Therapien mit seinem Arzt unterhält und gegebenenfalls <i>ausprobiert</i>
51#	6 7	es fasziniert mich und ich habe Spaß daran neue Dinge <i>auszuprobieren</i>
18#	48-49	jeder Mensch ist in der Lage sich selber zu Heilen, <i>versucht</i> es, glaubt an Euch, Eure Kraft und Eure Möglichkeiten
19#	9-10	habe aber immer <i>versucht</i> , mich durchzusetzen - wenigstens soweit es den Diabetes betraf;
69#	48-49	Von allen Neujahrsvorsätzen in meinem Leben habe ich keinen wirklich durchgebracht, außer einen: mit dem 1. Januar 1987 beschloss ich, es <i>noch einmal zu versuchen</i>
71#	34-35	Als nächsten Schritt <i>versuchte</i> ich mein Arbeitsverhältnis im Vorfeld auf das eines Angestellten zu ändern
09#	49-50	habe dann im Zimmer immer heimlich an meinem Teddybären <i>geübt</i>
69#	90	trotz dieser Prognose scha te, gab mir Mut, immer Neues zu <i>versuchen</i>
27#	14-15	Aufgrund meiner schlechten Blutzuckereinstellung entschied ich im Jahr 2008, es mit einer Insulinpumpentherapie (CSII) <i>zu versuchen</i>
38#	28-29	gab damals etliche <i>versuche</i> mit den Verschiedensten Insulinen
45#	15-16	Nach einigen <i>Versuchen</i> hat es dann aber doch geklappt und es war gar nicht so schlimm wie ich dachte
Diabetes ist ein (Glücks)Spiel		
15#	84-85	kommen nun die Hilfsmittel wie Insulin als Spritze oder über Pumpe oder als Tablette <i>ins Spiel</i>
47#	24-25	Wahrscheinlich lag das auch daran, dass damals eben noch andere „ <i>Spielregeln</i> “ galten 24 25
52#	78-79	hatte ich das Gefühl es fehle an der nötigen Einsicht, dass die eigene Gesundheit <i>auf dem Spiel steht</i>
61#	2	Für technische <i>Spielereien</i> kann ich mich sehr begeistern
18#	22	<i>setzte</i> ich Zeitgleich mehrere alternative Methoden <i>ein</i>
23#	48-49	neben der Pumpenbehandlung mit Normalinsulin auch einen Pen mit Humalog <i>einsetze</i>
23#	50	auch morgens schon bei Werten ab 70 mg/dl (3,9 mmol/l) das Insulin <i>einsetze</i>
72#	21	Krankheit <i>setzte</i> bei mir im siebenten Lebensjahr <i>ein</i>
Diabetes ist ein (Sport)Wettkampf		
02#	23 24	<i>Sport</i> - kämpfen - <i>verlieren</i> - <i>gewinnen</i> und Leben mit Diabetes.
34#	46-47	Körper kann kaum noch Energie aus dem Blutzucker <i>gewinnen</i>
38#	29	keines bei mir den wirklich erwünschten <i>erfolg brachte</i>
47#	19	ins Labor und zu Untersuchungen <i>zu rennen</i>
47#	51 52	Letztendlich habe ich ihr auch meinen <i>Ehrgeiz</i> , meine Motivation und Beharrlichkeit zu verdanken



C. Auszug aus der Metaphertabelle

47#	59	(insbesondere <i>sportlicher</i>) <i>Ehrgeiz</i>
09#	13-14	habe viel getrunken und musste ständig auf die Toilette <i>rennen</i>
15#	155-156	manche Dinge tue ich bewusster als früher und freue mich auch über kleinere <i>Erfolge</i> mehr
23#	38-39	Ist das Ergebnis zufrieden stellend, wird der <i>Erfolg</i> dokumentiert
55#	63-64	ich gebe zu, die bunten Kurven, die. im PC aus meinen Werten entstehen, <i>spornen meinen Ehrgeiz</i> an, sie zu optimieren
76#	135	nach mehrmaligem <i>Tritzen</i> seiner seits habe ich den Traubenzucker gegessen
04#	43 44	Meistens hatte ich schon nach 2 Wochen meine <i>Motivation wieder verloren</i>
76#	79	würde meine Zeitfreiheit <i>verlieren</i>
29#	72-73	es einen von Euch mal tre en sollte oder bereits getro en hat, dann <i>verliert</i> nicht Eueren Lebenswillen sondern seit "froh", dass es nichts ernsteres ist
79#	45	meine Angst vor Hypos durch eine supergute Einstellung <i>verloren</i>
19#	7-8	durch eine Unterzuckerung das Bewusstsein <i>verloren</i> und war auf der Straße vor ein fahrendes Auto gefallen
52#	136	<i>Erfolg</i> stellte sich mit einem neu entwickelten Insulin ein
47#	55	Zugegeben meine Blutzuckerwerte sind nicht immer <i>die besten</i>

Metaphern des Gewichts**Technik ist eine Last**

02#	7	Seit April 2006 <i>trage</i> ich eine Insulinpumpe
04#	26 28	konnte ich mir allerdings noch nicht vorstellen, so ein Ding jemals mit mir <i>herumzuschleppen</i> – Tag für Tag und auch in der Nacht
04#	30-32	Seit 1998 <i>trage</i> ich nun eine Insulinpumpe (alle 2 Jahre gibts eine neue) und bin sehr glücklich damit hat mir bisher die Insulinpumpe erspart, denn für mich wäre das eine enorme Einschränkung, wenn
15#	135-137	ich ständig etwas <i>mit mir herumtragen müsste</i> , das auch noch ständig eine Nadel in meinem Körper hat
52#	194	muss täglich 24 Stunden am Körper <i>getragen werden</i>
55#	2-3	<i>trage</i> seit 1998 eine Pumpe und benutze seit Juli 2010 CGM (Kontinuierliche Glukosemessung)
02#	7-8	Seit April 2006 <i>trage</i> ich eine Insulinpumpe von Zeit zu Zeit in Kombination mit einem CGM-System.
52#	171-172	<i>Tragen</i> der Pumpe hat mich anfangs am meisten beschäftigt
55#	66-70	CGM bringt nur wirklich etwas, wenn man die [...] Sensoren fast <i>ununterbrochen trägt</i> und mitdenkt
16#	137-138	die meisten Diabetiker diese Spritze nicht ständig <i>mit sich tragen</i> , würde in dem Fall der Bewusstlosigkeit dann nur noch die Verständigung eines Arztes helfen
55#	13	Natürlich ist CGM <i>lästig</i> . Noch ein technisches Hilfsmittel mehr

Diabetes ist eine Belastung

51#	53 54	Habe bei einer <i>schweren</i> Unterzuckerung die Packung nicht aufbekommen.
13#	54-55	emp nde Diabetes nicht unbedingt als gefährlich, sondern ehr als <i>lästige Krankheit</i>
04#	38 39	empfand das Blutzuckermessen (immerhin mindestens 5 mal am Tag) als <i>lästig</i> und schmerzvoll
53#	31-32	Beim Gehen kündigt sich eine Hypo zum Beispiel durch <i>schwere Schritte</i> an
76#	64	Zeiten waren für mich <i>nicht leicht</i>
52#	119-120	stelle ich fest, dass die <i>Belastung</i> für Familienangehörige von Diabetikern oft bis an die Grenze des Möglichen geht
09#	79-81	Meiner Mutter kam ja nur deswegen weil Sie bei den Schwestern und bei den Ärzten dann immer erzählen konnte wie schlecht es Ihr geht und was für eine <i>Belastung</i> es ist ein krankes Kind zu haben
34#	164-165	Nach einer kurzen Zeit emp ndet man es lediglich noch als ein <i>bißchen lästig</i>



