



Stefan Dreßke

EMPFINDLICHE

Kopfschmerzpraktiken
zwischen Alltag und Medizin

KÖRPER

KÖR
PER
KUL
TUR
EN ::

[transcript]

Stefan Dreßke
Empfindliche Körper

KörperKulturen

Stefan Dreßke (PD Dr. rer pol.), geb. 1969, lehrt Soziologie des Alterns an der Universität Vechta. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheit, Krankheit und Behinderung, Sterbendenversorgung sowie Körper, Schmerz und Empfindlichkeit.

Stefan Dreßke

Empfindliche Körper

Kopfschmerzpraktiken zwischen Alltag und Medizin

[transcript]



The EOSC Future project is co-funded by the European Union Horizon Programme call INFRAEOSC-03-2020, Grant Agreement number 101017536

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Projekt EOSC Future.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2022 im transcript Verlag, Bielefeld

© **Stefan Dreßke**

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Lektorat: Dagmar Gild-Kristen

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-6070-8

PDF-ISBN 978-3-8394-6070-2

<https://doi.org/10.14361/9783839460702>

Buchreihen-ISSN: 2702-9891

Buchreihen-eISSN: 2702-9905

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter www.transcript-verlag.de/vorschau-download

Inhalt

1. Schmerz als Alltag und Skandal	7
2. Soziologisches zu Schmerz und Empfindlichkeit	13
2.1 Sinnstiftung, Diskurse und Arrangements	13
2.2 Interviews über Kopfschmerzen	38
3. Der alltägliche Schmerz	51
3.1 Die Ökonomie der Leidenschaften in Partnerschaften	54
3.2 Die robusten Einstellungen des alten Mittelstandes	82
3.3 Die demonstrative Ignoranz der sportlichen Studierenden	98
3.4 Die veröffentlichten Leiden der Angestellten	119
3.5 Die solidarischen Empfindlichkeitsnetze der Sozialberufe	141
3.6 Die kapitalisierte Empfindlichkeit der Selbstverwirklichung	157
3.7 Die pathologisierten Lebensprobleme der Abstiegsbedrohten	176
4. Der pathologisierte Schmerz	197
4.1 Psychosomatik: Leiden am Leben	198
4.2 Lebensentwürfe der Invalidität	220
4.3 Schmerzmedizin: Das leistungsfähige Migränegehirn	234
4.4 Krankheitsexpertise im Alltag	259
5. Empfindlichkeitsregimes	269
5.1 Empfindlichkeitserkrankungen	270
5.2 Die neue Bedeutung von Gefühl und Erleben	278
5.3 Kopfschmerzen: Erlebnisräume des Unangenehmen	292
6. Chancen und Risiken der Pathologisierung	303
Literaturverzeichnis	313

1. Schmerz als Alltag und Skandal

Die meisten Schmerzen sind so alltäglich, dass wir sie nicht einmal richtig bemerken. Häufig genug laufen sie wie ein etwas unangenehmes Hintergrundgeräusch schlicht mit. Anderen Schmerzen wiederum kommt weit mehr Aufmerksamkeit zu, denn sie verursachen starke Unannehmlichkeiten, können gar unerträglich werden, stehen Handlungen im Wege oder machen sie unmöglich. Solche Schmerzen sind ein starkes Motiv sozialer Beziehungen. Und aufgrund ihrer Lautstärke sind sie auch sehr viel leichter zu untersuchen als jene, die kaum wahrgenommen werden und deshalb in sozialen Beziehungen wohl auch nur eine Nebenrolle spielen.

Die vorliegende Studie behandelt eine sehr häufig auftretende Schmerzform – die Kopfschmerzen – zwischen beiden Extremen: dem Verschwinden im Alltag und der Skandalisierung. Analysiert werden die Bedingungen des Phänomens, dass sie von den einen ignoriert, von anderen aufmerksam beobachtet und verfolgt werden, desgleichen die Zwischenbereiche: die Metamorphosen, durch die Kopfschmerzen von einem Pol zum anderen wandern. In den Blick genommen werden vor allem die Praktiken, mit denen sie verhandelt werden, und die Semantiken, die sie als sozial geteilte Bilder konstituieren.

Obwohl meist einfach nur lästig und zudem moralisch wenig aufgeladen, haben Kopfschmerzen es dennoch geschafft, eine öffentliche Angelegenheit zu werden, die sich mit ihrer politischen und ideologischen Statur in den Alltag einwebt. Die Untersuchung ihrer Deutungen und Praktiken zeigt auf, dass Kopfschmerzen aufgrund neuer Sozialisierungsformen nicht als distinkt-lokalisierbare Empfindlichkeits- und Krankheitsdisposition, nicht als reines Gebilde für sich identifiziert werden können, vielmehr verbinden sich die Deutungen von Kopfschmerzen mit typischen Anschauungen des Körpers in Familien und sozialen Milieus sowie mit Theorien und Praktiken der medizinischen Versorgung. Ihre Normalität wie auch ihre Abweichungen werden im Zusammenspiel von alltagsweltlichen mit medizinischen Milieus festgelegt. Dabei verknüpfen sie sich mit anderen Empfindlichkeiten und Krankheiten – manchmal verschwinden sie darin, manchmal erhalten sie darin eine eigene Statur.

Zentral für die Manöver, mit denen Kopfschmerzen Gestalt annehmen, sind in den Milieus geforderte Notwendigkeiten: Man will sich als kompetentes Mitglied eines Kollektivs darstellen, sei es in der Familie, im Arbeitsteam, in der Erlebnis- und Konsumszene oder in der Patientengruppe. In solchen Gruppen herrschen typische Anforderungsprofile und Empfindlichkeitsnormen, an denen sich die eigenen Körper- und Gefühlsausdrucksformen ausrichten. Hieraus ergeben sich die strategischen Kalküle, mit denen Kopfschmerzen ins Spiel gebracht werden, indem sie als psychophysische Disposition mit Lebensentwürfen und Lebensstilen vereinbart werden. Kopfschmerzen verstecken sich daher genauso im Alltag, wie mit ihnen Ansprüche formuliert werden. Gezeigt wird, dass sie trotz ihres variantenreichen Auftretens in zeitresistenten und kollektiven Ordnungen vorliegen. Sie sind also nicht zufällig, arbiträr oder solipsistisch-subjektiv, gleichwohl sie mit solchen Eigenschaften versehen werden.

Um eine Schneise in das Dickicht der Schmerzungsformen zu schlagen, werden die Dispositionen zunächst entlang der Achse robust–empfindlich typisiert. Das allerdings ist eine sehr grobe Einteilung, denn Schmerzdeutungen und Schmerzpraktiken werden nur verstanden, wenn sie in Beziehung zu Erwerbsmilieus, Erwerbsbiografien, Sozialisierungen, Familienbiografien, Lebensentwürfen, familiären Situationen, Körperbiografien und Erfahrungen der Medikalisierung gesetzt werden. Damit erst lassen sich ihre konkreten Deutungshorizonte identifizieren und die unterschiedlichen Empfindlichkeitsniveaus verstehen.

Auf der Suche nach körper- und schmerzbezogenen Deutungen und Praktiken wurden für diese Studie 136 Personen zu ihren Schmerzen befragt, wobei die einen ihren Körper mit einer höheren, die anderen mit einer geringeren Aufmerksamkeit belegten. Auffgefallen ist, dass solche Einstellungen nicht stabil sind, sondern sich im Laufe des Lebens wandeln. In der Analyse zeigte sich dann, dass die Körperverständnisse mit veränderten Lebens- und Arbeitsumständen korrespondieren und gleichermaßen biografisch kontinuierlich sind. Die Körperaufmerksamkeit war eben nicht nur mal geringer, mal höher, sondern in spezifischer Weise in die Deutungen und Praktiken des Lebens, seines Verlaufs und des Alltags eingebettet.

Kopfschmerzen werden hier aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, zunächst als abweichende, folglich zu normalisierende Empfindung und als Alltagsphänomen, über das man in sozial geteilten Routinen und Ritualen zumeist relativierend berichtet. Sobald sie jedoch Handlungen stärker stören, werden sie dramatisiert, worauf mit Etikettierungen, Sanktionen und Kontrolle geantwortet wird. Das können Ratschläge, Trost, Ablehnung oder die Erlaubnis zum Rückzug sein. Wenn Kopfschmerzen überhand nehmen, versagen allerdings die üblichen Umgangsformen, aber auch die Eskalationen werden in typisierte Ausdrucksformen gebracht – etwa als chronische Krankheit. Entweder sind Kopfschmerzen also diskrete Missempfindungen, die in Alltagsverfahren normalisiert werden – wenn

ihnen überhaupt Aufmerksamkeit zukommt –, oder sie werden mehr oder minder stark pathologisiert und sind mit dem Anspruch auf eine Krankenrolle verbunden.

Im Gegensatz zu den meisten Körperschmerzen wie auch zu anderen Kopfschmerzarten zeigt sich die Migräne in einer proteushaften Gestalt: Sie tut nicht nur weh – und nicht einmal das muss sie –, mit ihr geht eine gesteigerte Empfindlichkeit einher, die alle Körpersinne mit einbezieht, zumal sie zusammen mit anderen Symptomen auftreten kann. Die unerschöpflichen Variationen brauchen kompetente und suggestive Darsteller, die ihren elaborierten Code beherrschen müssen, wenn die Migräne von anderen verstanden werden soll. Andere Kopfschmerzarten sind entweder alltagsnäher, wie etwa die Spannungskopfschmerzen, oder sie sind stärker medikalisiert, so wie Clusterkopfschmerzen. Aber auch hier müssen Darstellungsnormen beachtet werden. Dass man von (starken) Schmerzen überwältigt werde und ihnen dann ohnmächtig ausgeliefert sei, ist nur eine Darstellungsform unter vielen.

Die Pathologisierung ist erstens als Handlungsverlauf, zweitens als biografisches Narrativ und drittens als gesellschaftlicher Diskurs zu untersuchen: (1) Kopfschmerzen werden in einem Zeitverlauf durch Akteure hergestellt, deren Handlungen aufeinander verweisen und die sich miteinander – häufig konflikthaft – abstimmen. (2) Damit gehen sie in die Narrative der Lebensführung und der Lebensentwürfe ein und werden biografisch signifikant, indem sie das gelebte Leben repräsentieren. (3) Kopfschmerzdeutungen werden in Familien und in sozialen Milieus tradiert, speisen sich aber auch zunehmend aus gesellschaftlichen Diskursen und Metaphern, insbesondere der Medizin und der Massenmedien.

Die vorliegende Studie zeigt die sozialen Konstruktionsprozesse auf, mit denen Kopfschmerzen vergesellschaftet werden und ihre alltägliche bzw. pathologische Statur annehmen. Körperliche Belastungen und die Deutung von Kopfschmerzen als Körperschmerzen müssen sich sichtbar in den Körper einschreiben. Sie verlangen nach Praktiken der unmittelbaren und sinnlich erfahrbaren Körperzurichtung. Kopfschmerzen sind aber vorwiegend eine narrativ darzustellende Schmerzart und erfordern eine sich vom Körper distanzierende Semantik, da ihnen vielmals die Gegenständlichkeit eines Belastungsgegenübers fehlt.

Kopfschmerzen werden hier nicht als Krankheit untersucht, sondern als Teil der Beziehungen zu anderen. Mit ihnen werden je nach eigener Verortung typische Bilder, Einstellungen und Wertungen repräsentiert. Es wird zu zeigen sein, dass Kopfschmerzen nicht nur die Evidenz von biografischer Kontinuität und Diskontinuität sind, sondern darüber hinaus die Stellung in der Gesellschaft repräsentieren, ebenso moralische Haltungen, die Distinktion zu anderen Gruppen oder die Erfordernisse der Existenzsicherung, sogar Weltdeutungen und politisch-ideologische Einstellungen. Die Deutungsformen gehen also über den biomedizinischen Komplex weit hinaus, der lediglich einen Teilaspekt darstellt, welcher wiederum in andere Deutungen eingewoben wird. Es sei daran erinnert: Kopfschmerzen sind

eine Alltagserscheinung, sie können deshalb plausiblerweise nicht vollständig in medikalisiertes Denken aufgehen.

Daher soll die medizinische Behandlung hier als sozialer Sonderbereich aufgefasst werden, als eigenständige Wissens- und Praxisordnung, die von wissenschaftlichen und expertiellen Kriterien bestimmt wird, die sich von denen des Alltags unterscheiden. Zu untersuchen ist, wie sich Patienten medizinische Wissens- und Praxisbestände aneignen und mit ihren Alltagsverständnissen verknüpfen. An Forschungsergebnisse über Patientenkarrerien anschließend, ist davon auszugehen, dass je weiter Betroffene auf dem Pfad voranschreiten, der von Laienpraktiken über die allgemeinärztliche zur stationären Versorgung führt, sich desto mehr von einer Alltagsperspektive auf ihre Kopfschmerzen entfernen. Die Diskurse der Kopfschmerzpathologien bilden die Schablonen, die körperlichen Empfindungen eine institutionelle Form geben, wenn Alltagsdeutungen versagen. In dieser neuen Krankenrolle werden spezifische Empfindungen moduliert, differenziert beschrieben und von anderen Empfindungen unterschieden: Jeder und jede im Krankenkollektiv habe »seine« und »ihre« Kopfschmerzen, die die Außenstehenden nicht verstehen könnten, wird immer wieder behauptet.

Die Vervielfachung der Kopfschmerzdeutungen lässt sich unter Umständen mit der Doppelbewegung von Kollektivierung und Differenzierung erklären, die die moderne Gesellschaft kennzeichnet. Diese Doppelbewegung ist nicht gleichlaufend. So lässt sich in den Interviews erkennen, dass es unterschiedliche Schwerpunkte und Geschwindigkeiten gibt: Bei Angehörigen der gewerblichen Milieus und bei älteren Patientinnen steht noch das robuste Ertragen körperlicher Belastungen im Vordergrund, welches die traditionellen Krankheitsvorstellungen und die Einbindung ins Kollektiv widerspiegelt, während sich jüngere Patientinnen und Angestellte, deren gesteigerte Empfindlichkeiten mentale und emotionale Belastungen repräsentieren, stärker individualisiert haben. Kopfschmerzen haben aber alle. Neben Alter und Milieu sind biografische Erfahrungen und Lebensentwürfe weitere Motive für den eingeschlagenen Krankheitspfad. Mit Kopfschmerzen lässt sich biografische Kontinuität fortschreiben, oder sie werden als eine sinnvolle Option zur Optimierung biografischer Projekte herangezogen. Es gibt also Kopfschmerzszenen mit unterschiedlichen Kollektivierungs- und Differenzierungsstufen.

Die Untersuchung beginnt in Familien und Partnerschaften, wo unterschiedliche Empfindlichkeitsniveaus in den subtilen Stimmungshaushalt zu integrieren sind. Von diesem intimen Resonanzkörper ausgehend, weitet sich der Fokus auf soziale Milieus, die zum Zweck dieser Studie durch berufliche Segmente definiert werden. Dort gibt es je nach Notwendigkeiten der Erwerbsarbeit sowie der Sozialisation typische Einstellungen, in denen Schmerzen jeweils in einer sinnstiftenden Weise verhandelt werden, die Anerkennung ermöglicht und Zugehörigkeit verspricht.

Mit der zunehmenden Empfindlichkeit ist der Weg in Medizin und Therapie verbunden, wo Patientinnen und Patienten Expertentheorien zu ihren Beschwerden kennenlernen und verinnerlichen. So bieten etwa die psychosomatische Medizin und die spezialistische Schmerzmedizin Deutungen an, die ihre alltäglichen Interpretationen der Kopfschmerzen sowie bislang genutzte Schmerzpraktiken überspielen. Zurück aus den Kliniken, werden dann Alltag und Lebensentwurf entsprechend reorganisiert.

Zum Abschluss der Untersuchung werden einordnende Überlegungen angestellt und einige verallgemeinernde Aussagen getroffen. Zu diesem Zweck wird die Bedeutung von Empfindlichkeitserkrankungen als eigenständiger und dominierender Pathologie des frühen 21. Jahrhunderts herausgearbeitet, für die Kopfschmerzen ein Beispiel sind. Die neuen Vorstellungen von Krankheit werden als Reaktionen auf neue Formen der Sozialisierung von Gefühl und Erleben in der Spätmoderne angesehen, woraus sich auch ein neues Verhältnis zwischen Normalität und Abweichung ergibt.

Das vorliegende Buch präsentiert Ergebnisse des Projekts »Schmerzhandeln und Identitätsmanagement von Kopfschmerzpatienten in der medizinischen Versorgung und in Partnerschaften«, das an der Universität Kassel durchgeführt und durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert wurde. Zu danken habe ich Prof. Dr. Gerd Göckenjan als Projektleiter sowie Sina Schadow und Alexander Urban, die an der Forschung mitgearbeitet haben.

2. Soziologisches zu Schmerz und Empfindlichkeit

2.1 Sinnstiftung, Diskurse und Arrangements

Sozialisierung des Unangenehmen

Schmerzen gelten als ein zentrales Gesundheitsproblem (z.B. Deutscher Bundestag 2013, Raspe 2012, Robert-Koch-Institut 2020, 2021). Sie breiten sich immer mehr in der Bevölkerung aus, und man klagt über die vielen schlecht behandelten Patienten, deren Leiden zunehmen, und über die hohen Kosten, die sie verursachen (z.B. Schumacher und Brähler 1999, Wolff et al. 2011). In epidemiologischen Studien wird geschätzt, dass in Deutschland etwa 23 Millionen Menschen von chronischen Schmerzen betroffen sind, wovon etwa ein Viertel meint, keine adäquate Behandlung zu erhalten. (Häuser et al. 2014).