C. Auszug aus der Metaphertabelle

15#	50-51	Folge davon ist, dass sich im Blut ein zu hoher Anteil von Zucker bildet, der <i>schwere</i> Störungen zur Folge haben kann
29#	70	kommt es auf langer Sicht zu den unangenehmen und <i>schweren</i> Spätschäden
47#	36 37	Aufmerksamkeit war mir sicher und das hat mich <i>sehr belastet</i>
17#	14-15	es nicht immer einfach ist, mit der Krankheit Diabetes Typ I zu leben, werden viele Betro ene nachvollziehen können
55#	90	darf sich nie <i>in falscher Sicherheit wiegen</i>
16#	84-85	muss aber leider immer noch manchmal zugeben, dass mich das ständige spritzen schon manchmal <i>nervt</i>
13#	65-66	mich meine Krankheit wirklich mal absolut <i>annervt</i> , denke ich immer dran, was es doch für üble Krankheiten gibt
47#	40	litt <i>unter Depression</i>
72#	97-98	Menschen, die an nichts anderes, als an ihre Krankheit denken, sind erst recht einer großen <i>psychischen Belastung ausgesetzt</i>
47#	39	Dadurch kam es bei mir bald zum Kontrollzwang und zur Essstörung
79#	41-42	hat mich nach einer sehr schweren Hypo mit Bewusstlosigkeit etc. (diese hat mich wirklich sehr <i>deprimiert</i>) an die Hand genommen, mich geschult
68#	16-17	Das ist so <i>deprimierend</i>
Diabetes ist (Dis)Harmonie		
09#	30	jetzt war es ja o ziell, das etwas gesundheitlich <i>nicht mit mir stimmt</i>
25#	5-6	über den Marktplatz merke ich, dass etwas <i>nicht stimmt</i>
41#	29	Rythmus am Wochenende <i>nicht stimmen</i>
41#	21-22	immer im zwölf Stunden <i>Rhythmus</i> die Dosierungen zu injizieren
52#	31-32	hatte in der Vergangenheit im zwei jährigen <i>Rhythmus</i> die Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt
69#	15	meinen Lebensstil und <i>-rhythmus</i> werde ich ändern müssen
60#	8-9	mein Leben so zu ändern, daß es mir gut tut und ich mehr in <i>Harmonie</i> mit dieser Welt und ihren Gesetzen lebe als vorher
52#	190-191	Auf unregelmäßigen <i>Lebensrhythmus</i> kann besser reagiert werden
52#	58-59	<i>Stimmen</i> die Kriterien von Bolusinsulin und der Kohlenhydrataufnahme <i>nicht</i>
25#	11	ungewohnte Fußmarsch so aus dem <i>Rhythmus</i> gebracht
Technik, Forschung und Menschen sind Erleichterungen und Unte		
13#	40	hat mir doch alles <i>sehr erleichtert</i>
78#	16-17	Einführung der Insulinpens <i>erleichterte</i> so einiges
28#	17-18	<i>kein mühsames</i> Spritzen wenn ich unterwegs bin - einfach klasse
34#	131	führt diese Methode dazu, daß ein Typ 1-Diabetiker <i>so belastbar</i> wie jeder andere Mensch ist
15#	145-146	Diese Forschung würde eine enorme <i>Erleichterung</i> darstellen, denn damit wären keine äußeren Geräte mehr notwendig
73#	14-15	<i>unterstützt</i> mich mein Arzt besser bei der Behandlung meiner Krankheit und erinnert an fällige Untersuchungen bzw. bietet auch selbst Schulungen an
18#	37-38	<i>unterstützte mich</i> in meinem Vorhaben und machte mir immer wieder Mut an mich
Diabetes ist (psychisches) Zusammenbrechen		
76#	12	hatte meinen ersten <i>Knacks</i> schon mal weg
69#	15-17	alles klang nicht gerade verheißungsvoll, aber was mich wirklich " <i>knickte</i> ", war der Tonfall, in dem mir das alles mitgeteilt wurde
41#	39-40	kein Diabetes mehr habe, würde ich einige Sorgen weniger haben und könnte mich über anderes <i>den Kopf zerbrechen</i>
47#	22	In mir <i>brach eine Welt zusammen</i>



C. Auszug aus der Metapherntabelle

10# 79-80 Für mich *ging ne Welt* unter, für meine Eltern auch

Metaphern der Selbstwahrnehmung

Diabetes ist nicht Normalität

17# 21-22 so ein zuckerkranker *Krüppel* wie ich den Führerschein abgenommen bekommt

14# 96 Nur um so leben zu können wie „*normale*“ Menschen!

04# 44 45 Dabei will ich doch genauso alt werden, wie es *jeder normale Mensch auch* werden kann, wenn er gesund ist und auch gesund lebt

13# 46-47 Dank der super Schulungen die ich hatte, konnte ich bald wirklich wieder fast „*normal*“ leben

76# 29 Mein Mathelehrer hat irgendwie bemerkt, *daß ich nicht "normal" bin*, und fragte mich was los sei

76# 59 Von da an konnte ich wieder ein "*normales*" Leben führen

52# 152-153 Außer dem Aufwand -Blutzucker messen und Spritzen- kann ich ein *beinahe ganz normales Leben führen*

14# 17 hab getrunken wie ein *Wahnsinniger*

13# 19-20 hat sich bei mir ein Durst entwickelt...der war wirklich der *Wahnsinn*

17# 21-22 so ein *zuckerkranker Krüppel* wie ich den Führerschein abgenommen bekommt

52# 26-27 Durch mein *abnormales Verhalten* in Bezug auf Essen und Trinken [...] beobachtete ich einen ständigen Gewichtsverlust

55# 91 *Verrücktheiten* des Diabetes kann sie nicht ändern

76# 27-28 bekam Kopfweh , und dann einen Schweißausbruch und war *völlig verzweifelt*

43# 5-6 mich jedoch in den *Wahnsinn* treibt, sind diese kleinen Dinge, die der Diabetes mit mir bzw. meinem Körper macht

38# 49-50 wurde meine Exfrau gegen 08:00 wach da ich *Krampfanfälle* im Bett hatte und Schaum vorm Mund

38# 53-54 war Massivst unterzuckert und hatte folge dessen *Krampfanfälle*

73# 19-20 bei Unterzuckerungen nicht durch *Fressattacken* die restlichen Werte des Tages zu versauen

11# 31-32 Bei der man wie ein "*normaler*" Mensch auch alt werden kann

52# 153 ernähre ich mich mit den üblichen Produkten wie *jeder gesunde Mensch*

34# 166-167 Auf der Habenseite stehen dagegen viele neue Erfahrungen und das gute Gefühl, daß man ein deutlich gesünderes Leben führt als *der normale Mensch*

45# 32 kann heute alles essen wie *jeder gesunde Mensch auch*

Diabetes ist eine Strafe

76# 78 würde meine *Essfreiheit aufgeben*

76# 79 würde meine *Zeitfreiheit verlieren*

47# 28 29 ich endlich „*freigesprochen*“ und aus der Klinik entlassen wurde

47# 22 23 gab mir selbst *die Schuld* an der Krankheit

34# 26-27 *Schuld* an diesem Übel ist ein Erreger im Körper, der bisher gar nicht näher spezi ziert werden konnte

69# 8-9 erfuhr ich von meinem Huarzt, dass nicht eine Augenkrankheit an meinem Zustand *schuld* war, sondern der extrem hohe Blutzuckerspiegel

17# 30 ob die Straßenverkehrsämter nun Millionen von Diabetikern *vorladen* würden

57# 5-8 Bis auf eine Retinopathie Mitte der 80er Jahre [...] einer leichten Neuropathie bin ich bis heute von den sogenannten Folgeerkrankungen *verschont geblieben*

53# 16 Inzwischen kann ich gut *beurteilen*, wann der Hypo wieder vorüber geht

17# 37-38 noch niemals zu irgendeinem Vorfall gekommen, der so eine Behandlung einer Behörde rechtfertigen könnte



C. Auszug aus der Metapherntabelle

Diabetes ist Okkultismus		
10#	88-89	hab nur geweint und diese scheiss Krankheit <i>ver ucht</i>
04#	38	Manchmal habe ich diese Krankheit <i>ver ucht</i>
69#	41	war ganz im <i>Bann</i> der BZ-Werte in Form von Zahlen
15#	162-163	Heute bin ich halt der "Zuckerjunge" der bei Zuckermangel im Haushalt ein paar <i>Blutstropfen opfern muss</i>
69#	80-81	Spiel der Dämonen mit mir verlief immer nach dem gleichen <i>Ritual</i>
38#	37	2007 Wurde das Semilente vom Deutschen markt <i>Verbannt</i>
13#	21	war die <i>Hölle</i>
76#	152	<i>"Prophezeihungen"</i> des ersten Arztes werden wohl ho entlich nie eintreten
69#	108-111	Wie soll ein Bergsteiger, der sieben Stunden in einer Eiswand zubringt und nie mehr als eine Hand freibekommt, [...] die vielen BZ-Messungen durchführen, wo soll er plötzlich Milch oder Obstsaft <i>herzaubern</i>
14#	97	am liebsten die ganze Welt <i>ver ucht</i> .
02#	18 19	Mir ist bewusst, dass nicht alle Betro enen mit dem familiären und sozialen Umfeld so vom Glück <i>gesegnet</i> sind
25#	16-17	<i>Ungläubig</i> starre ich auf das Testergebnis - 240 mg/dl (13,3 mmol/l) - und lasse den Traubenzucker sinken
15#	62-63	<i>Irrglaube</i> , das Diabetiker keinen Zucker essen dürfen, kommt vermutlich von dem Begri "Zuckerkrankheit"
36#	26-27	<i>anhaengern des kults DIABETIS</i> ein paar ratschlaege oder tips mit dem umgang von AMTSAETZTEN bzw. Beamten gebrauchen
38#	33-34	vom ersten tag an dieses insulin bei mir <i>wunder</i> Brachte
76#	136-137	stand quasi neben mir und wußte, Du MUSST DAS JETZT ESSEN, aber <i>den Teufel</i> habe ich getan
50#	100-101	habe die Erkrankung <i>als Botschaft verstanden</i> , die mich zu neuen Ufern und Möglichkeiten für mich selbst führen soll
60#	25	Dahinter steckt das Wissen um die <i>ungeheure Macht von Gedanken und Glauben</i>

Metaphern der Revolution**Diabetes ist Wahlfreiheit**

52#	159	habe ich mich für die Insulin-Pumpentherapie <i>entschieden</i>
52#	166-167	suchte ich die Fachklinik <i>meiner Wahl auf</i> und wurde innerhalb von zwei Wochen auf die Insulinpumpentherapie eingestellt
27#	14-15	Aufgrund meiner schlechten Blutzuckereinstellung <i>entschied ich im Jahr 2008</i> , es mit einer Insulinpumpentherapie (CSII) zu versuchen
52#	123-124	<i>entschieden</i> wir uns für eine spezielle Klinik die sich ausschließlich mit Diabetikern befasst
52#	159	habe ich mich für die Insulin-Pumpentherapie <i>entschieden</i>
52#	206-207	Für welche Insulinpumpe von welchem Hersteller <i>man sich entscheidet</i> , richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen des Diabetikers
78#	27	bewegten mich im Jahr 2001 dazu, mich für eine Insulinpumpe <i>zu entscheiden</i>
02#	9 10	Es sind unendlich <i>viele Entscheidungen</i> , die ich jeden Tag und auch in der Nacht zu tre en habe um mich im gesunden Level am Leben zu halten!
52#	44-45	Klinikum <i>meiner Wahl</i> ist eine Schulungsabteilung angegliedert in der den Diabetes Patienten während spezieller Unterrichtseinheiten alles Notwendige zur Krankheit vermittelt wird
61#	13-14	sehe mich noch in der Klinik mit meiner Ausbilderin zusammen <i>vor einer großen Auswahl</i> an unterschiedlichen Modellen verzweifeln



C. Auszug aus der Metaphertabelle

38# 71-72 stand ich dann vor der frage, wie soll ich ab sofort meine Blutzuckerwerte *selbst bestimmen*

55# 35-36 zeitliche Abstand ist von mir *selbst gewählt*

Bewältigung ist ein Widerstand

47# 41 Mit etwa 20 Jahren habe ich dann eine *Trotzphase* erreicht

69# 63 Mein Arzt sah, dass er mich von meinem Vorhaben *nicht abbringen konnte*

18# 17-19 möchte ich allen Mut machen den Ärzten auch mal *zu wieder sprechen* und die Ärzte nach den reellen Ursachen zu befragen

19# 9-10 habe aber immer versucht, *mich durchzusetzen* - wenigstens soweit es den Diabetes betraf;

41# 13-14 habe ich zum wiederholten Male über seine Anordnungen *inweggesetzt* streng auf einen tiefen Blutzuckerspiegel zu achten

53# 34 muss ich die Ohren einfach *auf Durchzug stellen*

76# 59 *nicht* mehr alles *genau abgewogen*

01# 65 solch üppiges Mahl während eines Marathonlaufs *schätzen*

02# 15 16 nicht immer konform gingen mit den fachärztlichen Empfehlungen

47# 42 43 Blutzuckerwerte wurden nur noch *selten gemessen*

55# 38-39 Zur Not misst man daher halt mal den BZ *herkömmlich*

07# 15 *spritzte nach Gefühl* und aß nur wenig

Metaphern des Raums

Kliniken sind Behälter

15# 104-105 nicht sofort *in die Klinik* musste

04# 6 so musste ich also am nächsten Tag *ins Krankenhaus*

07# 17-18 sah mich schon *im Krankenhaus* oder gar im Koma

08# 5-6 fuhren mich am Glukosetropf hängend *in die nächste Klinik*

09# 63-64 war es auch nicht einfach *im Krankenhaus* für mich

10# 83 *in dieser Polyklinik* war wurde mir die Behandlung sehr gut erklärt

14# 28 hätte man mich *ins Krankenhaus* schicken müssen

14# 68 war 2 Wochen *im Krankenhaus*

16# 24-25 weniger als 5 Stunden später war *ich im Krankenhaus*, Diagnose Diabetes Mellitus Typ 1

38# 10-11 kam ich direkt *ins Winterberg Krankenhaus* nach Saarbrücken da dort eine Diabetes Kinderstation Vorhanden War

38# 17 Nach etlichen Wochen *im Krankenhaus* durfte ich dann endlich wider nach Hause

47# 4-7 Erst *in der Klinik* verriet mir die Krankenschwester, was mich künftig erwartet: Sieben Mal am Tag den Blutzucker messen, Tagebuch schreiben, keinen Zucker mehr essen und etwa vier Mal am Tag selbst das Insulin spritzen.

47# 12 Drei Wochen war ich nun *in der Klinik*

47# 21-22 beobachtete ich weitere Diabetes-Erkrankte *in der Klinik*, die blind waren, kein Bein mehr hatten oder unter sonstigen Folgeschäden litten

50# 7 *Im Krankenhaus* (es handelte sich um eine Spezialklinik für Diabetes) wurde mir Folgendes erklärt

09# 39 kam *im Krankenhaus* auch sofort *auf die Intensivstation*

11# 21-23 *in diesem Krankenhaus* gab es eine Ernährungs- und Diabetikerberaterin, die selbst von dieser Sto wechselkrankheit Diabetes betro en ist

11# 27-28 einem zwei wöchentlichen Aufenthalt *im Krankenhaus* und guter Aufklärung und Erklärung komme ich schon wunderbar klar

13# 34 sollte dann für ca. 2 Wochen *in eine spezielle Klinik*, wo ich eingestellt werden sollte

14# 42-43 Eltern durften nur bei Kindern, die unter 10 Jahren waren, *im Krankenhaus* bleiben



C. Auszug aus der Metaphertabelle

16#	54-55	glücklicher Weise, war ja <i>im Krankenhaus</i> die andere Diabetikerin, die mir dann eine Tabelle für viele andere Dinge von „After Eight“ bis „Zitronenkuchen“ mitgab
38#	53	mich ins Winterberg Klinikum brachte
47#	28 29	ich endlich „freigesprochen“ und <i>aus der Klinik</i> entlassen wurde
47#	35	schließlich <i>in der Klinik</i> gelernt
09#	37	Sie müssten mich abholen, da ich sofort <i>ins Krankenhaus</i> müsse
09#	84	Nach sechs Wochen durfte ich dann das <i>Krankenhaus verlassen</i>
52#	40-41	bat ich den Hausarzt, mich stationär zur Diabeteseinstellung <i>in eine Klinik</i> einzuweisen
69#	13-14	erfuhr ich einiges mehr über meinen neuen Lebensbegleiter: die nächsten Wochen werde ich <i>im Spital</i> zubringen müssen
69#	59-60	rief <i>in meiner Klinik an</i> , erzählte meinem Arzt, dass ich am nächsten Sonntag beim Wien-Marathon starten werde, und bat um eine Dosisanpassung
72#	79-80	sollte mit der Rettung <i>ins Krankenhaus</i> Schwaz fahren
77#	13	als entgleiste Diabetikerinnen nur <i>im Krankenhaus</i> eingestellt wurden
78#	28-29	Eingestellt wurde ich damals <i>in der Fachklinik</i> für Diabetes und Sto wechselkrankheiten in Bad Lauterberg
04#	11-12	blieb ich dann ca. 4 Wochen <i>auf der Kinderstation</i>
08#	11-12	war nur mit einem Slip und der Versicherungskart <i>auf der Aufnahmestation des Krankenhauses</i> gelandet
78#	8	Ehe ich mich versah, lag ich auch schon <i>in der Kinderklinik</i>
09#	42	wieder einigermaßen da war, kam ich <i>auf die Kinderstation</i>
04#	11-12	blieb ich dann ca. 4 Wochen <i>auf der Kinderstation</i>
14#	65	nachdem sie mich im Krankenhaus gelassen hatten

Koma ist ein Behälter

07#	17-18	sah mich schon im Krankenhaus oder gar <i>im Koma</i>
34#	60-61	am Ende nun fällt der Mensch <i>in ein Koma</i> , das sofort mit großen Dosen von Insulin behandelt werden muß
34#	61-63	eine Verzögerung von einigen Stunden kann dazu führen, daß dr Patient nicht mehr <i>aus dem Koma</i> erwacht
45#	41	<i>aus der man</i> selber auch nicht wieder erwacht
09#	22-23	da ich damals kurz <i>vor dem Diabetischen Koma</i> stand bekam ich nicht mehr so viel davon mit