Nur eine bessere Versorgung, bessere Medikamente, mehr Öffentlichkeit und ein besseres Verständnis könnten Abhilfe schaffen, wird behauptet (z.B. Aster und Sommer 2019, Baune und Krämer 2001, BMBF 2001, Committee on Advancing Pain Research 2011, Jungk 2008, Kieselbach et al. 2016, Schäfer 2016). Der Schmerzskandal sucht seinen Platz in der Aufmerksamkeit öffentlicher Medien, der Ökonomie, der Selbsthilfegruppen und der Medizin. Die öffentliche Dauerklage von Moralunternehmern (der Verbände der Schmerzmedizin und der Patientinnen und Patienten sowie der Medienleute) führt zu professionellen und finanziellen Gewinnen und – was die Patientinnen und Patienten betrifft – zu neuen Identitäten sowie zu neuen Bewertungen ihrer Schmerzen und Rollen.

Trotz ihrer Skandalisierung besteht die wahrscheinlich noch immer häufigste Umgangsform mit Schmerzen darin, sie in den Alltag eingehen zu lassen und sich nicht weiter mit ihnen zu befassen. Man lebt mit ihnen und findet Routinen, damit fertig zu werden. Die Schmerznormalität hat ihren angestammten Platz in den mehr oder minder stillschweigend geübten Praktiken der Familien, der Arbeitsstätten und der Freizeitgemeinschaften. Kopfschmerzen werden daher zunächst als Alltagsbeschwerden untersucht, als typische unangenehme körperliche Disposition, die im Strom des Handelns auftaucht, ihn durchaus unterbrechen kann, aber mit Alltagsmitteln behoben oder gelindert werden kann. Unter Umständen

werden sie mit einem bestimmten Wert versehen, gratifizieren besondere Leistungen, oder sie sind typische Beschwerden für typische gestellte Anforderungen, wofür es dann auch keine besondere Aufmerksamkeit gibt – außer eben dass solche Beschwerden Ausdruck dafür sind, dass man zur Gruppe gehört. Insofern korrespondieren Alltagsbeschwerden nicht nur mit den typischen Belastungen, sondern sind die Einkörperung von Gruppennormen und repräsentieren Zugehörigkeit sowie die Position, die man in einer Gruppe innehat (Le Breton 2003: 121-181).

Gänzlich ignorieren lassen sich Schmerzen nicht. Sie werden in familiär tradierten Routinen verhandelt und ziehen dort in spezifischer Weise Aufmerksamkeit auf sich – als Unannehmlichkeiten, die mit Laienpraktiken bewältigt werden. Sie werden dabei gegenüber anderen durchaus in Stellung gebracht, aber eben nicht notwendigerweise als pathologische Entität. Vielmehr gehen Schmerzen in die routinemäßigen Hilfebeziehungen für unangenehme Empfindlichkeitsdispositionen ein, die verlangen, dass sie ertragen oder eben mit Ignoranz belegt werden. Natürlich gehen Leute deswegen zu Ärztinnen – schon allein um ernsthafte Erkrankungen auszuschließen. Bei gelegentlicher Einnahme von Schmerztabletten sowie bei einer nur in geringfügigem Umfang eingenommenen Krankenrolle soll ebenfalls von einem Alltagsumgang gesprochen werden, der im Wesentlichen durch Normen der Familien und der sozialen Milieus sowie durch Sozialisation und biografische Erfahrungen bestimmt ist. Nicht die Pathologie steht dabei im Vordergrund.

Die alltäglichen Deutungen von Schmerzen werden in dieser Studie als Verkörperungen sozialer Positionierungen im Geflecht sozialer Beziehungen untersucht. Wenn – wie üblicherweise in medizinischen Behandlungen und der medizinischen Vorstellungswelt – den Lebensbedingungen, biografischen Projekten, familiären Tradierungen und milieutypischen Einbindungen wenig bzw. lediglich oberflächliches Interesse eingeräumt wird, bleibt nur das Verständnis von Schmerzen als Pathologie (vgl. Le Breton 2003, Morris 1996). Das gilt auch für diejenigen soziologischen Forschungen, die Schmerz als Naturereignis sehen und die medizinische Sicht weitgehend übernehmen. Für solche Untersuchungen sind Schmerzen keine sozialen Tatsachen mit eigengesetzlichen Vergesellschaftungsprozessen, sie bleiben schlicht Krankheit. Das muss aber vermieden werden, wenn zu klären ist, wie Schmerzen von einem Alltagsphänomen zu einer Pathologie werden können.

Mit dieser Herangehensweise ist allerdings eine Schwierigkeit verbunden: Je mehr man sich mit Symptomen als Alltagserscheinungen beschäftigt, desto mehr verschwinden sie in der Lebenswelt. Mit der konstruktivistischen Wissenssoziologie (Berger und Luckmann 1969) ist damit gerade zu thematisieren, wie körperliche Symptome und deren Darstellung Gegenstände und Elemente sozialer Bindungen werden, darin eingehen und selbst zu Strukturmomenten werden, die dann ebenfalls zu untersuchen sind. Hier wird also die konzeptionelle Perspektive eingenom-

men, dass Schmerzen und deren Deutungen allein aus der Lebensgeschichte, den Lebensbedingungen und Erwartungen heraus verstehbar sind.

Schmerzen werden daher am Schnittpunkt von Anforderung, Körper und Empfindung untersucht. Dessen Deutung als Pathologie, wenngleich sie eine dominante Stellung einnimmt, ist nur eine unter vielen. Aus der Körper- und Gefühlssoziologie wissen wir, was in unterschiedlichen Ansätzen und Studien seit Marcel Mauss (1982), unter anderen durch Mary Douglas (1974: 99-123), Pierre Bourdieu (1982) und die Leibphänomenologie im Anschluss an Merleau-Ponty (vgl. Gugutzer 2012), erarbeitet wurde: dass psychophysische Dispositionen sozialen Lagerungen, Zuweisungen und Praktiken unterliegen. Ihre Modulationen und ihre Äußerungen sind eben nicht naturhaft, aber die zugrunde liegende materiell-physische Natur lässt sich auch nicht leugnen. Empfindlichkeit, Körperausdruck und das Soziale sind keine parallel verlaufenden Einbahnstraßen, vielmehr stehen sie in einem komplexen Verweisungsverhältnis zueinander: Das Spüren und der Ausdruck des Körpers gehen genauso in das Soziale ein, wie die Notwendigkeiten und Anforderungen des Sozialen den Körper formieren. Dazu gehört eben auch der Schmerz, der gespürt wird, die Normen seines Ausdrucks und die Belastungen, die ein Körper, will er Teil des Sozialen sein, auszuhalten hat.

Dafür muss immer wieder daran erinnert werden, dass Schmerz zum Leben dazugehört und deshalb auch sozialisiert, mit Alltagsdeutungen belegt und in Alltagspraktiken bewältigt wird. Mit dieser Vorgehensweise wird davon ausgegangen, dass die Art und Weise der Erfahrungen und des Umgangs mit Schmerzen und deren Deutungen in den sozialen Bindungen immer schon enthalten sind und dass überhaupt Empfindlichkeitsdispositionen in sozialen Zusammenhängen eingliedert sind. Weiterhin ist dieser Studie zugrunde gelegt, dass sich der affektive Ausdruck und die Kontrolle der Affekte im Prozess der Zivilisation zunehmend verdichten (Elias 1976). Wenn Schmerzen nicht dominierend als Pathologien betrachtet werden sollen, die als jenseits des Sozialen, also als naturhaft, aufgefasst werden, sind sie Gegenstände alltäglicher Konstruktionsprozesse. Als Elemente psychophysischer Semantiken sowie von Empfindlichkeitsdiskursen, die im Alltag verhandelt werden, gehen Schmerzen als körperliche Dispositionen in ökonomische, kulturelle und emotionale Praktiken ein, werden erfahren, gedeutet, ausgehandelt und zum Gegenstand sozialer Stratifikation. Damit sind vier Dimensionen angesprochen, die die vorliegende Untersuchung betrachtet und zu verknüpfen sucht: die strukturelle Dimension des positionierenden Schmerzes, die historisch-diskursive Dimension des gedeuteten Schmerzes, die interaktive Dimension des ausgehandelten Schmerzes sowie die leiblich-körperliche Dimension des modulierten Schmerzes.

Rollen und Positionen

Die in dieser Untersuchung aufgenommene normative Voreinstellung folgt der konventionellen Vorstellung, dass Schmerzen zwar unangenehm sind, aber nicht von vornherein schlecht, zu vermeiden und zu bekämpfen. Schmerz als Element des Empfindungskomplexes geht in die Zuweisung sozialer Positionen und sozialer Rollen ein und disponiert auf Identitäten, Fähigkeiten und Eigenschaften (Peller 2003, Zborowski 1969). Dafür sprechen schon seine sozialisatorischen Funktionen, mit denen die Normen und Erwartungen für die Ausübung sozialer Rollen inkorporiert werden. Allerdings repräsentieren die einen Schmerzen besser als die anderen das Erlernen und die Ausübung von Tätigkeiten und Funktionen. Rückenschmerzen sind eher mit körperlichen Belastungen verknüpft als Kopfschmerzen, die wiederum ziemlich gut intellektuelle, mentale oder kommunikative Leistungen anzeigen: Das Decken eines Daches geht in den Rücken, das Lösen eines kniffligen Problems bereitet Kopfzerbrechen. Die Konsequenzen, die sich aus diesen Zuweisungen ergeben, werden noch diskutiert.

Positionierungen hängen selbstverständlich nicht allein von Schmerzdeutungen ab, aber es wird nachzuweisen sein, dass mit ihnen Vergesellschaftung ausgetragen wird. Mit anderen Worten: Was als Schmerzen gespürt wird, wie die Symptome gedeutet werden und wie sie in Interaktionen eingehen, ist eingebettet in Reproduktionsbedingungen, Lebensentwürfe und Lebenschancen, zu denen Schmerzen Bezüge herstellen. Dabei geht es nicht darum, ob mehr oder weniger Schmerzsymptome auftreten, sondern um die Fähigkeit, diese zu kapitalisieren, also Schmerzen als psychophysische Elemente in Empfindlichkeitskomplexen sinnvoll einzusortieren, um daraus Gewinne zu erwirtschaften oder sie als Verlust zu verbuchen.

Im Kontext der Positionierung werden Schmerzen, ihre Ursachen und ihre Verläufe zu deuten und zu bewerten sein: als schlecht oder gut, als still zu ertragen oder als schreiende Ungerechtigkeit, als normal oder als eine Katastrophe, als erwünschtes Warnsignal für eine Krankheit oder als Krankheit selbst. Die Deutungsangebote dafür liefern die sozialen und die medizinischen Milieus. Alltagsmilieus machen in der Regel positive Deutungsangebote für Schmerzen, die dort typischerweise und fraglos zu ertragen sind. Das sind berufliche Milieus, Sportmilieus oder Geburtshäuser mit ihren stillschweigenden Gesten des Aushaltens und des Trostes sowie der Schmerzgewinne und der Schmerzverluste. Sie bilden kulturelle, auch subkulturelle Skripte bzw. verkörperte Semantiken, mit denen Schmerzen Sinn zugewiesen und Zugehörigkeit aktualisiert wird.

Die pathologisierende Deutung von Schmerzen ist durch Motive der Schmerzfremdheit und des Glücksanspruchs des modernen Menschen geleitet, die durch das institutionalisierte soziale Sicherungssystem zu gewährleisten sind. Mit der Medizin, aber auch in den täglichen Routinen ist Unangenehmes zu bekämpfen und

Angenehmes zu erreichen. Damit werden Schmerzen legitimationsbedürftig – als zu behandeln und als »wegzumachen«. Fortgesetzte Schmerzen sind ein Hemmnis auf dem Weg zum Glück. Es ist daher auch zu begründen, wenn sie ertragen werden wollen, etwa mit dem Hinweis auf besondere Leistungsfähigkeit, mit der eigene Ziele erreicht werden (vgl. Degele 2006, 2008). Ab Mitte des 20. Jahrhunderts werden sie jedenfalls zunehmend immer weniger selbstverständlich (z.B. Azoulay 2000). Schmerzdeutungen unterliegen historischen Wandlungen, die in der vorliegenden Studie allerdings nur angerissen werden.

Modulationen und Abstimmungen

Schmerzen besitzen ohne Zweifel ein materiell-physiologisches Korrelat. Das allein erklärt aber bisher nicht ihr Auftreten und ihre Formen. Die menschliche Physiologie geht in soziale Figurationen ein, wird dort interpretiert und moduliert, so wie auch andere Körperäußerungen – Schlaf, Ruhebedürfnis, Hunger, Ausscheidung, Sexualität – sozial überformt sind oder wie andere psychophysische Erscheinungen wie Liebe, Ekel oder Peinlichkeit überhaupt erst vom Sozialen motiviert werden (Gerth und Mills 1970, Hochschild 1990, Goffman 1969, Miller 1998). So lässt sich mit sozialpsychologischen Studien zeigen, dass die Reaktionen der anderen – Zuwenden oder Abweisen – den Schmerzausdruck verstärken oder abschwächen können (im Überblick: Le Breton 2003).

Schmerzen und Unwohlsein werden in der vorliegenden Studie als psychophysische Dispositionen begriffen, die genau wie andere Empfindungen als gegenseitig abzustimmendes Ausdrucksverhalten in soziale Beziehungen eingehen. Empfindungen und deren Ausdruck zeigen die Qualitäten sozialer Beziehungen an und unterliegen, da sie auf Normen beruhen, gleichzeitig strategischen Kalkülen der Interaktionspartnerinnen. Insofern ist Schmerz weder Naturgewalt noch rein subjektives Geschehen, sondern wird entsprechend einer sozialkonstruktivistischen Gefühls- und Körpersoziologie als Gegenstand von Aushandlungen und als Darstellung behandelt. Emotionen binden Leute aneinander oder trennen sie. Jedenfalls machen sie den Verpflichtungsgrad in ihren Beziehungen aus. Im gesamten Empfindungskomplex wird der Schmerzausdruck in sozialen Situationen entsprechend der vorliegenden Normen anerkannt oder abgewiesen sowie mit Sanktionen und mit Gratifikationen besetzt. In der situationsangemessenen Darstellung von Schmerzen drückt sich die Interaktionskompetenz aus. Dem entspricht die soziologische Grundannahme, dass Menschen in einer schon vorgefundenen Struktur leben, an der sie teilnehmen und die sie durch ihre Teilnahme mitstrukturieren. Erst im Miteinander werden Empfindlichkeiten in Deutungen überführt, die überhaupt verhandelbar sind.

Wenn Schmerzen nicht naturhaft vorhanden sind, müssen sie moduliert werden. Schmerzen werden nicht nur entsprechend situativer Anforderungen

dargestellt, sie werden auch im Rahmen dieser Anforderung in spezifischer Weise gespürt (z.B. Klinger 2017). Schmerzen tun nicht schlicht weh oder sind einfach nur unangenehm, sondern sie sind Missempfindungen, für die es ein reichhaltiges Vokabular und vielfältige Gesten gibt, womit sie konventionalisiert sind und zu sozial geteilten Erfahrungen werden. Im hoch verdichteten Gespräch werden Schmerzen in einem kollektiven Resonanzraum eingeschlossen, moduliert und ausgedrückt. Die Normen und Erwartungen des sozialen Austauschs leiten das Spüren des Körpers als unangenehm oder schmerzhaft an, versehen das Gespürte mit Namen und kategorisieren, typisieren und bewerten es (vgl. Brodwin 1992, Gugutzer 2012, Lindemann 2017). Auch hierbei kommt es zu Störgeräuschen, Abweichungen und Überlagerungen unterschiedlicher Empfindungen, die wiederum in Verfahren überführt werden. Die Gesamtheit des Gespürten wird in dem Komplex von Eigenleiblichkeit, körperlicher Materialität und deren Zwängen sowie in sozialen Anforderungen und den Reaktionen der anderen in symbolischen und verkörperten Semantiken verortet und prozessiert.

Untersucht werden Abstimmungen von Interessen, sozialen Lagen und sozialen Milieus sowie von Deutungen und Bewertungen, mit denen das Spüren des eigenen Körpers als Schmerzäußerungen angeleitet wird. Mit dieser Perspektive weitet sich der Blick, und die Thematisierung von Schmerzen wird unsicherer. Sie werden also nicht als pathologisches Phänomen untersucht, das immer schon Gegenstand ärztlichen Tuns ist, sondern ganz allgemein als psychophysisches Erleben gesehen, womit eben nicht sofort schon alle Deutungen und alles Handeln auf institutionelle Verfahren festgelegt sind. Es ist also zunächst offen, wie Schmerzen ausgedrückt werden und an wen sich damit gewendet wird. In den meisten Fällen bleiben sie dem Gespräch des Einzelnen mit seinem Körper vorbehalten, später werden sie im Kreis der Angehörigen oder auf den Arbeitsstellen ins Spiel gebracht, es wird die medizinische Behandlung aufgesucht und unter Umständen sozialstaatliche Transferleistungen beansprucht. Untersucht werden die jeweiligen Bedingungen und ihre Darstellungsweisen sowie die Karrieren und ihre Kontingenzen, die von einer Thematisierungsebene zur anderen führen.

Schmerzdiskurse

Anlass der vorliegenden Studie ist die Verschiebung der Schmerzdiskurse im historischen Wandel. Über Schmerz wurde sich schon immer auseinandergesetzt. Es lässt sich allerdings beobachten, dass bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts die Schmerzthematization in andere Diskurse einging und dort verschwand: in der Lebensführung, den Reglements von Haushalten, in religiösen Praktiken und Verständnissen, in der Behandlung Kranker, in der Kriegsführung, im Gerichts- und Strafwesen sowie in der Pädagogik (Foucault 1977, Le Breton 2003, Morris 1996). In diesen Diskursen ging es nie um Schmerz selbst – nie um sein Wesen, seine

Ursprünge, seine Bedeutungen an sich, sondern Schmerz ordnete sich den Kalkülen unter, in denen er kontextualisiert wurde. Es ging um Weltdeutungen und die Einordnung Einzelner in ein gesellschaftliches Gefüge, in denen Schmerzen eine Bedeutung zugewiesen wurde (vgl. Schipperges 1986, Tanner 2007).