Toiletten sind Behälter

14#	17	war nur noch <i>auf dem Klo</i>
09#	13-14	habe viel getrunken und musste ständig <i>auf die Toilette</i> rennen
14#	15	muß schon wieder <i>auf's Klo</i>
14#	17-18	Am liebsten <i>auf dem Topf</i> sitzen bleiben – und eine Kiste Mineralwasser vor mir
14#	14	komm <i>von der Toilette</i>
45#	36	gehe nicht wie viele andere Diabetiker dafür <i>aufs Klo</i>

Schulen sind Behälter

10#	63-64	<i>aus der Schule</i> heimkam, war es normal sich mal so 3 Stunden hinzulegen
38#	22	<i>In der Grundschule</i> hatte ich damals sehr grosse Probleme
09#	36	wieder <i>in der Schule</i> eingeschlafen
38#	22-24	Wechselte nach einem Unterzuckerungs Vorfall wo mich mein damaliger Klassenlehrer bei einem Wandertag Total Unterzuckert auf einem Feldweg Liegenlies <i>auf eine andere Schule</i> wo alles Besser wurde
72#	90	mit gemessenen Werten von 612 mg/dl ohne weiteres in die Schule ging
76#	17	verlangte meine Mutter, daß mir in der Schule ein Extraraum zur Verfügung steht wo ich testen und spritzen konnte



C. Auszug aus der Metaphertabelle

09#	36	wieder <i>in der Schule</i> eingeschlafen
10#	62-63	<i>In der Schule</i> hatte ich immer 2 Flaschen Wasser mit
10#	63-64	<i>aus der Schule</i> heimkam, war es normal sich mal so 3 Stunden hinzulegen
76#	17	verlangte meine Mutter, daß mir <i>in der Schule</i> ein Extraraum zur Verfügung steht wo ich testen und spritzen konnte
Körper ist ein Behälter		
25#	12	Fragen schwirren <i>in meinem Kopf herum</i>
69#	195	außer wir lassen die Behinderung durch unseren Kopf <i>in uns ein ießen</i>
79#	29	ab und zu den <i>Tropfen aus dem Finger</i>
29#	31-32	Unsere Bauchspeicheldrüse wird <i>von einem Feld</i> mit Insulinzellen <i>umgeben</i> (in der Regel ca. 1Mio.)
34#	56-58	Zu sich genommene Nahrung <i>kommt nur noch "oben" raus</i> , kurze Zeit später sogar die Flüssigkeit, die aufgenommen wird
55#	13-14	Noch ein Drächtchen <i>im Bauch</i> , das man nicht spürt, das aber unbemerkt herausrutschen kann, wenn das P aster sich löst
55#	51-52	mit Korrektur <i>im Kopf</i> für die letzte Viertelstunde
69#	84-86	ließen sie alle nur möglichen Gefahren und Komplikationen <i>durch meinen Kopf schwirren</i> , was mich immer wieder unsicher machte
47#	45	durch das Studium wieder neue Ziele <i>vor Augen</i> 45
47#	7	Gleichzeitig hielt man mir den Diätplan <i>vor die Nase</i> 7
01#	34	Humalog – das aber immer noch vier Stunden <i>in meinen Körper vorhält</i>
52#	10-11	dort erworbenen Kenntnisse samt der Reaktionen <i>am eigenen Körper</i> zu testen
09#	40-41	man <i>mich erst einmal an eine</i> Infusion <i>legte</i> um die fehlende Flüssigkeit <i>auf zu füllen</i>
09#	41-42	über einen Perfuser mir direkt Insulin <i>in die Vene laufen ließen</i>
10#	66	bekam ich plötzlich <i>an der Hüfte</i> einen furchtbar schmerzenden Ausschlag
15#	135-137	hat mir bisher die Insulinpumpe erspart, denn für mich wäre das eine enorme Einschränkung, wenn ich ständig etwas mit mir herumtragen müsste, das auch noch ständig eine Nadel <i>in meinem Körper hat</i>
10#	77	habe nie falsch gegessen [...] süßes <i>in mich reingestopft</i> oder ähnliches
Blutzuckerwerte be nden sich in einem Raum		
41#	13-14	habe ich zum wiederholten Male über seine Anordnungen inweggesetzt streng auf <i>einen tiefen</i> Blutzuckerspiegel zu achten
50#	46	mein Blutzucker zwar auch nach dem Essen <i>schön unten blieb</i>
34#	69	Normalerweise sollte der Wert um die 6% und <i>darunter liegen</i>
53#	34-35	HbA1c-Wert belief sich in all den Jahren erst einmal <i>unter 7%</i>
15#	98-99	Langzeitwert, der HbA1C, lag bei 10,1 % und sollte eigentlich <i>unterhalb</i> von 6 % sein
14#	36-37	hat mich sofort an ihrem Gerät den Blutzuckerspiegel messen lassen, weil die Anzeichen darauf hinwiesen, dass er wohl zu hoch war
15#	96	Werte waren damals <i>relativ hoch</i>
41#	5-6	andererseits ist mein Blutzuckerspiegel wieder <i>angestiegen</i> , HbA1c-Wert von 7.6% auf 8.6%
10#	85-86	Kohlenhydrate auch Zucker sind und den <i>Spiegel so in die Höhe treiben</i>
34#	36-38	Jetzt fehlt dieses Insulin, der Blutzucker <i>steigt zwangsläufig an</i> und kann nur noch über den Harn ausgeschieden werden
52#	116	ohne einen <i>Anstieg</i> des Blutzuckers <i>befürchten zu müssen</i>
14#	78-79	zwischen den Blutzuckerkontrollen <i>zu hohe</i> Werte hat
13#	61	mich wirklich <i>ziemlich mies fühle</i> , wenn meine Werte <i>zu hoch</i> , oder zu niedrig sind
15#	50-51	im Blut ein <i>zu hoher</i> Anteil von Zucker bildet, der schwere <i>Störungen zur Folge haben kann</i>
14#	38	er war <i>zu hoch!</i> viel <i>zu hoch</i>



C. Auszug aus der Metaphertabelle

14#	36-37	hat mich sofort an ihrem Gerät den Blutzuckerspiegel messen lassen, weil die Anzeichen darauf hinwiesen, dass er wohl <i>zu hoch war</i>
15#	120-121	Danach war mein Langzeitwert wieder <i>in der Norm</i> und lag bei etwa 6 bis 6,5 %
15#	121-122	die normalen Werte, die ich selber messe liegen mittlerweile wieder <i>im Rahmen des Normalen</i>
52#	115-116	sich der Blutzuckerwert <i>im unteren Bereich</i> [...] be ndet
15#	122-123	laut meinem Arzt sollte der Blutzucker tagsüber <i>zwischen</i> 120 und 150 mg/l liegen
76#	142-143	Alles war <i>im Normalbereich</i>
76#	122-123	fast sämtliche Meßwerte <i>im Bereich</i> von 80 bis 150 mg /dl
52#	151	Ergebnis ist für einen Diabetiker <i>in einem guten Bereich</i>
16#	125-126	<i>zu niedrigen</i> Blutzuckerspiegel habe, soll ich immer total anders werden
25#	19-20	bei einem schnellen Blutzuckerabfall
53#	12-13	jede <i>tiefe</i> Hypoglykämie <i>hängt mir noch Stunden oder tagelang nach</i>
53#	19-20	War der BZ <i>sehr niedrig</i> [...] drückt sich das <i>Nachhängen in allgemeiner Schwäche</i> aus

Internet ist ein Behälter für Informationen

52#	236-237	ndet <i>im</i> Internet lückenlos Informationen zu allen Themen
15#	27-28	kann mittlerweile auch viele Informationen <i>im</i> Internet dazu nden
16#	57	gibt <i>im</i> Internet auch viele dieser Tabelle
78#	34-35	berichte ich <i>auf www.mein-diabetes-blog.de</i> regelmäßig über Diabetes
78#	39-40	habe ich bereits <i>auf www.mein-diabetes-blog.de</i> berichtet
38#	81-82	deshalb habe ich nach einer anderen Möglichkeit gesucht, meine Blutzuckerwerte Verwalten zu können und bin <i>im Internet</i> Fündig geworden
38#	97-99	erwähnen sei noch eine Informations- Plattform <i>im Internet</i> die Sehr gute Infos über alle Diabetes Typen sowie Neuheiten Rund um den Diabetes bietet
51#	17	Habe <i>in diesem Forum</i> schon sehr viel gelernt, gelacht und mitgeföhlt

Bewältigung ist ein Ö nungsvorgang

52#	161-162	<i>entschloss ich mich</i> einen Diabetologen aufzusuchen um ihn für meine aktuelle Situation um Rat zu fragen
52#	164-164	Nach kurzem Zögern <i>entschloss ich mich</i> , diesen Schritt zu wagen
52#	5	<i>entschloss ich mich</i> zu diesem Schritt um Betro enen und deren Angehörigen Mut zuzusprechen
69#	62	<i>fest war ich entschlossen</i> zu starten
52#	167-168	sich zu diesem Schritt <i>entschließt</i> muss sich im Klaren sein, dass viel Neues zu lernen ist
69#	68-69	sie dann später sahen, dass <i>ich entschlossen</i> war, impften sie mir zumindest die Skepsis ein
01#	71	Dieser Stand <i>erö nete</i> mir ein neues Leben mit meiner Krankheit
52#	11-12	in lockerer Folge <i>verö entlichten</i> Beiträge sind aus eigener persönlicher Erfahrung entstanden