Das änderte sich ab den 1940er-Jahren. Seitdem richtet sich der Blick zusehends auf die Bestimmungen, die Funktionen und die Verortungen der Schmerzen. Das macht sie zu einem eigenständigen Thema. Solche Versuche kulminierten zunächst in der Idee einer »Kultur der Schmerzen« (Morris 1996), mit der sie aus den Perspektiven ganz unterschiedlicher Disziplinen wie der Politik, Geschichte, Kunst, Literatur, Religion, Anthropologie, Medizin, Psychologie und Soziologie betrachtet werden (ähnlich Le Breton 2003, Schipperges 1986). Diese die Grenzen der Disziplinen überschreitenden Gesamtschauen zeigen einerseits die Vielfältigkeit der Schmerzthematisierungen, andererseits bieten sie dadurch keine kohärente Konzeptionalisierung. Für Schmerzen als »riesiges, fast ozeanisches Gebiet« (Morris 1996: 16) werden zwar die Umriss einer Seekarte erstellt, deren Untiefen und Strömungen sind allerdings noch zu erkunden. Die kürzeste, vor allem ungefährlichste Überfahrt durch diesen Ozean scheint jedenfalls noch nicht gefunden. Die Suche nach dem Wesen des Schmerzes ist somit noch nicht beendet, und es ist zu vermuten, dass dieses »Puzzle« (Melzack 1973) nie gänzlich zusammengesetzt werden wird. Schmerzen sind eben keine reine physiologische Angelegenheit, sondern unterliegen einem sozialhistorischen Wandel, für die jede Gesellschaft und jede Zeit eine andere Antwort parat hat.

Trotz aller Mahnungen (z.B. Illich 1977, Morris 2000) scheinen die öffentlichen Diskurse jedoch Schmerzen aus dem Sozialen herausoperiert zu haben und sie als gleichsam »a-sozial« zu betrachten. Zur Erkundung der weißen Flecken auf der Seekarte bzw. zum Zusammensetzen des Puzzles müssten Thematisierungen der Schmerzen also zunächst wieder disziplinar verortet werden und damit einfacher und bescheidener ausfallen, ohne metawissenschaftliche Allgemeinaussagen zu ihrem Wesen anzustreben. Die vorliegende Studie versucht einen bescheidenen Beitrag zu leisten, den Schmerz als Empfindlichkeitsdisposition in das Soziale einzufügen und das Soziale daran zu verstehen.

Für die Soziologie bietet sich die Thematisierungsebene von Normalität und Abweichung bzw. von Alltag und Skandal an. Es lässt sich zeigen, dass Schmerzen und ihre Umgangsformen erst im 20. Jahrhundert im Verhältnis von Normalität und Abweichung gesehen werden. Die Geschichte der Schmerzen zeigt, dass sie bis mindestens in die 1920er-Jahre kein wesentliches öffentliches Thema waren, vor allem waren sie kaum skandalisiert (Göckenjan 2016). Selbst die Ausschaltung der Schmerzen (und damit des Bewusstseins) durch die Narkotisierung am Operationstisch blieb eine Spezialpraxis der Chirurgen (wenngleich sie chirurgische Operationen für weite Anwendungsbereiche möglich machte, auch solche, die medizinischen und sozialen Moden geschuldet sind, vgl. Shorter 1984). Schmerz

und dessen (aus heutiger Sicht unzureichende) Bekämpfung waren vor dem 20. Jahrhundert selbstverständlicher Teil des Alltags und die Rede vom chronischen Schmerz noch in weiter Ferne, obwohl Menschen stärker als heute körperlich belastet waren und deshalb sicherlich stärker und dauerhafter an Schmerzen litten. Teilweise dienten Mittel, die heute gegen Schmerzen eingesetzt werden, ganz anderen Zwecken. Die Schmerzklage, so vorhanden, ging in das Konkrete und das Alltägliche ein. Göckenjan zeigt jedenfalls, dass die Idee der Schmerzfreiheit und des Schmerzskandals bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts nicht diskursfähig war.

Das änderte sich in den 1940er- und 1950er-Jahren vor dem Hintergrund der weltweiten Katastrophen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und der Leiden, die daraus resultierten. Versuche über den Schmerz etwa von Buytendijk (1948), Leriche (1958) sowie Sauerbruch und Wenke (1961, i.O. 1936) waren vom Zweifel an dessen Normalität und Selbstverständlichkeit motiviert. Die Grenzen zum Skandal legten die Autoren unterschiedlich fest: Während Leriche eher auf der Seite der Schmerzfreiheit stand und schon vom chronischen Schmerz schrieb (ohne allerdings die heutigen Formen der Pathologisierung zu implizieren), der eigentlich nicht hinzunehmen sei, nahm Buytendijk Schmerz zum Anlass einer Kulturkritik und konstatierte eine zunehmende Algophobie durch fehlgeleitete zivilisatorische Prozesse.

Mit diesen Thematisierungen wurde jedenfalls die Normalität der Schmerzen infrage gestellt, egal wie die Antwort darauf auch aussah. Damit war der Bann gebrochen, und eine Schmerzmedizin begann sich ab den 1940er-Jahren, ausgehend von Nordamerika, zu etablieren (Witte 2017). Mit der Institutionalisierung einer neuen Spezialisierung wurde die Grenze zwischen Normalität und Alltag auf der einen und Abweichung und Skandal auf der anderen Seite erst gezogen, und sie scheint sich immer weiter in Richtung Letzterer zu verschieben. Ziel neuer Verfahren und Sichten ist Schmerz- und Leidensfreiheit, was auf einigen Gebieten – Zahnmedizin, Geburtsmedizin und Sterbendenversorgung – schon möglich ist, womit aber auch Geburt und Sterben als existenzielle Erfahrungen pathologisiert sind (vgl. Illich 1977). Weitere Bereiche werden hinzukommen. Die Rede ist schließlich vom zertifizierten schmerzfreien Krankenhaus, der schmerzfreien Stadt oder dem Recht auf Schmerzfreiheit. Zwar werden diese Motive auch von den Fachleuten immer wieder infrage gestellt, dennoch sind sie – schon allein indem sie geäußert werden – Ausdruck davon, dass Schmerzen immer weniger toleriert werden und zunehmend auf das Gebiet der medizinisch zu behandelnden Abweichungen geschoben werden.

Die Rede vom nicht kommunizierbaren Schmerz

Mit dem hier gewählten soziologischen Ansatz werden die Deutungen und die Praktiken von Schmerzen im menschlichen Miteinander auf ausgewählten Fel-

dern untersucht. Für solche Sinngebungsprozesse sollten Schmerzen prinzipiell die Eigenschaft haben, Gegenstand von Kommunikation bzw. überhaupt kommunizierbar zu sein. Mit dem Diskurs um den chronischen Schmerz, der von der Medizin inzwischen als eigenständige Krankheit gesehen wird, stellt sich allerdings die Frage nach seiner Kommunizierbarkeit. Was für normale Schmerzen zu gelten scheint, nämlich dass sie in einem Kollektiv verstanden werden, gilt in dieser Weise nicht mehr für die chronischen Schmerzen.

Die geisteswissenschaftliche Schmerzforschung bietet dafür eine uneindeutige und soziologisch nicht zufriedenstellende Konzeption (z.B. Morris 1996, Scarry 1992), die sich etwa folgendermaßen zusammenfassen lässt: Prinzipiell verharren Schmerzen in der Subjektivität des Einzelnen und sind als vorsprachliche Körperdisposition nicht so kommunizierbar, wie sie im Individuum erlebt werden. Das Verständlichmachen der Schmerzen gegenüber anderen gelingt nie vollständig, weil sich das Vorsprachliche nicht ohne Reibungsverluste in Symbolisches überführen lässt. Ein Rest oder – bei Schmerzen, die als chronisch beschrieben werden, – der größte Teil der Schmerzen lässt sich im kollektiv verstandenen Zeichensystem nicht vollständig repräsentieren und geht nicht in einen für den Einzelnen sinnhaften sozialen Austausch ein. Die Schmerzen werden zu einem Leiden, weil deren Subjektivität durch die fehlende Sinnhaftigkeit keinen angemessenen Ausdruck findet und sie von den anderen nicht in der gleichen – subjektiven – Weise gespürt, nicht nachempfunden und nicht verstanden werden können. So kommt es dann zu einem Teufelskreis, weil sich die Schmerzen, die durch das Unverständnis des Gegenübers entstehen, auch wieder nicht kommunizieren lassen. Schmerzen entfernen die Einzelnen gleichsam aus ihren Kollektiven und nehmen ihnen Identität, bei stärkeren Schmerzen zerstören sie diese sogar. Den Aspekt der zerstörerischen Schmerzen unterstreicht insbesondere Scarry (1992) in ihrer Untersuchung der Folter, später dann in anderer Weise auch Grüny (2004).

In der prinzipiellen Nichtkommunizierbarkeit des höchst Unangenehmen wird auch in der soziologischen Konzeptionierung der Ausgangspunkt für das Verständnis des Wesens und des Problems des Schmerzes gesehen (z.B. Bendelow und Williams 1995a, 1995b, Le Breton 2003), was in der Konsequenz in empirischen Studien seinen Widerhall findet, insbesondere für das Feld des Schmerzes, der als chronisch etikettiert Gegenstand der Medizin ist (Baszanger 1998). Untersuchungen von Schmerzkranken kommen jedenfalls regelmäßig zu dem Schluss, dass sich diese nicht verstanden fühlen und um die Legitimität ihrer Schmerzen kämpfen (z.B. Calnan et al. 2007, Jackson 1992, Ong et al. 2004, Wainwright et al. 2006, Werner et al. 2004). Ihre Schmerzen führen sie demnach in die innere Anomie, in das Auflösen von Identität und in die soziale Katastrophe (Baszanger 1989, Hilbert 1984). Die Idee der grundsätzlichen Nichtkommunizierbarkeit und der Subjektivität von Schmerzen wird zudem durch die Spezialisierung der Schmerzmedizin vorange-

trieben, mit der die Vorstellung, dass Schmerzen eine Alltagserscheinung sind, an Legitimität verliert.

Man mag sich nun fragen, was das ist, wenn von Schmerzen gesprochen wird, und was nun kommuniziert und dargestellt wird. Der Rekurs auf die Essenz des Schmerzes als vorsprachlich und auf dessen unmittelbare, abgeschlossene und gleichsam »a-soziale« Subjektivität mit seinen zerstörerischen Potenzialen macht auch die soziologische Schmerzforschung unnötig kompliziert, wenn solche geistes- und literaturwissenschaftlichen Grundlegungen auch für eine soziologische Konzeptionierung mitgedacht werden (etwa bei Bendelow und Williams 1995a, 1995b). Solche Vorstellungen reifizieren ihren Gegenstand. Indem sie eine essenzialistische Schmerzdefinition anwenden, lassen sich Schmerzen genau genommen nicht mehr als Gegenstand sozialer Deutungen sehen.

Die Rede von der Plausibilisierungsnot scheint selbst ein Diskurs zu sein, der professionelle, institutionelle und biografische Projekte anleitet, in neue Institutionalisierungen führt und damit eine neue Schmerzrealität begründet. Mit der Idee der Plausibilisierungswendigkeit werden die alltagsweltlichen Mechanismen sozialer Kontrolle der Schmerzäußerungen weitgehend ausgeschaltet. Schmerzen beruhen auf Selbstreporten, denen Glauben zu schenken ist – das ist die neue Norm, mit der eine Differenz von Schmerzen und Alltag hergestellt wird. Für die institutionelle Verifikation stellt die Medizin die Sprache zur Verfügung, womit sich Schmerzen nicht mehr an den Anforderungen des Alltags messen lassen. Gerade die Medikalisierung mit ihren eigenen Codes und Verfahren treibt Patienten, die sich mit ihren Schmerzen an Ärztinnen wenden, aus ihren Alltag heraus, wenn es den Optimierungsinteressen der Beteiligten zuträglich erscheint. Diese pathologisierten Schmerzen werden für die Angehörigen der Alltagsmilieus unverständlich.

Stattdessen: Schmerzen als Deutungsprojekt

Mit dieser Studie soll ein anderer Ansatz verfolgt werden, indem mit körper- und emotionssoziologischen Konzepten davon ausgegangen wird, dass das psychophysische Erleben selbst Teil des Sozialen ist. Die Modulation und der Ausdruck von Schmerzen gehorchen sozialen Normen der alltagsweltlichen, medizinischen und bürokratischen Milieus. Das, was wir fühlen, ergibt sich aus und im sozialen Austausch, wobei an eine Reihe weiterer soziologischer Konzeptionen angeschlossen werden kann. Einige Studien sollen genannt sein: von Norbert Elias (1976) zur Affektkontrolle im Zivilisationsprozess, von Erving Goffman (1969) zum strategischen Einsatz von Gefühlen in Interaktionen sowie von Arlie Hochschild (1990) zur Regulation von Gefühlen. Schmerzen haben sicher zerstörerisches Potenzial, jedoch auch sinngebendes, kreatives und erwartungssättigendes (vgl. Schipperges 1986, Tanner 2007). Entgegen dem dominierenden öffentlichen Diskurs gibt es weiter-

hin Ärzte, die die Schmerzen ihrer Patienten ernst nehmen, sie aber trotzdem im Alltag belassen. Auch die Mehrzahl der Menschen misst ihre Schmerzen weiterhin an den Anforderungen des Alltags.

Schmerzen werden in dieser Studie prinzipiell so wie andere psychophysische Erscheinungen betrachtet. Für ähnliche Gegenstandsbereiche, wie alle Arten von Gefühlen, die als unangenehm gelten, etwa Hunger und Ekel, und bei denen man ebenfalls annehmen könnte, dass sie im Inneren des Menschen ihre Essenz haben, hält die Soziologie der konstruktivistischen Ansätze weitaus schlüssigere Konzepte bereit. Mit Peter L. Berger und Thomas Luckmann (1969) sowie in Anschluss an George Herbert Mead (1968) lässt sich jedenfalls davon ausgehen, dass Subjektivität niemals »a-sozial« ist, sondern, im Gegenteil, das Produkt von Intersubjektivität, also immer schon geteilte Subjektivität ist. Die einfache Formel dafür lautet: Wir können nur Ich denken und uns selbst fühlen, weil es einen anderen gibt, auf den wir uns körperlich, emotional und kognitiv beziehen, den wir immer mitdenken und mitfühlen und von dem wir annehmen, dass er uns ebenfalls als Gegenüber auffasst. Demzufolge sind auch die Modulation und der Ausdruck von Schmerz, der seine Wurzeln in der Physiologie hat, Produkte sozialen Austausches, die wieder in diesen Austausch eingehen.

Selbstverständlich braucht der Mensch dafür die Fähigkeit, zu empfinden, und muss zudem in der Lage sein, seine Empfindungen als Schmerzen zu bewerten – schon allein um zu überleben. Das nackte Überleben kann aber kein Ausgangspunkt für eine soziologische Schmerzbetrachtung mehr sein – zu sozialisiert ist der Mensch mit seinen Gefühlen und Trieben, deren Ausdruck und Befriedigung Kalkülen unterliegen, die nur im routinehaften und institutionalisierten Miteinander zu verstehen sind (Plessner 1975). Für die Sozialisierung des Hungers, ein als egoistisch zu denkender Trieb, bietet etwa Simmel (2001) eine hervorragende Analyse seiner Modulierung in soziale Formen. Kulturtechniken können sogar die Warnfunktionen des Schmerzimpulses für die körperliche Navigation gänzlich ersetzen. Selbst Menschen, die bei einer kongenitalen Schmerzunempfindlichkeit überhaupt keinen Schmerz spüren, können inzwischen damit sehr lange überleben (Albrecht 2015, Eberhardt und Leffler 2016). Kultur hat bei ihnen zwar die Warnfunktion des Schmerzes ersetzt – allerdings bei einem immer noch sehr gefährdeten Leben.

Für die Soziologie kann Schmerz nur das sein, was als Schmerz bewertet, kommuniziert und praktiziert wird. Wie auch alle anderen körperlichen Dispositionen, ist Schmerz in den vorgefundenen Strukturen des Zusammenlebens immer schon enthalten und hier als Interaktionsprojekt ein Gegenstand von Interpretationen, Modulationen und Praktiken. Selbstverständlich gibt es nach der Konzeptionierung von Berger und Luckmann Reibungsverluste in den gegenseitigen Mitteilungen körperlichen Spürens – schließlich leben wir nicht in einer vollständigen Symbiose miteinander. Aber in diesen Reibungsverlusten lässt sich nicht der Kern einer

Definition sehen, mit der Schmerz soziologisch untersucht wird. Damit sind auch die Grenzen und die Bescheidungen des hier gewählten Zugangs dargestellt.

Mit dieser emergenten Definition des Schmerzes als sozial modulierter und ge deuteter Körperäußerung wird auf die Bestimmung seines irgendwie gearteten Wesens verzichtet, womit an Schmerzkonzeptionen von Fagerhaugh und Strauss (1977) und Zborowski (1969) angeschlossen wird. Ausgehend vom Unangenehmen der Schmerzen können die Institutionalisierungen ihres Ausdrucks untersucht werden, ohne nach ihrer Essenz zu fragen und ohne von vornherein festzulegen, ob sie real oder eingebildet sind, ob sie zu bekämpfen oder hinzunehmen sind, ob sie willkommen oder zu vermeiden sind. Gefolgt wird vielmehr den Akteuren und ihren Deutungen und Praktiken, die allerdings auch darin bestehen können, dass der Anspruch auf die Legitimität des Schmerzausdrucks abgesprochen wird. Dennoch finden wir selbst hier eine Schmerzinteraktion vor – wenngleich sie eine der Parteien als gescheitert deuten kann. Doch selbst das Abweisen der Legitimität der Schmerzen geht wieder in soziale Diskurse ein, etwa eine bestimmte Form der Schmerzklage, die wieder zu neuen Institutionalisierungen führt, wenn sich ein Kollektiv und Normen dafür finden. Die Konzeptionierung von Schmerzen als Gegenstand und Prozess gegenseitiger Zuweisungen scheint dem soziologischen Erkenntnisinteresse angemessen und hinreichend pragmatisch zu sein, um empirische Forschungen nach den sozialen Deutungen und Praktiken betreiben zu können.

... und als Leistungsnachweis

Mit dieser konstruktivistisch-praxeologischen Konzeptionierung des Verhältnisses der Deutungen und der Praktiken des Körpers wird davon ausgegangen, dass Schmerzen nichts Besonderes sind (vgl. Hirschauer 2004, Keller und Meuser 2011, Meuser 2006). Als ständige Lebensbegleiter gehen ihre Modulationen, Bewertungen und Praktiken im Alltag vorstatten. Schmerzen und Schmerzausdruck, die hier identisch gebraucht werden, unterliegen Normierungen von sozialen Gruppen, denen sich zugehörig gefühlt wird. Die wegweisende Studie von Mark Zborowski (1969) zeigt, dass Schmerz Ausdruckshandeln ist, bei dem sich der Zeichen und Semantiken allgemeinerer Symbolsysteme bedient wird, um sie darin zu verorten. Schmerzen markieren die jeweils inkorporierten, geteilten und herrschenden Leistungs- und Einstellungsnormen und sozialisieren den Körper auf geforderte Leistungsfähigkeiten. Ihr Ertragen bedeutet Erfolg und Sicherung der Normen, ihr Nichtertragen Leistungsunfähigkeit und Abweichung. Für beides gibt es festgelegte Verfahren, Deutungen und Sprachen. Das Ertragen von Schmerzen führt zur Einnahme und Stabilisierung akzeptierter Rollen. Ihr Nichtertragen führt – je nachdem welche Schmerznorm auf welche Weise nicht erfüllt wurde – zur Zuweisung der Rollen von Zuschauern, Außenstehenden, Abhängigen, Kran-

ken, Verweigerern oder Verlierern. Der Ausdruck des Ertragens und Nichtertragens sowie deren Zwischenformen unterliegt wiederum Normen.

Schmerznormen und der mit ihnen geforderte Schmerzausdruck sowie die Fähigkeit, diesen zu entsprechen, hängen also von den Notwendigkeiten und Erfordernissen ab, die in Gruppen üblicherweise zu bewältigen sind. Damit wird der Inkorporierungsansatz Boltanskis (1976) und Bourdieus (1982) aufgenommen. Das können ganz unterschiedliche Erfordernisse sein: die Landarbeit von Bäuerinnen, das Fußballspiel der Altherrenmannschaft am Sonntag, die Büroarbeit von Angestellten, das Training in einem Fitnessstudio, der entspannende Yogakurs, der Verkauf von Finanzdienstleistungen. Jede dieser Tätigkeiten bezieht sich auf Vorstellungen von sozialen Milieus und von Situationen, in denen Schmerz wiederum in spezifischer Weise Leistung und den Kampf um Anerkennung repräsentiert. Dabei ist nicht jeder Schmerz gleich bzw. gleichermaßen anerkannt. Es gibt typische Formen und Lokalitäten von Schmerzen, die mit typischen Leistungen korrespondieren, für die man Anerkennung erhält, wenn den Normen der Plausibilisierung entsprochen wird. Rückenschmerzen sind typisch für bäuerliche Tätigkeiten, Kopfschmerzen für Büroarbeit – aber sie dürfen auch nicht als zu stark dargestellt werden. Keine Schmerzen zu haben ist unter Umständen genauso verdächtig wie zu viele zu haben. Ein Lehrer, der keine Kopfschmerzen hat, macht es sich vielleicht zu leicht im Unterricht, und eine Fußballerin, die nach dem Spiel nicht vom Platz humpelt, hat möglicherweise nicht ihr Letztes gegeben. Schmerz geht also als verkörpertes Zeichen in die Semantik von Tätigkeiten, Situationen, Gruppen und Milieus ein und wird deshalb sozial geteilt und verstanden, sowohl als Norm als auch als Abweichung. Jede Gruppe hat ihren Sinn für den Körper, für Empfindlichkeit und für Schmerzen.

Damit stellen Schmerzen auch die Differenz zu Mitgliedern anderer Gruppen her, die diese Normen nicht teilen und nicht einmal verstehen. Typisch geforderte Belastungen festigen Kollektive und formieren Belastungskollektive, was auch nach außen hin präsentiert wird. Die sozialisatorische Funktion der Schmerzen weist Einzelnen ihren Platz und Lebenssinn zu (Peller 2003). Insofern sichert Schmerz Kohäsion und Verhaltenssicherheit. Im Anschluss an Bourdieu wird damit die Inkorporierung der Notwendigkeiten sowie der Erwartungen sozialer Milieus untersucht.

Schmerzen als Verknüpfung des Körpers mit einem Leistungsgegenüber sind immer konkret. Wir finden sie in Interaktionen mit den Repräsentanten von Bezugsgruppen, der Familien, der sozialen Milieus, der Arbeitsstellen, der Medizin und des Sozialstaats. Der eigene Körper repräsentiert deren Anforderungen und die Fähigkeit, diesen nachzukommen. Der Körper repräsentiert aber auch die eigene Geschichte, die in Form einer Biografie erzählt wird (Abraham 2006). Körperbiografie und narrative Biografie kondensieren die Anforderungen aus den verschiedenen Bereichen und werden miteinander abgestimmt, wie sich auch im Körper

die Friktionen, Konflikte und Widersprüche dieser Abstimmungsprozesse abbilden.

Belastungskollektive

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind die Praxis- und Deutungsformen von Schmerzen im Alltag und in der Medizin. Aber weder im Alltag noch in der Medizin ist der Schmerzgang uniform, so wird innerhalb dieser Sphären ganz Unterschiedliches identifiziert. Deutungen und Praktiken des Körpers weisen auf soziale Bindungen und soziale Strukturen hin, etwa wie der Zusammenhalt in einer Gemeinschaft organisiert ist und auf welche Weisen Existenzen gesichert werden. In der vorliegenden Studie wird daher der Ansatz von Mary Douglas zugrunde gelegt, nach dem Körperpraktiken und Körperdeutungen mit sozialen Positionierungen und sozialen Klassifikationen korrespondieren. Sie schreibt (1974: 99):

Der Körper als soziales Gebilde steuert die Art und Weise, wie der Körper als physisches Gebilde wahrgenommen wird; und andererseits wird in der (durch soziale Kategorien modifizierten) physischen Wahrnehmung des Körpers eine bestimmte Gesellschaftsauffassung manifest.

Demnach findet zwischen dem physischen und dem sozialen Körper »ein ständiger Austausch von Bedeutungsgehalten statt, bei dem sich die Kategorien beider wechselseitig stärken«, wobei der physische Körper ein »hochgradig restringiertes Ausdrucksmedium« ist (ebd.). Diesem Körper-Gesellschafts-Konzept folgend, schlägt Tanner (2007: 56, Herv. i. O.) vor, »*Körper durch Schmerz*« zu ersetzen, wodurch »sich eine plausible analytische Annäherung an dieses Wechselverhältnis zwischen persönlicher Erfahrung und sozialer Prägung [ergibt]«.

Angesichts dieser Wechselbeziehung zwischen dem individuellen physischen und dem allgemeinen gesellschaftlichen Körper kann es also nie um den Schmerz selbst gehen. Wenn Schmerz als idiosynkratische und zutiefst persönliche Erfahrung konzipiert wird, bedeutet dies nur, dass er empirisch nicht zugänglich ist, da er im menschlichen Inneren verschlossen bleibt. Dem ist mit der Körper-Gesellschaft-Homologie sowie der interaktionistischen und praxeologischen Körper- und Gefühlssoziologie entgegenzusetzen, dass jeder Schmerzausdruck schon seine Objektivierung als von anderen verstandene Geste in einem geteilten Zeichensystem enthält (Douglas 1974, Goffman 1974, Hirschauer 2004, Mauss 1982, Meuser 2006). Die soziologische Forschung identifiziert daher mit den Deutungs- und Umgangsweisen von Schmerzen die Bindungs- und Abstoßungskräfte in den Veränderungen des sozialen Gewebes und hat immer Gesellschaft als Ganzes im Blick.

Körper und die Aufmerksamkeit für sie werden in konkreten Beziehungsnetzwerken mit den signifikanten Anderen sozialisiert. Diese Netzwerke – Familien

und soziale Milieus – legen die Normen der Körper fest und bilden somatische Kulturen, deren Angehörige ähnliche Belastungen mit ähnlichen ökonomischen Reproduktionsbedingungen sowie dieselben symbolischen Sphären teilen, in denen Empfindlichkeit und Körperaufmerksamkeit strukturiert und Leistungseinstellungen ausgetragen werden (Boltanski 1976). Milieuspezifische Schmerznormen sind Ausdruck objektiver Lebensbedingungen, die durch die kulturelle Körperordnung vermittelt sind. Schmerzen als eingekörperte Erfahrung repräsentieren für die Einzelnen die soziale Ordnung ihrer Gruppe und sind deshalb immer schon in diesem Belastungskollektiv geteilte Empfindungen. Die Aufmerksamkeit für den Körper – als Empfindlichkeit, als Körperschmerzen und als Kopfschmerzen – drückt das Verhältnis zu den anderen aus. Schmerzen sind in dieser geteilten somatischen Kultur körperliche Hintergrundgeräusche, die soziale Ordnung gleichermaßen stören, bestätigen und formieren. Damit sind die unterschiedlichen Aufmerksamkeitsschwellen, Schmerzarten und Schmerzorte sowie die Umgangsweisen mit Schmerzen angesprochen.

Die Leistungsnormen der Körper- und Schmerzkulturen bestimmen die legitimen Empfindlichkeitsniveaus und entscheiden, ob Schmerz als normal oder als abweichend gilt und auf welche Weise Schmerz geäußert werden darf. Sie sanktionieren Empfindlichkeit und formieren deshalb auch die Aufmerksamkeit für den eigenen Körper – ob er als robust und unempfindlich oder als verletzlich und empfindsam gesehen wird. Angehörige von gewerblichen Milieus mit einem hohen Körpereinsatz haben eine geringere Aufmerksamkeit für Kopfschmerzen als etwa Angestellte mit einem niedrigeren Körpereinsatz. In gewerblichen Milieus würde eine hohe Körperaufmerksamkeit den Körpergebrauch hemmen, der für ihre Angehörigen zur Existenz notwendig ist. Die dort anerkannten typischen Schmerzarten sind körperliche Schmerzen, also Schmerzen, die auf körperliche Belastungen und den körperlichen Verschleiß zurückzuführen sind. Kopfschmerzen werden dort jedenfalls als körperliche Schmerzen gesehen. Sie kommen plötzlich und stark, weil man sie nicht erwartet hat. Oder ihnen wird eine heroische Gestalt gegeben, etwa bei Clusterkopfschmerzen.

Die soziale Positionierung von Angestellten hängt dagegen weniger von Kraft ab, vielmehr besteht der Körpereinsatz in der Verarbeitung von Reizen (neben der Verfeinerung der Sitten, einem distinguierten Habitus und dem Herstellen von Attraktivität). So sind es auch eher die mentalen und kognitiven Belastungen, die Schwierigkeiten machen und, als »Stress« etikettiert, zu typischen Formen der Abweichung führen und Kopfschmerzen bereiten. Dabei hat man nicht einfach Kopfschmerzen, sondern eine ärztlich diagnostizierte Migräne, gegen die man hochdosierte Migränemittel bekommt.

Der Vergleich zwischen Angehörigen gewerblicher Milieus und Angestellten zeigt, dass Kopfschmerzdeutungen nicht universell sind; sie beziehen sich auf Alltagsbedingungen und weisen gleichermaßen auf die Abweichungen hin, gegen die

verstoßen wird. Kopfschmerzen können das typische Zusammenleben in Kollektiven unterstützen, in denen sie als gewöhnlich auftretender Empfindlichkeitskomplex anerkannt sind. Sie können aber auch von den Gesetzmäßigkeiten des Zusammenhalts abweichen und auf vollständiges Unverständnis stoßen. Dabei zeigt sich umgekehrt, dass Personen mit ähnlichen Schmerzdeutungen und Schmerzumsangsformen sich in ähnlicher Weise einer Gruppe zugehörig fühlen, die einen bestimmten Gebrauch des Körpers und einen bestimmten Empfindlichkeitshaushalt nahelegt. Insofern vermitteln Schmerzen die gruppentypische Aufmerksamkeit auf den Körper und damit Zugehörigkeit, Identifikation und Sicherheit.

Es lässt sich nämlich zeigen, dass einzelne soziokulturelle Milieus jeweils eigene Schmerz- und Empfindlichkeitsdeutungen hervorbringen, die mit Reproduktionsnotwendigkeiten und Distinktionspraktiken begründet werden (Boltanski 1976, Bourdieu 1982). Diese Deutungen sind durch die Art und Weise der üblichen psychophysischen Anforderungen an die beruflichen Tätigkeiten geleitet, aus denen sich wiederum die typischen Auffassungen und der typische Gebrauch des Körpers ergeben. Was für Ernährung, Sport, Krankheit und Attraktivität schon untersucht worden ist (z.B. Degele 2006, 2008, Honer 1985, Prahl und Setzwein 1999), wird auch für das schmerzhaft empfinden des Körpers gelten: Körperliche Symptome werden milieuspezifisch gespürt und bezogen auf typische Erwartungen und Anforderungen gedeutet.

In den für diese Studie durchgeführten Interviews zeigt sich, dass Empfindlichkeitsverständnisse und Schmerzumsangsformen mit der beruflichen Situation korrespondieren, sich aber in zeitlicher Hinsicht mit der Erwerbs- und Familienbiografie wandeln. Dabei sind nicht nur die formalen Qualifikationen und die beruflichen Positionen entscheidend, sondern vielmehr die Anforderungsstrukturen der Milieus, in denen gearbeitet und gelebt wird.

Der Umgang mit Kopfschmerzen hängt von den familiären Tradierungen und den Reproduktionsnotwendigkeiten in sozialen Milieus ab, denen sich unsere Informantinnen und Informanten zugehörig fühlen. Die Deutungen von Schmerzen des Kopfes und des Körpers ergeben sich aus in der Kindheit sozialisierten Körpernormen, typischen Bedingungen der Arbeitswelt, den zur Verfügung stehenden lebensweltlichen und expertiellen Wissensbeständen sowie aus Lebenseinstellungen, Wertmustern und Konsumpraktiken. Schmerzumsang und Schmerzdeutungen sind solcherart Sonden für das Verständnis der Deutung und Beherrschung der Welt in den jeweiligen sozialen Milieus.

Darüber hinaus hat der Körper jenseits seiner Sozialisierungen durch Milieus und Familien auch ein Eigenleben: Leute haben einen alternden physiologischen Körper mit seiner Konstitution, seinem Geschlecht und seiner Größe. Mit diesem Körper und seinen Veränderungen müssen sie leben, sie können buchstäblich nicht aus ihrer Haut. Auch der physiologische Körper, sein Gewebe und seine Organe unterliegen Deutungen und sind Gegenstand von Praktiken: Man kann sich stär-

ker oder schwächer machen oder das Geschlecht wechseln. Trotzdem steht man auch dann einer physischen Materialität gegenüber, deren Teil man ist und mit der man sich auseinandersetzen muss. Das Eigenleben der körperlichen Materialität fällt insbesondere beim Unvermögen ins Auge, intendierte Handlungen auszuführen, und bei einer mangelnden Körperkontrolle (Field 1978). Kleine Kontrollverluste lassen sich schnell reparieren, eine dauerhafte Handlungsunfähigkeit wird in der Regel mit dem Etikett der Krankheit versehen, zieht entsprechende medizinische Behandlungen nach sich und wird durch Solidarleistungen von Familie und Sozialstaat abgesichert. Aus diesem Grund ist die Körper- und Krankheitskarriere eine weitere eigenständige Analyseeinheit für die Interviews.

Chronische Schmerzen als neues Deutungsangebot

Die zentrale Norm in der Alltagskommunikation über Schmerz ist, dass in der Schmerzgeste schon die Schmerzrelativierung enthalten ist: »Ich habe Schmerzen, aber es geht schon.« Das sagen selbst Sterbende, die damit ihre Angehörigen schützen, deren Fassungsverlust in Grenzen gehalten wird (Glaser und Strauss 1974). Diese Geste bezieht die anderen und die Normen mit ein, die sie repräsentieren und die selbst wenn sie nicht erfüllt werden, doch akzeptiert sind. Die Schmerzklage ist der Aufruf zur Hilfe, die Schmerzrelativierung ist das Kooperationsangebot an die Helfenden und eine Geste, die gleichermaßen den Schmerz und die Fähigkeit zu seinem Ertragen repräsentiert. Die Schmerzgeste appelliert an den Zusammenhalt der Gruppe und stellt selbst bei überwältigenden Schmerzen die Zugehörigkeit zumindest symbolisch sicher (Zborowski 1969). Solche Kalküle dirigieren auch noch die konventionelle medizinische Versorgung, in der Schmerzen das Gegenüber der Krankheit haben (vgl. Fagerhaug und Strauss 1977). Ihnen wird eine Signal- und Warnfunktion zugewiesen, über die man froh ist. Schmerzen aktualisieren die Rollen von Ärztinnen und Patienten und sind gleichzeitig Gegenstand von Aushandlungsprozessen zwischen ihnen.

Etwa seit den 1960er-Jahren wird diese grundsätzliche Norm der Schmerzrelativierung infrage gestellt. Statt Schmerz zu relativieren, wird er katastrophisiert: »Ich habe unerträgliche Schmerzen, die ihr nicht versteht.« Mit dieser individualisierenden und anklägerischen Geste des Glaubwürdigkeitsdefizits werden die anderen – die Angehörigen und die professionell Helfenden – aus dem Schmerzgeschehen ausgeschlossen. Schmerzen sind nicht mehr an die üblichen Leistungsnormen gekoppelt und können sogar rundweg abgelehnt werden. Die Folge ist eine sich selbst erfüllende Prophezeiung, die das Unverständnis für den Schmerz Ausdruck nur noch verstärkt. Aber wie jede Form der Individualisierung führt auch diese Form der Schmerzklage in neue Kollektivierungen.