Hilfe ist körperliche Nähe

04#	52 53	der mir mit Rat und Tat <i>zur Seite steht!!</i>
45#	42-43	In diesen Momenten sollte man dann froh sein, wenn man jemanden <i>in der Nähe hat</i> , der einem Cola oder Traubenzucker gibt oder in ganz schlimmen Fällen den Notarzt ruft
45#	9-10	In den ersten Jahren standen meine Eltern immer voll und ganz <i>hinter mir</i> und haben mir geholfen, wo sie nur konnten
53#	16-17	In diesem Fall genügt es, wenn jemand <i>bei mir ist</i> bis die Kraft zurückkehrt
76#	139-140	"Notfallration" auf dem Zimmer hatten [...] <i>in Reichweite gehabt hätten</i>
16#	113-114	ich weiß, dass ich immer entweder meine Familie oder eben meine Freunde <i>um mich habe</i> und sie sofort da wären, wenn es mir schlecht geht
52#	126	wichtig war für mich auch der <i>Kontakt</i> zu anderen <i>Betro enen</i>
73#	16-18	dieser Wert nicht durch viele Unterzuckerungen "erkauft" wurde, sondern durch die <i>enge Zusammenarbeit</i> mit meinem Diabetologen entstanden ist



C. Auszug aus der Metaphertabelle

79#	58-59	Für mich zählt dabei das Miteinander, die <i>Gemeinschaft</i> , jeder wird so angenommen, wie er/sie ist und in alle Aktivitäten. einbezogen
79#	41-42	hat mich nach einer sehr schweren Hypo mit Bewusstlosigkeit etc. (diese hat mich wirklich sehr deprimiert) <i>an die Hand genommen</i> , mich geschult
Diabetes ist (k)ein Hindernis		
15#	154-155	Mittlerweile habe ich mich mit meiner Krankheit arrangiert und sie <i>behindert mich nicht mehr</i> in meinem Leben
64#	66-68	die Reise hat mir wieder gezeigt, dass man sich durch seine Krankheit <i>nicht einschränken lassen darf</i> aber eine besondere Vorbereitung wichtig ist
34#	164	mit diesen <i>Einschränkungen kann</i> ich sehr gut leben
72#	12	von einer ohnehin nur <i>beschränkten</i> Lebenserwartung hören zu müssen
69#	184-185	Diabetes wird sicher <i>nicht</i> mehr der Grund sein, mich von <i>etwas abzuhalten</i>
72#	135	Im Berufsleben ist mir der Diabetes eigentlich <i>nie richtig hinderlich</i> geworden
69#	98-99	Dämonen konnten nur überleben, weil ich im Diabetes eine <i>einschränkende</i> Behinderung sah
Bewusstsein ist eine räumliche Erfahrung		
09#	42	<i>wieder einigermaßen da war</i> , kam ich auf die Kinderstation
08#	7	dort nach ein paar Stunden langsam <i>wieder zu mir kam</i>
72#	77-79	Erst nachdem der Arzt gerufen ward und mir Zuckerwasser ein ößte, wobei ich ihn in die Hand biß, wurde mir besser und <i>ich kam wieder zu mir</i>
09#	38-39	schaute nur auf, ohne jegliche Reaktion, da ich <i>schon ziemlich weg war</i>
76#	136-137	<i>stand quasi neben mir</i> und wußte, Du MUSST DAS JETZT ESSEN, aber den Teufel habe ich getan
Diabetes ist Abgeschiedenheit		
78#	21-22	war man unter seinen Freunden und Schulkameraden immer <i>ein wenig der Exot</i>
76#	160-161	Anderen einen nicht wie <i>Aussätzig</i> e behandeln
76#	19	Du Dir wie ein <i>Aussätzig</i> er vorkommst
47#	39 40	Habe mich immer mehr von meinen Freunden <i>isoliert</i>
69#	106-108	werden viele Diabetiker bei so viel Aufwand auf die sportliche Aktivität verzichten, zum anderen wird der Diabetiker durch solche Regeln von vielen sportlichen Aktivitäten <i>ausgeschlossen</i>
60#	20-21	ohne Chance <i>ausgeliefert</i> krank zu fühlen und zu sein
17#	1	<i>Diskriminierung</i> wegen Diabetes
14#	87	<i>Außer</i> Christine, die darf was essen

Metaphern des Wegs**DiabetikerInnen sind eine Postsendung**

72#	50-51	legte sich auch nicht, als die Kinderärztin Diabetes feststellte und mich ins Krankenhaus <i>schickte</i>
23#	2-3	<i>schickte</i> mich mein hiesiger Augenarzt zu einer Augenklinik, um meinen Augenhintergrund unterstützt durch eine Angiographie, untersuchen zu lassen
14#	28	hätte man mich ins Krankenhaus <i>schicken</i> müssen
16#	24	<i>schickte</i> mich noch am selben Tag zu meinem Hausarzt
15#	109-110	Mein Körper hatte Antikörper <i>ausgeschickt</i> , die meine Bauchspeicheldrüse zerstörten

ÄrztInnen sind Wegziele

16#	22-23	bin ich dann <i>zur Augenärztin</i>
16#	24	<i>schickte</i> mich noch am selben Tag zu meinem Hausarzt
52#	73-74	der Gang <i>zum Hausarzt</i> notwendig
10#	66-67	bin sofort <i>zu meiner Hausärztin</i>



C. Auszug aus der Metaphertabelle

10#	74	bin ich <i>von dem Arzt direkt zu der Polyklinik</i> in Gießen gefahren worden
14#	23	meine Mutter ist gleich mit mir <i>zum Kinderarzt</i>
15#	92	ging damals <i>zum Urologen</i> wegen einer Pilzerkrankung an der Eichel
15#	94-95	Resultat war eine <i>Überweisung zum Diabetologen</i> , welcher den Verdacht bestätigte: Diabetes und das auch gleich Typ 1
13#	25-26	nächsten Tag <i>ab zum Arzt...</i> und dort habe ich dann erfahren, das ich einen Blutzuckerwert von 475 (normal ca. 80-120) hatte
10#	70	<i>ging ich am nächsten morgen hin</i>
16#	24	schickte mich noch am selben Tag <i>zu meinem Hausarzt</i>
Diabetes ist eine Zugfahrt		
69#	94-96	<i>Umstieg</i> von der konventionellen Therapie zu NIS war für all diese Aktivitäten von unschätzbarem Wert
76#	88	wollte auf Lispro <i>umsteigen</i>
77#	4-5	<i>Endstation</i> genügt: restlose Erblindung, Nierenversagen mit Dialysepflicht, Polyneuropathien -innen und -außen
38#	37-38	<i>stieg um</i> auf Levimir von Novo das ich seit dem mit einem Pen Spritze
45#	17-18	Nach nun mehr dreißig Jahren spritze ich immer noch und werde auch nicht auf eine Pumpe <i>umsteigen</i>
34#	54-56	Körper schafft es nämlich nicht mehr, den Blutzucker abzubauen, er steigt auf exorbitante Werte an, die zu einer <i>massiven Entgleisung</i> des Stoffwechsels führen
77#	13	als <i>entgleiste</i> Diabetikerinnen nur im Krankenhaus eingestellt wurden
10#	40	akute <i>Entgleisungen</i> des Stoffwechsels wie eine Unterzuckerung zu verhindern
Diabetes ist eine Autofahrt		
78#	33	die strengen Diätvorschriften von damals sind heute längst <i>überholt</i>
69#	49-50	mein Leben mit Diabetes in die von mir gewünschte <i>Richtung zu lenken</i>
34#	47	Körper muß nun seine <i>Reserven anzapfen</i>
52#	65-66	eventuell auftretenden Unterzuckerung sofort <i>gegensteuern zu können</i>
25#	8	Mit wackeligen Beinen <i>steuere</i> ich die nächste Bank an
25#	24-25	die Toiletten <i>ansteuere</i>
55#	54	Genauer als mit jeder anderen Messmethode kann ich <i>verfolgen</i> , was passiert
76#	40	dachte, es wäre ein <i>kontinuierlicher Verbrauch</i> , also, pro Stunde 2 Riegel
68#	5-6	den <i>Grundverbrauch</i> des Körpers an Insulin zu decken
Technik ist eine Wegverbesserung		
28#	1	Mit Pumpe <i>geht es einfacher</i>
78#	17-18	erlaubte mir nun <i>freier</i> mit meinen Mahlzeiten und Injektionen <i>umzugehen</i>
38#	27-28	mit dessen Hilfe das kontrollieren des Blutzuckers um vieles einfacher war und <i>schneller ging</i>
04#	32-33	Man ist viel <i>flexibler</i> , was Essenszeiten und -mengen <i>angeht</i>
Technik läuft, oder läuft nicht		
61#	22-23	wenn man sich auf dem Weg Richtung Hypo wähnt <i>geht das scheiß Ding nicht</i>
61#	23-24	sonst <i>geht es doch auch immer</i>
61#	24	Auf einmal <i>geht es gar nicht mehr</i>
61#	26	zum ersten Mal <i>gar nicht mehr ging</i>
61#	29-30	Am nächsten Morgen <i>geht trotz neuer Batterien gar nix mehr</i>
Blutzucker ist vom Weg abkommen		
40#	2	man bei Unterzucker ins Lächerliche <i>abgleiten kann</i>
55#	36	<i>Rutscht</i> der BZ unter 60mg% (3,3mmol/l)
76#	123	<i>Ausrutscher</i> durch eine Erkältung mal ausgenommen