Schmerzen, denen im Alltag kein Gegenüber mehr zugewiesen sind, wozu auch deren physiologische Erklärungen und Deutungen gehören, bilden den Kern des

Schmerzskandals, der in der Schmerzmedizin sein neues Gegenüber gefunden hat. Es gab sicherlich immer schon die Dauerschmerzklage, die Schmerzmedizin aber hält dafür nun das Etikett der chronischen Schmerzen – der Schmerzen als Krankheit – bereit, mit dem sie die Abweichung als neue Norm institutionalisiert (Tanner 2007). Morris (1996), Scarry (1992) und Le Breton (2003) sehen in der spezialistischen Schmerzmedizin einen Ausweg aus dem Problem der katastrophischen Schmerzen. Mit Schmerzskalen und standardisierten Schmerzanamnesen, dem McGill Pain Questionare von Melzack (1975), würde den Patienten eine angemessene Sprache gegeben und ein Zeichensystem zur Verfügung gestellt, das von ihnen verstanden wird. Unter dem Etikett der chronischen Schmerzen verspricht diese Medizin die Beschwerden ihrer Patientinnen ernst zu nehmen, denen sie mit ihrer expertiellen Affirmation die zerstörte Identität gleichsam wiedererstattet – allerdings eine Schmerzidentität (Pfankuch 2015).

Dem wird in dieser Studie entgegengehalten, dass diese Medizin mit ihrem psychologistisch-subjektivistischen Verständnisangebot Schmerzen in unangemessener Weise reifiziert und gleichermaßen naturalisiert (Tanner 2007). Die spezialistische Schmerzmedizin überführt Schmerz in Krankheit, für die sie die entsprechenden Kalküle und Regime anwendet, die schon Foucault (1973) untersucht hat: Schmerz wird als Krankheit in seiner Reinform beobachtet und zu seiner nosologischen Wesenheit kondensiert, wozu die Kranken von ihren Bezugsgruppen und deren Leistungsnormen isoliert werden, am besten in Schmerzkliniken. Dort werden sie einem Regime unterworfen – der multimodalen Schmerztherapie (z.B. Fritsche und Gaul 2013) –, indem sie neue Theorien lernen und neue Praktiken einüben, die nicht diejenigen des bisherigen Alltags sind. Der Leistungsnachweis besteht nun in der Präsentation von Schmerzen als Krankheit, und das neue Leistungskollektiv sind die von den Ärzten approbierten Schmerzkranken. Es kann gezeigt werden, dass mit zunehmender Behandlungsintensität und -dauer die Normalidentität vielfach nicht zurückerstattet, sondern eine neue Identität als Schmerzkranker geschaffen und zugewiesen wird (Göckenjan et al. 2013, Pfankuch 2015).

Schmerz als Krankheit besitzt einen wesentlichen Unterschied zu anderen Krankheiten: Er lässt sich nicht oder nicht eindeutig mit szientistisch-objektiven Befunden und körperlichen Läsionen begründen. Seine Begründung ist stattdessen ein Narrativ: eine Erzählung der Pathologie der Empfindlichkeit (Good et al. 1992). Aufgrund dessen hat die Internationale Vereinigung zum Studium des Schmerzes (IAS) die Idee »Schmerz ist immer subjektiv« (Mersky 1979, zit.n. Bonica 1990: 18, Wall 1989: 3) zur Arbeitsgrundlage der Schmerzmedizin erklärt. In maßgeblichen Lehrbüchern ist zu lesen: Wenn Menschen »ihre Erfahrungen als Schmerzen betrachten [...], sollten sie als Schmerzen akzeptiert werden«. Und weiter: Schmerz »ist immer ein psychologischer Status« (Bonica 1990: 18, Wall 1989: 3).

Die inzwischen übliche Rhetorik, dass Schmerzen von anderen nicht verstanden würden, dass sie also im umgangssprachlichen Sinne zutiefst subjektiv seien, ist nicht zuletzt durch die erfolgreiche Durchsetzung der Schmerzmedizin nicht einmal mehr Anklage, sondern zum Allgemeinplatz geworden, für den jeder Verständnis aufbringen muss. So schreibt etwa das amerikanische Komitee für den Fortschritt der Schmerzforschung, Pflege und Bildung: »... in Wirklichkeit sind unsere Erfahrungen mit Schmerz zutiefst persönlich ...« (Committee on Advancing Pain Research 2011: ix).

Was zunächst für die Kranken als Nachteil erscheint, weil die Legitimität ihrer Erzählungen leichter abgesprochen werden kann als die Wirklichkeit der körperlichen Materialität einer Läsion, kann zu einem Vorteil werden, wenn den Narrativen der Empfindung eine hohe Legitimität im gesellschaftlichen Diskurs zugewiesen wird. Das kann jedenfalls gemeint sein, wenn von der Medizin des 21. Jahrhunderts als »Biosozialität« (Rabinow 2004) gesprochen wird, für die Krankheiten in einem ungewissen Mischungsverhältnis von Narrativen und Identitätsansprüchen auf der einen Seite und Physiologie und körperlichen Gebrechen auf der anderen Seite auftreten (Morris 2000).

Mit der Schmerzmedizin hat der Schmerz als Krankheit nun ein neues Gegenüber gefunden, womit er sich von alltäglichen Deutungen entfernt und von der Notwendigkeit des Leistungsnachweises im Alltag entbunden ist. Die Realität der Patientinnen und Patienten ist natürlich nicht so eindeutig. Auch sie veralltäglichen ihre Schmerzen, denn sie leben immer noch in ihren Alltagsmilieus und nicht in klinischen Sondergemeinschaften. Allerdings können sie sich bei ihren Angehörigen und in den Arbeitsstellen immer auf den Deutungshorizont der chronischen Schmerzen beziehen. Die Optimierungsinteressen, mit denen der Bedarf an Deutung der Schmerzen bestimmt ist, werden zwar ebenfalls ausgehandelt, aber Patienten sind in diesen Aushandlungen durch die Schmerzmedizin mit mehr Macht ausgestattet.

Alltagsmilieus sind deshalb nicht gänzlich von der Medizin entkoppelt. Sie bestimmen die Fähigkeiten, Empfindungen zu präsentieren und als Krankheiten ins Spiel zu bringen und diese in spezifischer – wieder milieugesteuerter – Weise als Teil der Identität aufzunehmen (vgl. Boltanski 1976). Untersucht wird daher das Verhältnis sozialer Milieus und medizinischer Programme und Vorstellungen. Denn es kommt regelmäßig zu Konflikten im Alltag, wenn Bezugsgruppen, etwa Angehörige und Arbeitskollegen, die neuen, medizinisch legitimierten Schmerznormen nicht verstehen, die die milieutypischen Belastungsanforderungen unterlaufen. In Durchsetzungs- und Anerkennungskämpfen werden Biografien und Lebensentwürfe umgeschrieben, oder man verständigt sich und geht Kompromisse ein. Schmerz ist nicht nur öffentlich skandalisiert, sondern auch Gegenstand von Mikropolitik und Machtkalkülen in den sozialen Nahbereichen (Fagerhaug und Strauss 1977, Neal 1978).

Medikalisierung und Krankenkarrerien

Für die Untersuchung des Wechselverhältnisses von Alltag und Medizin soll der Begriff der Medikalisierung als ein heuristischer und nicht gänzlich trennscharfer Begriff hilfreich sein. Medikalisierung muss zunächst von der medizinischen Behandlung unterschieden werden, die sich vorwiegend auf die Physiologie der Schädigung konzentriert mit dem Ziel, Schmerzen zu lindern und Leistungsfähigkeit herbeizuführen. Das schließt auch Behinderungen oder chronische Erkrankungen mit ein, für die die Medizin versucht, eine Normalisierung des Alltags zu erreichen (z.B. Dreßke 2010).

Medikalisierung ist ein politischer Kampfbegriff der Kritik einer sich ausdehnenden Medizin auf Bereiche, in der sie Herrschafts- und Machtinteressen durchsetzt, die ihr von den Kritikern nicht zugestanden werden (Freidson 1975). Dabei erfülle die Medizin nicht die Aufgaben angemessen, für die sie sich eigentlich zuständig sehen soll, nämlich für die Behandlung Kranker (Illich 1977). Neben dieser sicher auch zu Recht erhobenen Skandalisierung beschreibt Medikalisierung die Wechselwirkung zwischen Alltagserwartungen und medizinischen Zuschreibungen, die für unsere Zwecke angewendet werden soll. Insbesondere werden mit dem Begriff Prozesse analysiert, in denen soziale und persönliche Probleme an die Medizin delegiert und von ihr aufgenommen werden. Diese Perspektive soll nicht genügen. Untersucht werden auch die Rückwirkungen der Medizin auf den Alltag. Patienten kommen in anderer Weise aus den medizinischen Institutionen heraus, als sie hineingegangen sind, nicht immer gesünder, aber auf jeden Fall – und das soll hier interessieren – mit anderen Einstellungen, moralischen Haltungen, Lebensentwürfen und Ansprüchen, die sie nun – erfolgreich oder weniger erfolgreich – auf ihren Alltag anwenden.

Medikalisierung beruht in der vorliegenden Untersuchung vor allem auf dem Zusammenspiel von Selbstreporten der Patientinnen mit darauf angewendeten Diagnosen ihrer Ärzte. Im Diagnose- und Behandlungsverlauf werden Kopfschmerzen zu einem Transportbehälter für soziale und persönliche Probleme, für deren Lösung auch medizinische Argumente ins Spiel gebracht werden (vgl. Schiltewolf 2016). Allerdings werden eben nicht die sozialen Probleme behandelt – zumindest nicht offiziell, denn dafür haben Ärztinnen nicht die Mittel zur Verfügung –, sondern nur die Kopfschmerzen. So finden zwischen Alltag und Medizin andauernde Übersetzungen und Rückübersetzungen von Ansprüchen, Interessen, Motiven und Problemen statt. Zuweisungen, Aufgaben und Rollen des Alltags werden mit Empfindungen verknüpft, diese als Missempfindungen gedeutet, als Krankheit diagnostiziert und, mit medizinischer Legitimation versehen, wieder in den Alltag eingespielt. So bieten Diagnosen stabile Anlässe, Leistungsrollen nicht einzunehmen oder Leistungsaufgaben nicht auszuführen. Patienten vereinbaren dafür je nach Handlungsarena, Anforderungen und Opti-

mierungsinteressen unterschiedliche Kalküle: Etwa verknüpfen sie die diffusen Orientierungen des Alltags mit formellen Ordnungen von Institutionen, familiäre Tradierungen mit bürokratischen Verfahren oder den affektiven Austausch in die Familien mit sozialstaatlichen Leistungen.

Dass Kopfschmerzen eine soziale Abweichung sind, steht außer Frage. Scheitert aber die Schmerzverständigung im Alltag, repräsentiert die medizinische Versorgung ein neues Gegenüber für Schmerzen und führt zu neuen Verständigungschancen. Jedenfalls weist die Medizin ihren Kranken neue Identitäten zu. Eine zunehmende Medikalisierung von Kopfschmerzen wird in Gang gesetzt, in deren Verlauf aus einem Alltagsschmerz Krankheitsentitäten werden, die hohe Aufmerksamkeit beanspruchen. Karrierepfade als institutionell organisierte Abfolgen von Stationen der Krankenversorgung werden von der Medizin zur Verfügung gestellt, in denen mit den Krankheitsnarrativen auch Körperaufmerksamkeiten medizinisch angeleitet werden. Allerdings sind sie, was den Patienten betrifft, kontingent: Ob und welche Pfade eingeschlagen oder verlassen werden, hängt von erleichternden oder hemmenden Bedingungen ab. Die Medikalisierung von Körperaufmerksamkeiten ist nicht nur ein Effekt ärztlicher Dominanz, sondern kann von Patientinnen und Patienten aktiv gesucht und herbeigeführt werden. In einem Passungs- und Optimierungsprozess werden die Pfade der Krankenkariere ausgehandelt, zu denen je nach medizinischem und sozialem Milieu die entsprechenden Symptomaufmerksamkeiten abgestimmt werden. Die größten Kontraste bilden die psychosomatische Versorgung und die neurologische Kopfschmerzversorgung.

Semantiken sind nur dann Teil sozialer Realität, wenn sie in Praktiken verkörpert sind, mit denen eine Verständigung ausgehandelt und in denen Schmerz sichtbar und spürbar gemacht wird. Nachvollzogen werden daher Lernprozesse von Semantiken der Migräne im Versorgungsalltag: wie also aus einem Alltagskopfschmerz bzw. einer Alltagsmigräne eine neurologische Erkrankung wird. Ausgehend von der Beobachtung, dass unterschiedliche, sich widersprechende Praktiken zur Migränebehandlung eingesetzt werden (z.B. Ruhe und Rückzug versus Bewegung und Aktivität), stellt sich die Frage nach den Migränedeutungen.

Kopfschmerzen – eine Volkskrankheit

Unter den Schmerzformen sind Kopfschmerzen eine der alltäglichsten, genauso wie Rückenschmerzen oder Bauchschmerzen. Kopfschmerzen sind so alltäglich, dass ihre Aussonderung aus dem Strom des Handelns als Bruch von Alltagsregeln verstanden würde, als Abweichung, die auf Unverständnis stößt. In der öffentlichen Wahrnehmung sind Kopfschmerzen allerdings als Volkskrankheit skandalisiert (z.B. Hackenbroch 2014, Merabet 2013). So wird in einer Kopfschmerzmedizinstudie die Einjahresprävalenz von Kopfschmerzen unter den Erwachsenen auf ca. 60 Prozent geschätzt (Straube et al. 2013). Erwähnung findet insbesondere Mi-

grüne als eine der »häufigsten chronischen Erkrankungen« (Keidel 2007: 9). Repräsentative epidemiologische Befragungen zeigen indes keine einheitlichen Befunde: Demnach variiert die Lebenszeitprävalenz von Migräne je nach angewendeten Kriterien und Studiendesigns von ca. 4 Prozent (Ensink et al. 1994) bis ca. 27 Prozent in der Bevölkerung (Göbel et al. 1993). Geschätzt sind von Migräne 13 bis 18 Prozent der Bevölkerung betroffen, darunter 16 bis 33 Prozent der weiblichen und 7 bis 12 Prozent der männlichen Bevölkerung (Keidel 2007: 19, Manzoni und Stovner 2011, Robert-Koch-Institut 2020). Für diese hohe Prävalenz sei die medizinische Versorgung nicht gerüstet und müsste qualitativ und quantitativ verbessert werden (z. B. Göbel et al. 2013, Marziniak et al. 2014, Straube und Förderreuther 2020).

Mit der Etikettierung als Volkskrankheit sind Kopfschmerzen aber nicht mehr Alltag, sondern beanspruchen besondere Aufmerksamkeit. So zählt die Medizin über 200 Kopfschmerzarten, vor allem Spannungskopfschmerzen, Migränen und medikamenteninduzierte Kopfschmerzen (vgl. Göbel 2012a, Keidel 2007). Die selten vorkommenden Clusterkopfschmerzen finden wegen ihrer außerordentlichen Schmerzintensität ebenfalls den Weg in das Panorama der Skandalisierung. Der Übergang von Alltagskopfschmerzen zu pathologisierten Kopfschmerzen ist fließend, und es stellt sich die Frage, in welchen Deutungsbezügen die Pathologisierung vorangetrieben wird und unter welchen Umständen Alltagsdeutungen nicht mehr ausreichen. Es sind daher Sozialisierungen in pathologische Formen von Kopfschmerzen als Medikalisierungsprozesse in den Blick zu nehmen, bei denen aus Patientinnen mit Kopfschmerzen im Zuge ihrer Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte Kopfschmerzspezialisten werden. In solchen Zuweisungskarrieren werden Kopfschmerzen mit neuen Deutungen belegt, mit denen der Alltag als medikalisierte Alltag reorganisiert wird.

Ältere Kopfschmerzauffassungen

Kopfschmerzen waren also von der öffentlichen Skandalisierung als chronische Schmerzkrankheit zunächst weniger betroffen als etwa Rückenschmerzen und führten ein ruhiges Dasein, sowohl im Alltag als auch in den medizinischen Fachdisziplinen der Neurologie und der Psychosomatik. Dies lag an mehreren Eigenheiten der Kopfschmerzen: Zunächst waren sie noch sehr dem Gebiet des Privaten und Leisen vorbehalten – das gilt vor allem für die normalen Kopfschmerzen, aber auch für die Migräne. Dort, im Privaten, wurden sie lange Zeit als alltägliches Unwohlsein mit Verschwiegenheit bedacht. Die Laienätiologie sieht bis heute den Ort der Schmerzen zwar im Kopf, allerdings nicht deren Herkunft und Mechanismen. Schmerzen haben hier noch sehr stark physischen Charakter, etwa auf der Basis humoralpathologischer Vorstellungen, insbesondere über die Zirkulation von Körperflüssigkeiten (Lenz 2018). Wichtig sind demnach körperliche Belastungen und der stoffliche Austausch über die Ernährung, »schuld« sind

etwa Konservierungsstoffe, Wein oder Schokolade. Man hat dann zu viel Alkohol getrunken, zu viel geraucht oder das Falsche gegessen. Durch solche Alltagsvorstellungen werden Kopfschmerzen weitgehend normalisiert, was, selbst bei einer Eskalation der Migräne, vor einer weitergehenden Medikalisation schützt. Die Migräne verbleibt – bei episodisch gedeutetem Auftreten – weitgehend im Alltag. Diese Vorstellungen werden durch die ältere vaskuläre Migränetheorie gestützt (etwa Wolff 1972).

Selbstverständlich ließen und lassen sich Personen mit Kopfschmerzen medizinisch behandeln. Die Diagnose erfolgt dabei durch ein Ausschlussverfahren, das auf den Selbstberichten der Patienten beruht, die dafür verbale Fähigkeiten differenzierter Symptompräsentationen vorweisen müssen (vgl. Keidel 2007). In der Behandlung waren und sind Kopfschmerzen vornehmlich der niedrigschwelligen Allgemeinmedizin und der ambulanten Neurologie vorbehalten. Selbst populäre medizinische Schriften von Spezialisten wie von Harold Wolff (1972) und von Oliver Sacks (1994) sahen in Kopfschmerzen zwar eine physiologische Abweichung und Behandlungsbedürftigkeit, aber auch eine Variation des normalen physiologischen Ausdrucks.