C. Auszug aus der Metaphertabelle

23#	55-57	[...] warum bei vergleichbaren Werten an unterschiedlichen Tagen, der Blutzucker <i>entglitten ist</i>
53#	16	Inzwischen kann ich gut beurteilen, wann der Hypo wieder <i>vorüber geht</i>
Zeit ist ein Weg		
19#	33	gibt es viele Geschichten <i>im Laufe von 43 diabetischen Jahren</i>
52#	230-231	Resignation und Gleichgültigkeit sind nicht angebracht, denn sie führen <i>im Laufe der Jahre</i> zu nicht reparablen Folgeschäden
53#	29	Symptome für die Wahrnehmung einer Hypoglykämie verändern sich <i>im Laufe der Jahre</i>
72#	89	<i>im Laufe der Jahre</i> ereilten mich noch viele Hypoglykämien und auch deren Gegenteil
72#	99-100	<i>Im Laufe der Jahre</i> gewöhnte ich mich auch an den Gedanken, ab und zu zur Einstellung ins Krankenhaus gehen zu müssen
14#	82	<i>Im Lauf der Zeit</i> sammelt man positive und negative Erlebnisse mit Diabetes
18#	5-7	<i>Im Laufe der Jahre</i> hat sich alles zum negativen gewandelt so das ich zum Schluss zwölf mal am Tag verschiedene Insuline spritzen musste und acht mal den Zuckerspiegel kontrollieren musste
34#	29	<i>Im Laufe vieler Jahre</i> zerstören die Antikörper also körpereigene Zellen

Metaphern der Arbeit**Diabetes ist Arbeit**

69#	50	war auch bereit, einiges <i>dafür zu tun</i>
34#	171-172	Lohn für den höheren <i>Aufwand</i> mit dem Essen erhält man sofort
10#	94	<i>machte</i> ich eine Kur in Bensheim/ Winterkasten
69#	106-108	werden viele Diabetiker <i>bei so viel Aufwand</i> auf die sportliche Aktivität verzichten, zum anderen wird der Diabetiker durch solche Regeln von vielen sportlichen Aktivitäten ausgeschlossen
52#	238	Sollten Sie <i>Betro</i> ener sein, warten Sie nicht, <i>packen Sie es an</i>
52#	168-170	Um die Funktionen der Pumpe im Verbund mit dem Blutzuckermessgerät [...] zu beherrschen, ist viel <i>Fleißarbeit erforderlich</i>
52#	152-153	Außer dem <i>Aufwand</i> -Blutzucker messen und Spritzen- kann ich ein beinahe ganz normales Leben führen
52#	198-199	Neueinstellung auf die Insulinpumpentherapie ist <i>aufwändig, erfordert</i> intensive Schulung sowie ein großes Engagement des Diabetikers
52#	171-172	Tragen der Pumpe hat mich anfangs am <i>meisten beschäftigt</i>
52#	69-70	zeigt sich der Aufwand der Diabetiker Schulung der sich auf jeden Fall lohnt und bald zur Routine wird
52#	51	Behandlung ist etwas aufwändiger, dafür bin ich bei den Mahlzeiten <i>exibler</i>
52#	216-218	Bei dieser Tour war die von mir <i>erarbeitete Einstellung</i> so gut, dass auch der Diabetologe zufrieden war
11#	15-16	zeigte ihr meine Zuckerkurven die ich die letzten 3 Wochen <i>angefertigt habe</i>
55#	87	CGM scheint mir die <i>Mühe Wert zu sein</i>
47#	12	<i>beschäftigt</i> von morgens bis abends und sogar nachts
38#	25-26	<i>machte</i> 1986 selbst eine Schulung in Kaiserslautern damit ich selbst lernte mit den Spritzen umzugehen
52#	209	Insulinpumpen- <i>Workshop</i> in Bad Boll
52#	218-219	bot er mir an, bei einem <i>Workshop</i> über Pumpentherapie unter sportlicher Belastung <i>mitzuwirken</i>
52#	223-224	Auch mir hat die <i>Mitwirkung</i> bei diesem <i>Workshop</i> große Freude bereitet
14#	80-81	Wenn er nicht gut ist, dann weiß man, dass an der momentanen Einstellung noch <i>gefeilt</i> werden muss oder evtl. ein anders wirkendes Insulin probiert werden sollte



C. Auszug aus der Metaphertabelle

76#	112-113	finde daher, wenn man sich mit der Materie <i>gut beschäftigt</i> , kann man auch ohne Arzt seine Insulineinstellung selbst anpassen
10#	75-75	soviel neues auf mich zukam und ich sowieso erstmal <i>überfordert</i> war mit der Situation
Diabetes ist selbstständige Arbeit		
76#	151	man vernünftiger informiert ist, kann man sehr wohl seine Einstellung <i>selber machen</i>
09#	46-47	Beim zweiten mal als ich im Schwesternzimmer war verlangte man das ich es <i>alleine machen sollte</i>
76#	107-108	ich es die nächste Zeit zu Hause <i>selber machen mußte</i>
15#	103-104	wurde eingewiesen wie ich das <i>selber machen muss</i>
23#	10-11	das meiste muss ich doch <i>selbst machen</i>
10#	87-88	brauchte ich noch 1 Stunde, bis <i>ich mich selbst spritzen konnte</i>
16#	80-81	es so eingestellt wurde, dass <i>ich</i> das abends <i>spritzen konnte</i> , musste ich morgens in den Ferien und am Wochenende nicht mehr extra aufstehen
Diabetes ist arbeiten lassen		
13#	48	habe <i>es machen lassen</i>
29#	52	regelmäßiges Blutbild <i>machen lassen</i>
14#	27-28	hat <i>er</i> bei mir einen Urintest <i>gemacht</i>
76#	133-134	Mein Freund hat daraufhin, gegen meinen Willen einen <i>BZ Test gemacht</i> und ein Wert von 32 mg/dl gemessen
15#	93-94	Signal <i>für meinen Arzt</i> weitere Untersuchungen <i>zu machen</i>
73#	4-5	jeder Diabetiker <i>machen lassen sollte</i> , um gegen eventuell auftretende Veränderungen am Augenhintergrund schnell handeln zu könne
Diabetes ist ein Beruf		
77#	2-3	Meine <i>Karriere</i> als Diabetikerin ist exakt so gelaufen, wie sie weder laufen soll noch muss: in einen Abgrund
41#	1	<i>Kündigung</i> des Diabetes mellitus
34#	134-136	Sport den Blutzucker senkt und man sich somit eine Zusatzmahlzeit " <i>verdienen</i> " kann...oder eben sich einmal Spritzen <i>ersparen</i> kann
34#	171-172	<i>Lohn</i> für den höheren Aufwand mit dem Essen <i>erhält</i> man sofort
34#	173-174	Was <i>winkt</i> ist eine hohe Lebensqualität im Alter und eine beachtliche Lebenserwartung
Diabetes ist Anpassung		
69#	15	meinen Lebensstil und -rhythmus werde ich <i>ändern</i> müssen
69#	57-58	Gefühlsmäßig wusste ich, dass ich etwas an meiner Insulinmenge <i>ändern</i> musste
41#	18	ich aber <i>ändern</i> muss ist der Abstand der Injizierung
04#	34	die Insulindosis viel flexibler dem tatsächlichen Bedarf <i>anpassen</i> ...
69#	59-60	rief in meiner Klinik an, erzählte meinem Arzt, dass ich am nächsten Sonntag beim Wien-Marathon starten werde, und bat um eine <i>Dosisanpassung</i>
76#	112-113	finde daher, wenn man sich mit der Materie gut beschäftigt, kann man auch ohne Arzt seine Insulineinstellung selbst <i>anpassen</i>
13#	62-63	wer fühlt sich schon gerne so, wenn er selber was an diesem Zustand <i>ändern kann</i>
Bewältigung ist Arbeit		
18#	37-39	arbeitete ich nun täglich an mir, ein sehr guter Freund hilf mir ebenfalls mit seiner Methode weiter und unterstützte mich in meinem Vorhaben und <i>machte mir immer wieder Mut</i> an mich, mein Kraft und an mein Können zu glauben
01#	90	Diabetikern <i>Mut machen</i>
01#	96	sondern auch, <i>um Mut zu machen</i> , es einfach zu probieren
13#	63-64	ich ihm mit diesem Bericht etwas <i>Mut machen</i> kann



C. Auszug aus der Metaphertabelle

18#	17-19	möchte ich allen <i>Mut machen</i> den Ärzten auch mal zu wieder sprechen und die Ärzte nach den reellen Ursachen zu befragen
07#	15	versuchte <i>das Beste aus der Situation zu machen</i>
23#	45-46	ich alles gern dokumentiere, habe ich dazu noch <i>eine Datei aufgebaut</i> , die durch Verknüpfungen ohne weiteres Zutun diese Werte übernimmt
76#	157	weiter meine <i>positiven Erfahrungen mache</i>
16#	17	wollte ich nun auch meinen <i>Beitrag dazu leisten</i>
52#	16-17	Disziplin, Wissen und eigener Wille dazu beitragen eine gute Lebensqualität zu erreichen um Folgeschäden weitestgehend zu vermeiden
52#	223	<i>Beitrag</i> eines Betro enen eine Bereicherung war und sehr gut angekommen ist

Metaphern des Kriegs

Diabetes ist Krieg

10#	48-49	Körpereigene abwehrstoffe, die Antikörper, <i>zerstören Insulinproduzierende Zellen</i> der Bauchspeicheldrüse
15#	55	Organe werden <i>angegriffen</i> und können ihre Funktion vollständig einstellen
15#	54	Bekommt man die Überzuckerung nicht in den Griff, drohen <i>schwere Schäden</i>
15#	109-110	Mein Körper hatte Antikörper ausgeschiedt, die <i>meine Bauchspeicheldrüse zerstörten</i>
29#	34-35	unsere Antikörper loslegen um die Viren, Organismen usw. <i>zu bekämpfen</i> , erkennen sie diese Insulinzellen nicht als körpereigene Zellen an und zerstören diese ebenfalls
29#	36-37	die Hälfte dieser Zellen <i>gekillt worden sind</i> ist man bereits am Zucker erkrankt
29#	37-38	Werden nun weitere Zellen <i>vernichtet</i> , reicht das von den verbleibenden Zellen produzierte Insulin nicht mehr aus
34#	29	Im Laufe vieler Jahre <i>zerstören</i> die Antikörper also körpereigene Zellen
34#	86-87	erst ab 80% <i>zerstörter</i> Insulinzellen die Symptome spürbar werden
34#	147	Beim Typ 1 funktioniert dies nicht [...] im Allgemeinen dort die komplette Insulinproduktion <i>zerstört</i> ist
09#	12	<i>Ich habe es überlebt</i> , doch habe nach 30 Jahren immer noch Schwierigkeiten damit
15#	35-36	Ursachen sind sehr unterschiedlich, jedoch hat sich durch die Jahre herausgestellt, dass es meist genetische <i>Schäden</i> oder Vererbung ist.
10#	50-51	Entzündung und vor allem die <i>Zerstörung dieser Zellen</i> schreitet über viele Jahre voran, ohne dass der Betro ene etwas davon merkt
34#	30-31	mehr als 80% der Insulin produzierenden Zellen <i>müssen zerstört sein</i>
50#	18-19	Inselzellen in Ihrer Bauchspeicheldrüse wurden durch Ihren eigen Körper quasi <i>zerstört</i> und das ist leider irreparabel
50#	24-25	dachte, die Inselzellen <i>wurden zerstört</i> - was denn nun - sind sie jetzt doch reparabel
25#	21-23	Unterschied <i>merke ich nur</i> , wenn die Symptome bei hohen Zuckerwerten relativ schnell wieder verschwinden und mir etwas später im Gegensatz zur Unterzuckerung nicht kalt wird

Bewältigung ist Kampf mit ÄrztInnen und Behörden

57#	25-26	Wer erinnert sich an den <i>Kampf mit den Ärzten</i> , die diese Streifen nicht verschreiben wollten bzw. durften
57#	26-27	<i>Auseinandersetzungen</i> mit den Krankenkassen, die die Kosten dafür nicht übernommen haben
76#	88	wollte auf Lispro umsteigen, was mir aber <i>verwehrt</i> wurde
28#	20-21	Viele Hausärzte <i>weigern</i> sich heute noch, so eine Pumpe zu verschreiben, da sie sehr teuer ist
36#	50-51	moechte ich, wenn moeglich von euch wissen, ob ihr zufaellig schon einmal das selbe mit den behoerden gehabt habt und wie ihr <i>dagegen vorgegangen</i> seit



C. Auszug aus der Metaphertabelle

DiabetikerInnen sind eine Zielscheibe

77#	53	ja gerade mich würde es <i>tre en</i>
77#	55-56	niemand anderes als mich würden <i>sie tre en</i>
09#	12	<i>Ich habe es überlebt</i> , doch habe nach 30 Jahren immer noch Schwierigkeiten damit
34#	108	Andere <i>betro ene Regionen</i> sind die Augen
77#	12	Diagnose <i>traf mich</i> 1978
52#	30-31	Feststellung hat mich <i>getro en</i> wie ein Keulenschlag
29#	72-73	es einen von Euch mal <i>tre en sollte</i> oder bereits <i>getro en</i> hat, dann verliert nicht Eueren Lebenswillen sondern seit "froh", dass es nichts ernsteres ist
47#	9 10	Diagnose „Diabetes Typ 1“ <i>traf mich</i> schon wie ein <i>Schlag ins Gesicht</i> 9 10
34#	100-101	führt ein zu hoher Zucker im Blut <i>zu Schädigungen</i> der Gefäßinnenwände[...] alle Folgen von Gefäßerkrankungen auftreten können
29#	70	kommt es auf langer Sicht zu den unangenehmen und <i>schweren Spätschäden</i>

Unterzuckerung ist ein Kampf

53#	1	Hypoglykämie - ein <i>Kampf mit dem Körper</i>
01#	63	sondern ausschließlich gegen meinen sinkenden Blutzuckerspiegel <i>kämpfen</i>
53#	9	hat der Betro ene <i>einen Kampf mit seinem Körper durchzustehen</i>
73#	19-20	bei Unterzuckerungen nicht durch <i>Fressattacken</i> die restlichen Werte des Tages zu versauen
20#	14-15	Erstmal einen großen <i>Schuss Glukose</i> , so richtig schöner, gehorteter Zucker, hinein in die Blutbahn."
20#	2	Risikofaktor Unterzuckerung: Welcher Diabetiker <i>hat nicht damit zu kämpfen</i>
01#	20 21	konnte kaum <i>dagegen anessen</i>
01#	63 64	Insgesamt 36 BEs habe ich <i>verteilt</i>
51#	20 21	da ich in den letzten Monaten viel mit unerklärbaren Unterzuckerungen <i>kämpfe</i>

Technik ist eine Wa e

57#	13-14	in der anderen eine Art <i>Mordwerkzeug von Stechgerät</i> , das einem kleinen, zarten Kind fast die Fingerkuppe wegsprengte
06#	19	der <i>psychologischen Geheimwa e</i> des Westens nicht gewachsen
52#	94	zu Beginn eine Waage sehr <i>gute Dienste leistet</i>
40#	9	den Pen <i>scharf gemacht</i>

Metaphern der Sinne**Kliniken und Menschen sind AufklärerInnen**

19#	29-30	Gleichzeitig <i>erklärte er mir aber</i> , dass er keine ambulante Pumpeneinstellung vornehmen könne
47#	8	<i>erklärte</i> dessen Funktion
50#	7	Im Krankenhaus (es handelte sich um eine Spezialklinik für Diabetes) wurde mir Folgendes <i>erklärt</i>
10#	83	in dieser Poliklinik war wurde mir die Behandlung <i>sehr gut erklärt</i>
11#	27-28	einem zwei wöchentlichen Aufenthalt im Krankenhaus und <i>guter Aufklärung</i> und <i>Erklärung</i> komme ich schon wunderbar <i>klar</i>
47#	44-45	<i>machten mir</i> zu dieser Zeit auch Studienfreunde <i>klar</i>

Verstehen ist Sehen

11#	2	<i>gute Aufklärung</i> eines Diabetikers sehr wichtig
11#	30-31	neue Diabetiker wissen sollten das bei guter und <i>richtiger Aufklärung</i> mit Diabetes ein normales Leben möglich ist
52#	167-168	sich zu diesem Schritt entschließt <i>muss sich im Klaren sein</i> , dass viel Neues zu lernen ist