Die Institutionalisierung der Schmerzmedizin wurde vor allem durch die Bilder schmerzgeplagter amerikanischer Veteranen des Zweiten Weltkriegs und des Koreakriegs vorangetrieben. Kopfschmerzen hatten hier nicht das politische Durchsetzungspotenzial wie die Phantomschmerzen der in den Lazaretten amputierten Soldaten (Witte 2017). Sie hatten auch nicht das Potenzial der Rückenschmerzen, die etwa als Bandscheibenvorfälle zu diagnostizieren sind und mit denen Arbeiter Invalidisierungen erreichen konnten. Kopfschmerzen fehlt das körperliche Belastungsgegenüber, mit dem die Skandalisierung eines Notstands erreicht werden konnte. Sie sind im Gegensatz zu anderen Schmerzarten nicht durch ein materielles Korrelat, etwa körperliche Betätigung oder anatomische Läsionen, fassbar.

Wenngleich sie eng mit der Alltagssphäre verknüpft waren und nicht als lebensbedrohlich galten, hatten Kopfschmerzen, vor allem die Migräne, trotzdem die historisch gefestigte Statur einer Pathologie. Die Symptomkonstellation der Migräne ist spätestens seit dem 18. Jahrhundert weitgehend kodifiziert. Bis zum 18. Jahrhundert dominierte das Interesse an der Zirkulation von Körpersäften und ab Mitte des 19. Jahrhunderts an den Nerven (Schadewaldt 1981, Schobeiß und Steinberg 2013, Soyka 1999, Tfelt-Hansen und Koehler 2011). Es gab für Migräne eigene Ätiologien und Behandlungen, die sie lange Zeit nicht unmittelbar an den Diskurs zum Schmerz als Krankheit anschlussfähig machten.

Schmerzen gelten bei Migräne zwar als Hauptsymptom, aber eben, wie bei konventionellen Schmerzen, als Symptom physiologisch erklärter Prozesse. Vor allem aber waren es andere Spezifika, etwa Auraerscheinungen, die neurologische Aufmerksamkeit generierten, und eben nicht nur Schmerzen. Zum Ende des 19.

Jahrhunderts entwickelten sich in der Neurologie elaborierte und konkurrierende Vorstellungen der Migräne, die im Weiteren durch Harold Wolff (1972, 1. Auflage: 1948) zu einem konsistenten, aber nicht unumstrittenen Erklärungsansatz der Gefäßtheorie zusammengeführt wurden. Spezielle Migränemittel (Ergotamin) gab es spätestens seit den 1930er-Jahren, und ihr Einsatz und ihre Wirkungen wurden immer physiologisch begründet. Sowohl die Krankheitslehre als auch die Behandlung haben also lange Zeit die Migräne vor dem Etikett der chronischen Schmerzen geschützt.

Aufgrund ihrer Ungefährlichkeit und Alltagsnähe waren Kopfschmerzen indes kein Hauptgegenstand der Neurologie. Die Durchsicht der medizinischen Diskurse seit den 1950er-Jahren zeigt jedoch, dass sie hier mitnichten vernachlässigt wurden. Es gab etwa regelmäßige Tagungen mit dazugehörigen Veröffentlichungen, auf denen Studien und Behandlungen vorgestellt wurden (etwa Heyck 1972).

Kopfschmerzen als chronische Krankheit

Nachdem sich ab den 1990er-Jahren ganz allgemein die Idee der chronischen Schmerzen durchsetzte (vgl. Witte 2017), wurde sie auch auf Kopfschmerzen angewendet. Zentral dafür war deren Episodenhaftigkeit, die nun als Dauerhaftigkeit interpretiert wurde (Birklein et al. 2016, Sommer und Diener 2013). Damit galten Kopfschmerzen als chronische Krankheit, was den semantisch naheliegenden Weg zu den chronischen Schmerzen ebnete. Zudem eskalierte ab den 1990ern durch die Anwendung hochpotenter und hochpreisiger Kopfschmerzmittel das Problem der schmerzmittelinduzierten Kopfschmerzen, das es allerdings schon vorher gab. Triptanen gegen Migräneanfälle, die ab diesem Zeitpunkt Ergotamine ablösten, wurde eine weitaus bessere Wirkung bescheinigt, deshalb wurden sie nun häufiger und in kürzeren Abständen eingenommen. Damit kommt es der herrschenden Krankheitstheorie zufolge zu Wiederholkopfschmerzen, da sich der Migräneanfall entfalten muss und nicht unterdrückt werden darf, damit er seine physiologische Funktion erfüllt. Bei Spannungskopfschmerzen rufen hoch dosierte normale Schmerzmittel, so auch das weit verbreitete Aspirin, Gewöhnungseffekte hervor. Schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzen sind also zwar physiologisch erklärbar, aber sie sind eben auch iatrogene Effekte, die durch einen vernünftigen Arzneimittelgebrauch beendet werden können, für den sich die Schmerzmedizin zuständig sieht (Göbel 2012a).

Ab den 1990ern entwickelte sich aus dem Nervenmodell mit seiner Nähe zu Vorstellungen vom »nervösen Charakter« die Idee vom Migränegehirn (z.B. Borsook et al. 2012), worin Migräniker aufgrund ihrer besonderen Sensibilität in der Verarbeitung von Reizen einen herausgehobenen Platz zugewiesen bekommen. Die Vorstellung des Migränegehirns führt aus den sozialen Beziehungen des Alltags heraus in die zunehmende Medikalisierung und in eine Migräneidentität, denn sie

folgt nicht mehr alltagsweltlichen Vorstellungen, sondern sieht die Kranken in einer eigenen Welt. Das konzertierte Programm der multimodalen Schmerztherapie macht die Patientinnen zu Experten ihrer Krankheit, indem es bei ihnen ein neurophysiologisch informiertes Symptombild von Migräne erzeugt. Auch die Arzt-Patient-Beziehung verändert sich: Durch die Expertisierung der Patienten wird die ärztliche Handlungsmacht (scheinbar) abgegeben. Im Ergebnis können Patientinnen auf eine voll legitimierte Krankenrolle rekurrieren und damit ihren Alltag dirigieren. Das kann zum Problem werden, wenn die Krankenrolle in der Familie und auf der Arbeitsstelle abgewiesen wird, etwa weil die Idee des Migränegehirns dort nicht verstanden wird. Da in diesem Fall nur noch mit medizinischen Ansprechpartnern eine Verständigung erzielt werden kann, eskaliert die Fokussierung auf Symptome, denn nur mit ihnen lässt sich Behandlungsbedürftigkeit nachweisen.

Die neurologische Kopfschmerzmedizin wurde jedenfalls an die spezialistische Schmerzmedizin angeschlossen, behält aber durch die Idee des Migränegehirns ihre neurologische Statur. In der Folge kam einigen Kopfschmerzformen die Besonderung und Skandalisierung als chronische Schmerzen zu. Damit schrieb die Medizin ihre Geschichte der Kopfschmerzen um: Bis in die 1990er-Jahre wären sie ein von der Neurologie vernachlässigtes Gebiet mit wenig Platz in den Lehrbüchern, wenig Erkenntniszuwachs und mangelnden Behandlungserfolgen (Birklein et al. 2016, Soyka 1999). Mit dem Etikett »chronische Schmerzen« versehen, wurden Kopfschmerzen nun als »unterschätzte Volkskrankheit« (Spiegel, Heft 4, 2018) an das Licht der Öffentlichkeit gebracht. Focus Online (15.5.2019) titelte gar »Zwei von drei Deutschen leiden unter Kopfschmerzen«.

Es gibt zwar bedeutende Fortschritte in der Klärung der Kopfschmerzpathogenese, doch gänzlich verstanden ist sie noch nicht – zu komplex scheint das Problem zu sein (z.B. Goadsby 2019, Göbel 2012a, Keidel 2007). Die Neurologie nimmt mit unterschiedlichem Akzent aber auch an, dass physiologische Mechanismen selbst im Kontext sozialer Figurationen stehen. Dafür werden dann – gleichsam als Hilfswissenschaften – die Verhaltensmedizin und die Psychosomatik bemüht. Die psychologischen Verfahren beruhen allerdings genauso wie die Medizin auf einem »egozentrischen Weltbild« (Elias 2011: 11). Die Patientin sei einer überforderten Umwelt ausgesetzt, deren Feindseligkeit sich im katastrophisch dargestellten Schmerz niederschlägt. Schmerz wird hier als weitgehend zerstörerisch und nicht als beziehungsstiftend betrachtet. Mit neuen medizinischen Theorien, vor allem im Anschluss neuer Entwicklungen der Neurophysiologie seit Mitte der 1990er-Jahre, wurde die Pathologie zunehmend mit Diagnosen und Nosologien gefestigt und gegenüber Alltagserklärungen abgesichert.

Im Netz der Empfindlichkeitsdispositionen haben Kopfschmerzen mit dem Etikett Migräne eine eigene Statur. Ganz normale Kopfschmerzen lassen sich weniger gut beschreiben, was Frequenz, Stärke, Bedingungen, unter denen sie auftreten, und Erscheinungsformen betrifft. Sie sind zu alltäglich – kaum mit einem Dis-

tinktionswert versehen. Migräne dagegen ist nicht nur eine historisch stabile und medizinisch abgesicherte Diagnose, sondern auch anschlussfähig an andere Symptome wie Allergien, Stress, Wetterfühligkeit, Niedergeschlagenheit und Übelkeit. Das kann in der Behandlungspraxis mit unterschiedlichen medizinischen Theorien plausibilisiert und miteinander kombiniert werden: Allergietheorie, Psychosomatik, Homöopathie, Naturheilkunde, die Theorie der vasolabilen Gefäße oder des Migränegehirns (z.B. Das 1995, Göbel 2012a, 2012b, Lenz 2018, Sacks 1994, Schädewaldt 1981, Wolff 1972). Weil die physiologischen Wirkmechanismen nur teilweise bekannt sind, lassen sich individuelle Ausprägungen und Idiosynkrasien reklamieren, die wiederum in eine kollektive Figuration – der Migräniker und Migränikerinnen – übergeführt werden können. Migräne ist mit der Legitimität einer neurologischen, also organmedizinischen Krankheit ausgestattet, sie erlaubt aber auch das Darstellen subjektiver Befindlichkeiten und kann sich aufgrund des Zusammentreffens von Krankheit und Krankfühlen als ein sehr moderner Symptomkomplex behaupten. Sie stellt Verbindungen zwischen subjektiven psychischen und objektiven medizinischen Symptomen her. Migräne ist nicht simuliert, und man ist auch nicht wahnsinnig.

Das weist darauf hin, dass der Migränecode nicht nur gelernt, sondern seine Anwendung zudem eingeübt werden muss. Im Verlauf der Patientenkarriere wird Migräne von einer Abweichung zum Körperkapital, in das Schmerzen (denn Schmerzen sind weiterhin unangenehm) und gesteigerte Empfindlichkeiten investiert werden, mit dem man als schuldloses Opfer Interaktionsgewinne verbuchen kann. Die Gewinne lassen sich aber nur einfahren, wenn es dafür einen Markt gibt, auf dem Kopfschmerzen gegen andere Güter eingetauscht werden können. Die Aufgabe von Migränikern ist es demnach, ein Verstehen ihrer neuen Symptomdeutungen zu erzeugen. Migräne braucht ein soziales Milieu, in dem sie verstanden wird und so in die Interaktionen mit anderem eingehen kann. Das sind dann die Normalisierungsbewegungen eines abweichenden Merkmals mit den Mitteln der Pathologie.

2.2 Interviews über Kopfschmerzen

Untersuchungsgruppen und Teilstudien

Die Auswahl der Untersuchungseinheiten folgte dem Prinzip des theoretisch geleiteten iterativen Vergleichs größter und kleinster Kontraste (Strauss 1994). Für unsere erwachsenen Informantinnen und Informanten wurde, wie für eine qualitative Forschung üblich, keine sozialstatistische Repräsentativität soziodemografischer und epidemiologischer Merkmale mit der Bevölkerung Deutschlands ange-

strebt. Insgesamt wurden vier Teilerhebungen durchgeführt. Leitend waren dafür zunächst die Pathologisierungserfahrungen von Kopfschmerzen.

Die stärkste Pathologisierung wurde in Schmerzkliniken vermutet, deren Patientinnen am besten über Kopfschmerzen Auskunft geben konnten. In drei Schmerzkliniken – zwei mit neurologischem Schwerpunkt und eine mit allgemeinem schmerzspezialistischem Schwerpunkt – wurden insgesamt 61 Interviews mit 51 Frauen und zehn Männern durchgeführt, wovon 32 Interviews mit 24 Frauen und acht Männern ausgewertet wurden. Die Patientinnen und Patienten übernahmen die jeweilige Behandlungsvorstellung der Einrichtung, etwa die vaskuläre Theorie, die Theorie des Migränegehirns oder psychologisch informierte Stressvorstellungen. Nicht alle medizinischen Expertentheorien wurden von den Patientinnen immer in voller Konsequenz aufgenommen und angewendet. Ihre Biografien enthalten stets Phasen, in denen die Kopfschmerzen als Alltagsphänomen gesehen wurden, bis sie den Weg in die intensivere medizinische Versorgung fanden. Weiterhin gab es auch in den Schmerzkliniken Patienten, die sich von der Behandlung kaum beeindruckt ließen und für die die Alltagsbestände weiterhin handlungsleitend waren.

Die unterschiedlich stark pathologisierten Patienten der Schmerzkliniken wurden mit zwei geringer pathologisierten Gruppen verglichen, für die vermutet wurde, dass Kopfschmerzen nicht ihren Lebensmittelpunkt bilden. Einmal wurden 22 Personen (15 Frauen und sieben Männer) aus der Normalbevölkerung zu einem Interview gebeten. Einige von ihnen gehen aufgrund von Kopfschmerzen kaum oder gar nicht zu Ärztinnen, andere werden durch niedergelassene Neurologinnen und Allgemeinärzte bei unterschiedlicher Frequenz und Intensität betreut.

Zum anderen wurde eine Teilstudie mit 19 Studierenden (zehn Frauen und neun Männern), dominierend des Sozial- und des Ingenieurwesens, durchgeführt. Die Kontrastierung der beiden Studierendengruppen erfolgte aufgrund der Überlegung, dass es auch in der Pathologiefeme durchaus unterschiedliche Empfindlichkeitsniveaus gibt, wobei den Sozialwesenstudierenden durch ihre habituelle Nähe zu therapeutischen Milieus eine höhere Aufmerksamkeit auf ihren Körper unterstellt wurde als den Ingenieurwesenstudierenden.

Im Laufe der Befragungen zeigte sich, dass eine nicht unerhebliche Anzahl der Befragten eine psychologische oder psychosomatische Behandlung in Anspruch nahm. Kopfschmerzen waren zwar nur in den wenigsten Fällen der Grund dafür, spielten im Behandlungsgeschehen und für die Fallverläufe allerdings eine wichtige Rolle. Innerhalb der multimodalen Behandlungsprogramme der Schmerzkliniken haben psychologische Interventionen ein besonderes Gewicht. Aus diesen Gründen wurden 13 Patienten (elf Frauen und zwei Männer) einer psychosomatischen Akutklinik befragt, die angaben, Kopfschmerzen, ein Kardinalsymptom in diesem Behandlungsmilieu, zu haben. Es war zu vermuten, dass dort in paradigmatischer Weise psychologische und psychosomatische Kenntnisbestände und

Verfahren angewendet werden, die gegenüber somatischen und Alltagsverfahren eine Variation bezüglich der Krankheitsdeutungen und Krankenkarrerien bilden.

Mit 14 Befragten vor allem aus dem Sample der Kliniken wurde ein Folgeinterview an ihrem Wohnort durchgeführt, des Weiteren 14 Interviews mit Partnerinnen und Partnern sowie sieben Interviews mit anderen Angehörigen (Müttern, Geschwistern, Kindern). Insbesondere diese Interviews geben einen Einblick in den Kopfschmerzalltag und kontrastieren pathologische Deutungen. Die Grundlage der vorliegenden Studie beruht somit auf den Aussagen von mehr als 136 Betroffenen und ihren Angehörigen. Allen unseren Informantinnen und Informanten ist für ihre Offenheit zu danken, mit der sie aus ihren Leben und von ihren Krankheitsverläufen berichteten.

Neben den Laienbefragungen wurden insgesamt 35 Interviews mit 21 Ärzten und Ärztinnen (aller Funktionsebenen und unterschiedlicher Spezialisierungen), vier Pflegekräften, vier Psychologinnen sowie fünf Physio- und Sporttherapeutinnen durchgeführt. Die Experteninterviews dienten der Arrondierung des Forschungsgegenstandes und der Sondierung des Feldes, der Begleitung der einzelnen Teilstudien sowie der Thesenstrukturierung. Insbesondere war zu verfolgen, auf welche Weise medizinische und therapeutische Kenntnis- und Praxisbestände im Leben der Patienten Platz greifen. Dank schulde ich den Expertinnen und Experten sowie dem Personal der Kliniken, die das Vorhaben sehr gut unterstützten, auch indem sie die notwendigen Freiräume in ihren Einrichtungen und Einsichten in ihre Tätigkeiten gewährt haben.

Nicht alle medizinischen Milieus und sozialen Alltagsmilieus konnten intensiv oder überhaupt untersucht werden. So fehlen zum Beispiel Beobachtungen zur heterodoxen Medizin und zu alternativen Verfahren. Hinsichtlich der Lebenserfahrungen und der sozialen Milieus gibt es keine systematischen Aussagen über Personen mit direkter oder indirekter Migrationsbiografie. Das Land der Kopfschmerzen ist somit noch nicht vollständig vermessen, die Karte weist einige weiße Flecken auf. Die in den folgenden Kapiteln präsentierten Ergebnisse sind also Fallstudien in fünf sozialen sowie in zwei medizinischen Milieus.

Bei der Auswahl wurde auf die Variation personenbezogener Merkmale wie Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildung sowie Berufs- und Milieuzugehörigkeit geachtet. Unsere Informantinnen und Informanten verorteten sich im binären Geschlechtercode von männlich und weiblich, niemand berichtete über eine Modifikation der Geschlechtsidentität. Alle Altersgruppen von 20 Jahren bis 75 Jahre sind im Sample vertreten. Falls einige Merkmale im Sample nicht angemessen repräsentiert waren, wurde zielgerichtet nach neuen Informanten gesucht. Vor allem unter den Befragten aus den Schmerzkliniken schienen uns Männer, Ältere und Angehörige der gewerblichen Milieus nicht in genügender Anzahl vorzukommen, sodass eine Nacherhebung durchgeführt wurde.

Bei zwei Interviews aus den Schmerzkliniken, die nicht in das Sample einbezogen wurden, zeigten sich offensichtliche Widersprüche in den Aussagen, sodass eine psychiatrische Disposition unterstellt wurde. Selbstverständlich produzieren auch diese Interviews authentische Aussagen, die jedoch mit den genutzten konzeptionellen und methodischen Instrumenten nicht auszuwerten sind.

Im Gesamtsample sind deutlich mehr Frauen als Männer vertreten. Das liegt sicherlich an der geschlechtsspezifischen Verteilung von Kopfschmerzen, von denen Frauen in epidemiologischen Studien doppelt so häufig wie Männer berichten. Darüber hinaus scheinen Männer generell weniger bereit als Frauen, Empfindlichkeitsdispositionen gegenüber Fremden zu präsentieren. Der geschlechterbezogene Unterschied des Berichtswesen über Körperempfindungen ist bereits hinlänglicher Gegenstand der Medizinsoziologie (im Überblick: Kuhlmann und Annandale 2012) und wird auch in der vorliegenden Studie immer wieder angesprochen.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Deutung und Darstellung von Kopfschmerzen werden in der vorliegenden Studie an den Ordnungen sozialer und medizinischer Milieus gemessen. So wird etwa noch zu zeigen sein, dass es für Frauen wie auch für Männer aus den gewerblichen Milieus inakzeptabel ist, ihre Kopfschmerzen umfassend in Stellung zu bringen, während es Frauen und Männern aus den Dienstleistungsmilieus offenbar kein Problem bereitet. Gleichwohl ist in allen Teilstudien zu beobachten, dass die Kopfschmerzdarstellung von Frauen akzeptierter und elaborierter ist als die von Männern. Ein prinzipielles Glaubwürdigkeitsdefizit von Kopfschmerzen bei Frauen, wie es etwa Kempner (2014) nahelegt, konnte in unserem Material jedenfalls nicht beobachtet werden.

Soziale Milieus und soziale Mobilität

In der vorliegenden Studie wurde sich im Hinblick auf die Sozialstruktur an den Vorstellungen von Andreas Reckwitz (2017, 2019: 63-134) orientiert, der das Modell der sozioökonomischen Schichtungszwiebel (z. B. Geissler 2008) weiterentwickelte. Im Zuge von Modernisierungsprozessen entwickelte sich ab den 1980er-Jahren aus einer Gesellschaft der nivellierten Mitte (Schelski 1973, i.O. 1953) eine Dreiklassen- bzw. eine »Drei plus eins«-Gesellschaft mit einer zahlenmäßig geringen Oberklasse, der alten, ehemals dominierenden Mittelklasse sowie der daraus abgespaltenen neuen akademischen Mittelklasse und der neuen geringqualifizierten Unterklasse. Der alte Mittelstand büßt in der Frühzeit des 21. Jahrhunderts seine kulturelle Bedeutung ein; bestimmend wird stattdessen die neue Mittelklasse. Die Sozialstruktur des frühen 21. Jahrhunderts lässt sich daher weniger in einem vertikalen Schichtungsmodell verstehen, sondern als System soziokultureller Milieus, die sowohl vertikale als auch horizontale Verteilungsformen ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals bzw. typische Formen kultureller Einstellungen und des psychophysischen Erlebens kennen. Reckwitz greift dafür auf bereits vorliegende

Modelle von Bourdieu (1982) und Schulze (1992) sowie der Sinusmilieus (z.B. Wippermann et al. 2011) zurück.

Unsere Informantinnen und Informanten lassen sich der alten und der neuen Mittelklasse zuordnen. Ober- und Unterklassenangehörige können dagegen nicht identifiziert werden. Das bezieht sich auf berufliche Positionen, auf die Einkommen und auf die erreichten Bildungsniveaus. Es befinden also weder ganz arme noch ganz reiche Personen im Sample. Bildungsabschlüsse reichen vom Volksschulbis zum Universitätsabschluss. Aus einfachen Verhältnissen kommende Personen haben sich in der Regel hochgearbeitet und beanspruchen für sich Einstellungen der bürgerlichen Mittelschicht. Die meisten unserer Informantinnen haben eine Berufsausbildung absolviert.

Ungeachtet der Zuweisung zu den Mittelklassen weisen die Befragten Unterschiede in der Höhe des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals auf. Für die Zwecke der vorliegenden Studie werden die untersuchten Gruppen über die beruflichen Segmente und die Art der Arbeitstätigkeiten bzw. der Arbeitsstellen definiert – bei unseren Informantinnen und für deren Eltern, um Mobilitätsprozesse zu deuten. Dabei werden die folgenden fünf Segmente unterschieden: Die alte Mittelklasse wird durch gewerbliche Berufe der Land- und Industrierarbeit sowie des Handwerks (1), durch technische Berufe, wozu die Ingenieurwesenstudierenden gezählt werden, (2) und durch die Angestelltenberufe im Büro und im fachlichen Einzelhandel repräsentiert (3). Die neue Mittelklasse wird durch Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe, einschließlich der Sozialwesenstudierenden (4), sowie durch die Berufe in der Kreativwirtschaft und im alternativen Therapiebereich (5) repräsentiert. Es lässt sich zeigen, dass die Angehörigen der einzelnen Segmente jeweils eigene Kopfschmerzdeutungen hervorbringen, die sich von anderen unterscheiden. Diese Deutungen korrespondieren mit der Art und Weise der üblichen körperlichen Anforderungen an die beruflichen Tätigkeiten, aus denen sich wiederum die typischen Auffassungen sowie der typische Gebrauch des Körpers ergeben.

Die Erwerbs- und Familienverläufe der Befragten zeigen, dass Mobilitätsprozesse sehr komplex verlaufen, was eine eindeutige Milieuzuordnung erschwert und zu Unschärfen führt. Gegenüber der Elterngeneration findet in der Regel ein Wechsel in andere berufliche Sparten statt, etwa von gewerblichen Berufen in den Angestelltenbereich, die Dienstleistungsarbeit oder in die Selbstständigkeit. Manche der gewählten Berufe – einschließlich der damit verbundenen habituellen Konstitution – gab es in der Elterngeneration nicht einmal. Desgleichen wechseln Einstellungsmuster, was sich gut bei den studierten Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus beobachten lässt, die aus kleinbürgerlichen Verhältnissen stammen. Ob das immer als ein sozialer Aufstieg gesehen werden kann, bleibt dahingestellt, zumeist wird es aber von unseren Informantinnen so gesehen, wenn sie sich aus kleinen Verhältnissen hochgearbeitet haben.

Mobilitätsprozesse finden darüber hinaus durch Heirat und Partnerschaft statt, in denen sich die Zuordnung zu einem Milieu konventionell am Beruf des (zumeist statushöheren) Mannes orientiert. Inzwischen leitet sich durch zunehmende Berufstätigkeit und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Frauen die Milieuzugehörigkeit einer Familie oder Partnerschaft nicht allein vom Mann ab, insbesondere bei der sozialstrukturell unterschiedlichen Herkunft sowie bei unterschiedlichen Bildungs- und Erwerbsverläufen. Ebenso können nach Trennungen und beim Eingehen neuer Partnerschaften Milieuzugehörigkeiten wechseln und sich der sozioökonomische Status sowie habituelle Dispositionen ändern.

Bei beruflichen Mobilitätsprozessen und in Partnerschafts- und Familienkarrieren wandeln sich zwar Körperdeutungen und Körperpraktiken, trotzdem bleibt ein Teil des in der Herkunftsfamilie erworbenen Körperverständnisses weiterhin wirksam. Damit überlagern sich neue und alte habituelle Dispositionen, was auch beim Schmerzverständnis zu beobachten ist. Die Erwartungen der alten (aber nicht gänzlich verlassen) Milieus schlagen sich jedenfalls in der habituellen Konstitution mit ihrem Beharrungsvermögen nieder. Dieser von Bourdieu (1982: 238, 1999: 111) beobachtete Hysteresis-Effekt, von dem dann gesprochen werden kann, wenn der im Herkunftsmilieu erworbene Habitus nicht dem erwarteten Habitus der eingenommenen Position in der sozialen Struktur entspricht, lässt sich häufig auch auf die Biografien unserer Informanten und Informantinnen anwenden.

Die Interviews

Das Vorgehen, vor allem die Erhebung der Interviews, ist der Methode des »Verstehenden Interviews« von Jean-Claude Kaufmann (1999) verpflichtet, der sich selbst in der Tradition der Grounded Theory sieht. Von den Personen, die angegeben haben, Kopfschmerzen zu kennen, verfügten einige nur über einen geringen Kenntnisstand, andere wiederum waren Experten darin. Für einige waren Kopfschmerzen eher nebensächlich, andere beschrieben sie in Kategorien des Leidens, das ihren Lebensmittelpunkt bildet. Die Deutungen der Kopfschmerzen und die Umgangsweisen mit ihnen sind abhängig von den sozialen und medizinischen Milieus, die jedoch nicht immer alles erklären. So finden sich auch in der spezialistischen neurologischen Versorgung Patientinnen, denen ihre Kopfschmerzen nur wenig Sorge bereiten (auch wenn sie stark sind) und in der ambulanten Normalversorgung Informanten, die ihre Leiden gegenüber ihren Mitmenschen ausspielen. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es wichtig, sich die Lebenslagen, Körperdeutungen, Lebensentwürfe und die biografischen Erfahrungen sehr genau vor Augen zu führen und sie aufeinander zu beziehen.

Um nicht nur etwas über die Krankenkarrerien und über die medizinisch geleiteten Kopfschmerzdeutungen zu erfahren, wurde mit einigen ein zweites Gespräch geführt. Im ersten Interview präsentierten sich vor allem die Informanten aus den

Kliniken in ihrer Identität vorwiegend, aber nicht immer als Kranke – entweder als Schmerzranke oder als psychisch Kranke, je nach medizinischem Milieu. Die Interviewenden versuchten dieser einseitig auf medizinische Dimensionen zugespitzten Selbstpräsentation entgegenzusteuern, indem sie zwar die Kopfschmerzen zum Anlass des Interviews nahmen, zu denen auch erzählt werden sollte, aber ansonsten die biografischen Erfahrungen und den Alltag betonten, in denen sich die Schmerzerfahrungen einbetten. Selbst das bewusste Hinlenken auf Themen jenseits der Kopfschmerzen half häufig nicht zufriedenstellend, die Befragten zu weiterführenden Darstellungen ihrer zivilen Identität zu verhelfen – zu stark und zu intensiv waren sie im Krankenhaus mit den klinischen Dimensionen ihres Leidens beschäftigt, was durchaus schon vermutet wurde.

Die Selbstpräsentation änderte sich bei Interviews, die zu Hause stattfanden, in denen die zivilen Dimensionen des Alltags sowie familiäre und berufliche Verläufe akzentuiert wurden. Kopfschmerzen waren zwar immer präsent, aber die Klage darüber wurde durch die Notwendigkeit, den Alltag zu gestalten, relativiert, sodass die Geschichten ihrer Einbettung in den Alltag, in die Biografie und in den Lebensentwurf das Gespräch bestimmten. In den Interviews musste darüber hinaus das Problem sozial erwünschter Selbstpräsentationen gelöst werden. Unsere Informanten verteidigten sich und ihre Familien und scheuten die Kritik an sich selbst und ihren Partnern. Eher äußerten sie Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation (weniger mit der medizinischen Versorgung).

Da die Logiken der Schmerzkonstruktionen auch in den Familien vermutet wurden, fragten wir unter anderem nach den häuslichen und familiären Umständen. Zudem wurde, wenn möglich, vor allem bei den Klinikpatienten, auch ein Interview mit signifikanten Angehörigen vereinbart, mit Partnern und Partnerinnen, Eltern, Kindern und Geschwistern, wodurch sich die Möglichkeit ergab, Reaktionen auf Kopfschmerzen, den Erfolg der Plausibilisierung sowie das jeweilige Alltagshandeln kennenzulernen. Dabei wurde darauf geachtet, einen Eindruck von den Einkommensverhältnissen und finanziellen Verpflichtungen sowie weiteren Aspirationen und Lebenszielen zu erhalten, denn hier waren Anforderungen und Belastungen zu vermuten, die das interessen geleitete Handeln in der medizinischen Versorgung steuern und Empfindlichkeiten modulieren.

Unseren Informantinnen wurden keine bewussten Fehlinformationen unterstellt, das, was sie berichteten, wurde ernst genommen – eine Selbstverständlichkeit soziologischer Forschung. Allerdings wurde strategisches Antwortverhalten vermutet, das auf die Präsentation des »besten Selbst« und einer kohärenten Lebensgeschichte gerichtet ist (Goffman 1969, Kaufmann 1999, Rittner 1982). Vieles für die Studie Wichtige brachten unsere Informanten also zunächst nicht zur Sprache, was die Interviewer veranlasste, ihre ansonsten notwendige Zurückhaltung aufzugeben und aktiv, aber vorsichtig den Schutzwall einer allzu gesicherten Selbstpräsentation zu durchbrechen. Die Informanten wurden mit Widersprüchen

in ihrer Erzählung konfrontiert, um Klärung gebeten und aufgefordert, ihre Darstellungen zu vertiefen sowie Episoden zu berichten, mit denen sie ihre Selbstdeutungen und ihre Lebenssituation kontextualisieren. Manchmal war es für sie überraschend, die eigenen Deutungen ihrer Lebenssituation mit den darin gelebten Erfahrungen des Körpers und dessen Empfindlichkeiten in Zusammenhang zu bringen. Einige kamen dadurch den Dissonanzen und Widersprüchen in ihren Erzählungen selbst auf die Spur, anderen waren ihre »Lebensmärchen« (Kaufmann 1999: 99) nicht so klar. In allen Fällen war es wichtig, zwischen Praktiken, orientierenden Deutungen und deren Rationalisierungen zu unterscheiden.

Kritische Nachfragen der Interviewer nach Unangenehmem wurden nicht nur akzeptiert, sondern willkommen geheißen und mit Erleichterung aufgenommen. Die Befragten erkannten darin Ernsthaftigkeit, Interesse und das Bemühen um Verständnis an ihrer Lebensgeschichte durch die Forschenden. Gerade durch die leichten Zweifel und die Bitten um vertiefende Erläuterungen fühlten sie sich ernst genommen, erklärten sich, verpflichteten sich der Interviewsituation, tauchten in ihre Biografien ein und breiteten so ihre Sicht vor Fremden aus, ohne Verurteilungen fürchten zu müssen. Es wurde auch nicht infrage gestellt, wenn sie doch bei ihrer alten Version blieben. Es ging zwar um die Geschichten hinter den Geschichten, die sich aus Deutungen des Körpers, biografischem Erleben und den Lebenslagen ergaben, aber nicht um spekulative Deutungen. Dem wurde durch das Herausfordern von konkreten Episoden vorgebeugt, indem nach Praktiken, Erleben, Interaktionen und deren Kontexten sowie nach Bezugspersonen und deren Reaktionen gefragt wurde. Auf diese Weise wurden wertvolle Hinweise auf die typischen Erwartungen und Normen in den sozialen und medizinischen Milieus generiert. Handlungsmotive und Fallverläufe ergeben sich zwar aus den Notwendigkeiten von Lebenssituationen und Lebenslagen, werden aber unter Umständen mit ganz anderen Begründungen rationalisiert. Handlungsdaten ermöglichen ein hohes Maß an Authentizität und eine leichtere Einsicht in den Alltag, als durch die Preisgabe von Einstellungen und Bewertungen, für die ohnehin niedrige Hürden bestehen (vgl. Kaufmann 1999).

Das Vorgehen war durchaus harte Arbeit – sowohl aufseiten der Informantinnen, die ihre Biografie neu sortierten, als auch der Interviewerinnen, die sich wiederholt auf teilweise sehr überraschende Sortierungen einzulassen hatten. Schließlich gehen die Interviewer mit Vorverständnissen und mit Hypothesen in das Gespräch, die sie immer wieder infrage stellen müssen. Jedenfalls erfuhren wir im Anschluss durchgängig wertschätzende Rückkopplungen, sowohl vonseiten der Informantinnen als auch auf indirektem Weg über das Personal der Kliniken.

Auswertung

Selbstverständlich können die Interviews das Leben unserer Informanten nicht vollständig abbilden, und auch bei den dichtesten und interessantesten Erzählungen gibt es immer Leerstellen, die mit Deutungen gefüllt werden müssen – was schließlich die Aufgabe der Forschung ist. Die Auswertung der Daten vollzog sich in mehreren Teilschritten mit einer zunehmenden theoretischen Verdichtung. Zunächst wurden aus den Transkripten der Interviews Einzelfalldarstellungen extrahiert, wobei das Wechselspiel von Deskription, Deutung und Analyse, das schon während der Interviews begann, fortgeführt wurde. Die Eckpunkte dieser Ausarbeitungen waren jeweils familiäre und berufliche Verläufe sowie die Krankengeschichten und deren Deutungen. Aussagen zu Modulationen der Empfindlichkeiten sowie zu Deutungen und zum Ausdruck des Körpers wurden in Beziehung zu diesen Verläufen gesetzt und dadurch Motive der Körperaufmerksamkeit, der Körperpräsentation und des Krankheitsverhaltens sichtbar gemacht.