C. Auszug aus der Metaphertabelle

69#	26-27	konnte mir kein Arzt <i>klarlegen</i> , warum ich mit diesen so geliebten Freizeitbeschäftigungen als Diabetiker nun schlechter zu Rande kommen sollte
15#	101-102	Erst Monate später <i>wurde mir klar</i> , das meine erhöhte Agressivität und Ungeduld auch eine Folge des zu hohen Zuckerwertes waren
01#	25 26	Intensiver Ausdauersport, das <i>wurde mir sehr schnell klar</i> , schien unmöglich!
16#	114-115	mir wirklich in dem Augenblick <i>klar geworden</i> , was wirklich passieren kann
38#	59-60	genaue Auslöser von Diabetes Mellitus nahezu <i>unaufgeklärt</i>
51#	20 21	da ich in den letzten Monaten viel mit <i>unerklärbaren</i> Unterzuckerungen kämpfe
52#	155-156	auftretende hohe Blutzuckerwerte, die ich mir trotz korrektem Verhalten <i>nicht erklären</i> kann, hake ich einfach ab
38#	47-48	Aus <i>unerklärlichen gründen</i> stand ich wie Gewohnt gegen 07:00 Uhr auf und muss mich wieder ins Bett gelegt haben
Abstrakta und Menschen sind WegweiserInnen		
79#	42-43	<i>mir gezeigt</i> , wie es mit wenigen Handgriffen gut funktionieren kann mit der Pumpe
09#	39-40	mein Blutzucker einen so hohen <i>Wert anzeigte</i>
69#	87-89	Rückblickend betrachtet war es für mich nicht schlecht, dass mich mein Arzt durch seine wohl weit übertriebene Aussage "Sie haben keine Chance, das zu überleben!" von meinem Vorhaben abbringen wollte
55#	50-51	wo immer ich will, <i>zeigt mir ein Blick auf die Pumpe</i> , wo der BZ steht und vor allem, wohin er sich bewegt
64#	66-68	die Reise hat mir wieder <i>gezeigt</i> , dass man sich durch seine Krankheit nicht einschränken lassen darf- aber eine besondere Vorbereitung wichtig ist
47#	7	<i>zeigte</i> mir das Messgerät
01#	70	Ulrike Thurm und die IDAA <i>zeigten mir, wie's besser geht!</i>
16#	31-33	<i>hat mir gezeigt</i> , dass man auch mit Diabetes normal weiterleben kann, während die Ärzte einen das Gegenteil glauben machen wollten..
01#	90-91	bei den notwendigen Therapieanpassungen ein Beispiel <i>zur Orientierung</i> bieten
01#	95	Dies mache ich nicht nur, um an meinem Beispiel <i>zu zeigen</i> , wie Sport mit Diabetes möglich ist
79#	41-42	hat mich nach einer sehr schweren Hypo mit Bewusstlosigkeit etc. (diese hat mich wirklich sehr deprimiert) <i>an die Hand genommen</i> , mich geschult
55#	24-25	In diesem Fall werden sie von Medtronic ersetzt; aber erst einmal haben sie <i>einen fehlgeleitet</i>
Verstehen ist Hören		
45#	4-6	damals noch zu klein um das alles <i>wirklich richtig verstehen zu können</i> , aber für meine Eltern hieß das Stress
47#	23	<i>verstand vieles noch nicht</i>
45#	29	Heute <i>verstehe ich das natürlich alles</i> , aber als Kind fand ich das nur grausam und gemein
23#	55-57	ein Diabetiker seinem Arzt sagt, dass er es nicht verstehen könne, warum bei vergleichbaren Werten an unterschiedlichen Tagen, der Blutzucker entglitten ist
76#	144-145	kann jetzt jedenfalls auch jeden verstehen, der sagt, ich habe keine Lust mehr auf meinen Diabetes
64#	27-28	meist ging es auch gut, auch wenn nicht immer jeder verstanden hat, was Diabetes ist
Blutzucker ist Pendeln		
53#	22	Beim Auto- und Radfahren achte ich darauf, dass der BZ vorher <i>im Lot ist</i>
57#	44	Blutzucker <i>pendelte</i> um die 200 mg 96-Grenze
68#	12-13	wenn er so gut wie gar <i>nicht schwankt</i>
50#	93-94	ohne dass mein Blutzucker <i>aus dem Lot gerät</i> - ich bin guter Hoffnung, dass das irgendwann einmal wieder klappt
55#	71-72	die Gruppe der über Fünfundzwanzigjährigen bleibt stetig genug dabei, um den HBA 1 c deutlich zu verbessern sowie die <i>Blutzuckerschwankungen</i> und die Hypos zu verringern



C. Auszug aus der Metaphertabelle

68#	6-7	gibt die Insulinpumpe den ganzen Tag über kleinere Mengen an Insulin ab, um den Blutzuckerwert <i>konstant</i> zu halten
10#	93	"Lantus" was meinen Zuckerspiegel den ganzen Tag über <i>in einer Balance</i> hält
Diabetes ist Körperverletzung		
09#	44-45	packten die Hand mit der Spritze und <i>hauten Sie mir in den Bauch</i>
09#	47-49	Da ich aber Hemungen hatte zu <i>zu stechen</i> , waren Sie nach einer Weile so genervt, das Sie mir die Spritze abnahmen und Sie mir selber reinjagten
10#	71	<i>Stich</i> ins Ohrläppchen wurde mir blutabgenommen
16#	91-92	hab ich auch öfter blaue Flecken oder halt <i>Einstiche</i> der Nadel, die man sehen kann
18#	9-10	habe innerhalb eines Tages zwanzig mal <i>in meinen Körper gestochen</i> , was nicht immer schmerzfrei gewesen ist
40#	7-8	habe übrigens keine Hemmungen mich in der Ö <i>entlichkeit zu stechen</i>
55#	42	<i>piekse</i> ich heute halb so oft wie früher
55#	80	muss sich keinen Ruck geben für zusätzliches <i>Pieksen</i>
78#	19	mehrmals täglich in den Finger <i>pieken</i>
76#	132-133	Nach ca. einer Minute jedoch war ich völlig, weinerlich, habe rumgemault, und angefangen zu heulen, als ob <i>mich jemand abgestochen hätte</i>
38#	15-16	2x die Stunde ins Zimmer kam und mich mit den Brutalen kleinen Silbernen Nadeln <i>in die Finger Stach</i>
38#	19-20	kann nicht sagen wie viele Nächte tage und monate sie sich um die Ohren <i>geschlagen hatte</i>
47#	9 10	Diagnose „Diabetes Typ 1“ traf mich schon wie ein <i>Schlag ins Gesicht</i>
52#	30-31	Feststellung hat mich <i>getro en wie ein Keulenschlag</i>
45#	14-15	mir die Nadel selber <i>in das Bein zu hauen</i> war doch etwas anderes
52#	55	außer der Hemmschwelle des <i>Nadeleinstichs</i> , kein Nachteil verbunden
40#	7	ich mich im Auto <i>stechen</i> musste
78#	25-26	über die Jahre durch das häu ge Spritzen <i>in Mitleidenschaft gezogenen</i> Oberschenkel und der Bauch
04#	38 39	empfand das Blutzuckermessen (immerhin mindestens 5 mal am Tag) als lästig und <i>schmerzvoll</i>
16#	90-91	Bauch und Arm <i>tut mir zu weh</i> , auch wenn alle andern sagen, dass das erstere überhaupt nicht schmerzen kann
79#	4-5	hat das mehr <i>mitgenommen</i> als mich
Blutzucker ist eine Berührung		
16#	127	<i>merke</i> es daran, dass ich anfangs zu zittern und schwitzen
16#	131-132	wenn man halt in Bewegung oder im Stress ist, <i>merkt</i> man das gar nicht so schnell
34#	97-98	<i>merke</i> es an mir, wenn ich meinen Blutzucker messe und dabei einen sehr hohen Wert habe
36#	12	<i>merke</i> die unterzuckerungen nicht mehr so schnell wie frueher
29#	37	man <i>merkt</i> es nicht
53#	23	erste Anzeichen einer Unterzuckerung <i>bemerkbar</i> machen, halte ich sofort an
34#	86-87	erst ab 80% zerstörter Insulinzellen die Symptome <i>spürbar</i> werden
34#	96-97	ein Blutzucker von unter 300 mg/l ist für einen Menschen <i>nicht spürbar</i>
04#	38 39	<i>empfand</i> das Blutzuckermessen (immerhin mindestens 5 mal am Tag) als lästig und schmerzvoll

Metaphern des Zyklus

Diabetes ist ein Kreislauf

77#	28-29	<i>Immer</i> etwas Süßes gegen den Schock
04#	38 39	empfand das Blutzuckermessen (immerhin mindestens 5 mal <i>am Tag</i>) als lästig und schmerzvoll