In systematischer Weise wurden nach dem Vorbild des Trajectory-Konzepts von Anselm Strauss und seinen Mitarbeiterinnen (Corbin und Strauss 1993, Fagerhaugh und Strauss 1977, Strauss et al. 1985) drei Verlaufsstränge im Leben unserer Informantinnen und Informanten in den Blick genommen und deren Zusammenwirken untersucht: die der Herkunftsfamilie und der eigenen Familie, die der Ausbildung und Erwerbsarbeit sowie die der Krankheiten und des Körpers und dessen Empfindungen. Hiernach wurde jeweils im Hinblick auf Selbstdeutungen und Selbstbewertungen gefragt, mit denen sich die Informanten vor dem Hintergrund der Verläufe ihrer Lebenslagen, in den verschiedenen Lebenssituationen und der jeweils spezifischen Anforderungsstruktur verorten. Diese Stränge müssen koordiniert und vereinbart werden. Sie verweisen aufeinander und haben miteinander zu tun, etwa indem sie sich verstärken, sich gegenseitig behindern oder sich stützen. Manchmal gelingt es unseren Informantinnen nicht, die verschiedenen Stränge entsprechend ihres Lebensentwurfs zufriedenstellend zu synchronisieren. In diesen Fällen kommt es zu erheblichen Konflikten, wie insbesondere im Abschnitt zum psychosomatischen Behandlungsmilieu zu zeigen sein wird. Insgesamt bilden die Verläufe sowohl in ihrer gedeuteten Biografie als auch in ihren institutionellen Karrieren das Schema, in dem sich unsere Befragten selbst verstehen und in dem sie sich und ihr Leben gegenüber den Interviewerinnen abbilden.

Die Einzelfallanalysen waren Vorarbeiten zur Erstellung einer sozialen Topografie der Kopfschmerzen, die in weiteren Analyseschritten immer wieder modifiziert wurde. Der nachhaltigste Zugang dazu war die Unterscheidung zwischen robustem und empfindlichem Körperverständnis, welches unsere Informanten auf sich und die anderen anwendeten. Es stellte sich allerdings heraus, dass die einzelnen Studienpopulationen in ihren Einstellungen, Biografien und Lebenszusammenhängen nicht so homogen waren, wie zunächst angenommen. Unter den Pa-

tientinnen der Schmerzkliniken gab es robustere und empfindlichere Personen, deren Pathologisierungserfahrungen sich hinsichtlich ihrer Herkunft, ihrer Lebenssituation und ihrer Lebensentwürfe unterschieden. Ähnliches konnte für die Studierenden und in der Gruppe der ambulanten Kopfschmerzbetroffenen festgestellt werden. Auch die Fallgeschichten der psychosomatischen Patientinnen waren komplex, sodass sehr viel Arbeit investiert wurde, ihre Einstellungen und die Logiken ihrer Krankenkarrerien zu verstehen.

Das Datenmaterial und die erarbeiteten Kategorisierungen mussten nach diesen ersten Sondierungen noch einmal aufgebrochen werden. Im Zuge der Interviewauswertung zeigte sich, dass es nicht nur Unterschiede zwischen dem Medikalierungsverhalten und der Normalisierung von Kopfschmerzen gab, sondern dass beides selbst alles andere als uniform und eindeutig war. Im Laufe der Untersuchung entwickelte sich der Idee einer sozialen Landkarte des Kopfschmerzumgangs und der Kopfschmerzdeutungen, deren Merkmale einerseits auf medizinische Behandlungsverfahren und Behandlungsvorstellungen zurückzuführen sind, andererseits mit Biografien, Lebenslagen, Lebensentwürfen und sozialen Milieus korrespondieren. Die drei zentralen Achsen, nach denen sich Schmerzumgangsformen organisieren, sind Robustheit/Empfindlichkeit der Körpereinstellung, soziale und medizinische Milieus, in denen unsere Informantinnen positioniert waren, sowie die zeitliche Achse der Biografien und Lebensentwürfe, die sich in Familien-, Arbeits- und Krankenkarrerien kondensiert.

Die Thesen wurden im weiteren Verlauf von Analyse, der Hinzuziehung von noch nicht ausgewertetem Material und der fortgesetzten Datenerhebung modifiziert und noch mehr zugespitzt, neue Sortierungen wurden erstellt sowie neue konzeptionelle Zugänge gefunden, die sich bis zu der hier präsentierten theoretischen Sättigung verdichteten. Als weitere zentrale Analysemerkmale wurden typische und abweichende Belastungen und Anforderungen der Befragten sowie ihre Einstellungen und Bewertungen hinzugezogen und in den Kontext ihrer Bewertungen der Biografie und des Lebensentwurfs gesetzt. Die Eigensichten wurden ihrer objektiven Lebenssituation und ihren Lebenschancen gegenübergestellt, über die sie berichtet hatten oder die sich aus ihrer Darstellung ableiten ließen. Aus den Selbsteinschätzungen und den objektiven Bedingungen erklärten sich die Rationalitätskriterien und Handlungsstrategien der Informanten, die mit ihrem Empfindlichkeitsausdruck in Beziehung gesetzt wurde. In diesem Schritt wurden schließlich Einstellungen, Bewertungen und Praktiken den sozialen und sozioökonomischen sowie den institutionellen Milieus und deren typischen Anforderungen und Notwendigkeiten gegenübergestellt. Durch das vertiefende Einbeziehen der Lebenslagen in das Analyseraster entwickelten sich Thesen zu biografischen Verlaufsdynamiken sowie zu deren Motiven, Notwendigkeiten und Kontingenzen, die wiederum anhand der Einzelfallanalysen überprüft und verfeinert wurden, um da-

durch den Konstruktionsprozessen der körperlichen Vorstellungen und der Empfindungen auf die Spur zu kommen.

Parallel zu den Arbeiten an den Interviews wurden Schmerz- und Kopfschmerzdiskurse in den öffentlichen Medien, der Selbsthilfe- wie auch der medizinischen Literatur verfolgt sowie aktuelle und ältere medizinische Schriften konsultiert. Das Ziel war keine systematische historische Aufbereitung, sondern das Verständnis der zentralen Diskurse, die die Hintergründe und Motive für Krankheits- und Körpervorstellungen, für institutionelle Karrieren sowie für biografische Entwicklungen bilden. Es zeigte sich sogar, dass Expertendiskurse eine zentrale Stellung für die Modulation von Empfindungen, für Biografien und für Krankenkarrerien einnahmen, was zunächst unterschätzt worden war.

Die Analyseebenen sind also sowohl zeitlich entlang der Chronologie ge- deuteter und institutioneller Verläufe als auch querschnittlich entlang sozialer Lebenswelten und medizinischer Versorgungsmilieus angeordnet. Mit Blick auf die Fragestellung nach den Logiken von Kopfschmerzinteraktionen, nach den Konstruktions- und Wahrnehmungsschemata sowie nach der sozialen Topografie von Kopfschmerzen schreitet die Untersuchung nach der Idee des kontrastiven Vergleichs großer und kleiner Unterschiede, der Identifikation von Kernkategorien und des Prüfens von Thesen und des Entwickelns von Gegenthesen iterierend voran, bis sich die theoretischen Konzepte verdichten. Die Auswahl der Untersuchungseinheiten erfolgte nach den Logiken des theoretischen Samplings – medizinische Milieus, soziale Gruppen und soziale Milieus auf der einen Seite und die Rekonstruktion von Kopfschmerzdeutungen, biografischem Erleben und Krankenkarrerien auf der anderen Seite, entsprechend der Grounded Theory, bedingen einander. Ziel der Analyse ist die theoretische Sättigung, bis also durch weitere Informationen und weitere Informanten der theoretische Zugewinn immer geringer wird. Im Verlauf der theoriegeleiteten Erhebung und Auswertung der Daten verdichten sich Hypothesen zu einer gegenstands begründeten Theorie (Strauss 1994).

Theorie und verdichtete Ankerbeispiele

Soziale Realität ist komplex, und es ist kaum möglich, sie auf wenige Merkmale zu reduzieren, mit denen sie zu verstehen wäre. Jedes einmal identifizierte Merkmal und jede theoretische Kategorie des Handelns enthält wieder unendlich viele weitere Optionen, die Menschen ergreifen könnten. Hinter jedem systematisierenden Begriff stehen einzigartige Schicksale, Biografien und Lebensläufe wirklicher Menschen, die in ihrer Konkretion immer auch eine andere Gestalt einnehmen könnten. Trotzdem muss, um ein Verständnis überindividueller Handlungsmuster zu ermöglichen, eine Reduktion herbeigeführt werden, ohne allerdings das Komplexe unzumutbar zu vereinfachen und das Kontingente zu verleugnen. Um diese Aufga-

be der Reduktion ohne Reduktionismus zu erfüllen, spiegelt sich das Vorgehen, vor allem das der Auswertung, in der Darstellungsweise der Ergebnisse wider. Vorbild dafür sind die Arbeiten von Anselm Strauss und seinen Mitarbeitenden (Corbin und Strauss 1993, Fagerhaugh und Strauss 1977, Strauss et al. 1985).

Die aus dem Gespräch zwischen Daten, Theorien und Konzepten entwickelten Modelle werden materialbasiert dargestellt. Dazu sind die Fallverläufe aus den Befragungen so aufbereitet, dass sie das Typische für den jeweiligen Zusammenhang präsentieren, in den sie gesetzt sind. Sie stehen also für eine ganze Reihe ähnlicher Fälle, für die dieselben Erklärungsmuster gelten und die genau genommen ebenfalls als Beispiele dienen könnten. Die Logiken der Fallverläufe ergeben sich aus den konkreten genauso wie aus den überindividuellen Handlungszusammenhängen, ohne deren Kenntnis sie nicht verstanden werden können. Aus diesem Grund wird es ebenso für notwendig gehalten, ihre konkreten Eigentümlichkeiten darzustellen, um sie in einen verallgemeinernden Kontext zu stellen. Die Falldarstellungen haben deswegen nicht nur illustrativen Charakter und könnten solcherart vernachlässigt werden, sondern im Zusammenspiel des Allgemeinen mit dem Besonderen von Verläufen sind darin die aus dem Material entwickelten Konzepte eingearbeitet und verankert.

Das Vorgehen, Theorieentwicklung und Falldarstellungen zu integrieren, birgt allerdings verschiedene Risiken. Die Studie wendet sich an ein Publikum mit durchaus unterschiedlichen Interessen, das diese Darstellungsweise nicht gleichermaßen befriedigen muss. Leserinnen und Leser mit einem starken theoretischen Interesse können die Fallbeispiele und deren hohen Konkretionsgrad überflüssig finden. Praktikerinnen und Praktiker können dagegen die konzeptionellen Ausführungen, seien es kürzere Bemerkungen, Einschübe, längere Passagen oder Zusammenfassungen, irritierend finden. Interessierte Laien, vielleicht Personen mit Kopfschmerzen, haben möglicherweise Schwierigkeiten mit den soziologischen Deutungen, die nicht den üblichen Alltagsdeutungen, vor allem nicht den Alltagsinteressen, entsprechen.

Mit diesen Risiken sind allerdings auch Chancen verbunden. Das Ineinanderspielen von Fallverläufen und Konzepten macht nachvollziehbar, warum welche Deutungen zu welchen Handlungsgrundlagen und Orientierungsmustern werden und andere nicht. Möglich werden kann eine Auseinandersetzung und ein gegenseitiges Verstehen der unterschiedlichen Lesergruppen, indem deren jeweilige Handlungslogiken und Deutungen nachvollziehbar gemacht werden. Die entwickelten Modelle lassen sich als Vorschläge verstehen, durchaus im Sinne einer Grounded Theory, die zwar zunächst gesättigt ist, die aber auch offen für Erneuerungen und Modifikationen bleibt, etwa wenn neue Konzepte und neues Material zu Rate gezogen wird oder sich Veränderungen der sozialen Wirklichkeit abzeichnen.

3. Der alltägliche Schmerz

Die Studie nimmt dort ihren Ausgangspunkt, wo sich Schmerzen am intimsten zeigen: in den Familien und in den Partnerschaften (Kapitel 3.1). Als Empfindlichkeiten des Alltags werden Kopfschmerzen vor allem in diesen unmittelbaren sozialen Nahbereichen verhandelt, in denen die Barrieren zu ihrer Darstellung am geringsten sind und das intensivste Wissen über körperliche Dispositionen geteilt wird. Es ist zu beobachten, dass Partnerschaften, in denen der Partner oder die Partnerin des Öfteren Kopfschmerzen hat, durchaus beständig sein können. Daher ist zu vermuten, dass die Störungen des Alltags in Routinen überführt und Kopfschmerzen zu einem Integrationsprojekt werden, ja sogar zur Stabilisierung der Paarbeziehung beitragen können, wenn sie zufriedenstellend in partnerschaftliche Narrative eingehen und in erwartungsgesättigten Praktiken verhandelt werden. Kopfschmerzen, die genauso wie anderes – Geld und Eigentum, Aufgaben und Verantwortungen, Arbeit und Hobbys, Gewohnheiten und Veränderungen, Kinder und Eltern – Objekte der Aushandlung sind, zu denen die Partner Stellung beziehen müssen, bilden dann gleichsam den Kristallisationspunkt des beiderseitigen Arrangements.

Nach den Umgangsformen mit Schmerzen in Partnerschaften und Familien werden soziale Milieus in den Blick genommen, zunächst das des alten Mittelstandes (Kapitel 3.2). Dieser Teil der Studie beginnt mit einem historischen Fallbeispiel aus den 1940er-/1950er-Jahren, das paradigmatisch für das bürgerlich-robuste Schmerzverständnis steht. Im Mittelpunkt der Lebensführung jener Periode, der Industriemoderne, die bis in die 1970er-Jahre andauerte (z.B. Reckwitz 2019), steht die Erwerbsarbeit. Kopfschmerzen sowie Schmerzen allgemein ordnen sich dem unter und werden mit Praktiken stoischer Selbstbeherrschung belegt. Diese ältere, durch Studien belegte robuste Schmerzeinstellung stellt gewissermaßen den Nullpunkt für die aktuellen Deutungen von Schmerzen und der sich verändernden Empfindlichkeitsniveaus dar.

Diese historische Verankerung scheint notwendig, um die sozialen Konstruktionsprozesse von Schmerzen und Empfindlichkeiten plausibel zu machen. Denn die Frage muss gestellt werden, warum Schmerzen in einer Zeit, in der Menschen starken körperlichen Belastungen ausgesetzt waren, im öffentlichen Diskurs und

im privaten Leben eine geringere Rolle gespielt haben als heute. Inzwischen sind Erwerbsarbeit, Familie und Haushalt mit weitaus weniger Anforderungen versehen, zudem haben sich Erholungszeiten stark erhöht. Damit müsste sich auch das Schmerzaufkommen verringern.

Trotz der hier dominierenden Thematisierung erhöhter Empfindlichkeiten gibt es weiterhin Personen, die sich am stoischen Schmerzverständnis orientieren. Diese robuste Einstellung sieht Kopfschmerzen als Handlungsstörung an, bei denen einzig die Schmerzen im Vordergrund stehen, die einen distinkten körperlich-mechanischen Ursprung haben. Kopfschmerzen werden als Körperschmerzen betrachtet, die zu beseitigen oder weitgehend stillschweigend zu ertragen sind. Sie gehen ansonsten möglichst wenig in Interaktionen ein und werden relativiert. Legitime Schmerzen sind in dieser Gruppe die Schmerzen des Körpers, die Schmerzen des Kopfes stoßen dagegen auf wenig Anerkennung. Sie sind mit Peinlichkeit belegt, die Verschwiegenheit verlangt, also schweigend zu übergehen ist. In den Handlungszusammenhängen werden sie möglichst ignoriert, und Handlungen werden, wenn möglich, durch sie nicht unterbrochen. Solche Einstellungen des stummen Ignorierens finden sich vor allem bei denjenigen, die unter materiellen Knappheitsbedingungen groß geworden sind und die in der industriellen Arbeitsgesellschaft ihre zentrale Lebensdeutung und ihren Lebensentwurf verorten.

Ein robustes Körperverständnis wird auch bei Jüngeren beobachtet, die in der Überflussgesellschaft groß geworden sind (Kapitel 3.3). Sie haben allerdings kein so stoisches und fatalistisches Verhältnis zu ihrem Körper, wie ältere Arbeiterinnen und Handwerker, obwohl sie ihre ersten Schmerzerfahrungen in den robusten Verhältnissen ihrer Elternhäuser im gewerblichen und kleinbürgerlichen Milieu erwarben. Vielmehr beobachten sie ihren Körper, etwa beim Sporttreiben, sehr genau. Sie ignorieren Schmerzen demonstrativ und inszenieren auf diese Weise Leistung und Leistungsbereitschaft. Die Legitimität von Schmerzorten und Schmerzarten korrespondiert mit den Leistungsfeldern: Im Sport sind es Körperschmerzen, im Studium Kopfschmerzen, die allerdings wie Körperschmerzen aufgefasst werden. Im Verhältnis des Selbst zum Körper – in seiner aufmerksamen Beobachtung und dem Befolgen von Anforderungen – spiegelt sich der soziale Aufstieg durch ein Studium wider, womit auch einhergeht, dass in empfindlichere Körperverständnisse sozialisiert wird, ohne dass das robuste Körperverständnis der Herkunftsfamilie ganz aufgegeben wird. Personen mit einem solchem Schmerzverständnis werden in unserem Gesamtsample zumeist durch männliche Studierende repräsentiert.

Dem demonstrativen Ignorieren steht das demonstrative Zurschaustellen der Kopfschmerzen gegenüber, die in medizinisch gesicherte Arrangements überführt werden (Kapitel 3.4). Auf den Arbeitsstellen wird so eine Verständigung über die Kopfschmerzen als Pathologie erreicht. Beobachtet wurden solche Schmerz-

deutungen bei traditionellen Angestelltenberufen, also bei Sachbearbeitern in ihren Büros und bei Fachverkäuferinnen in den Geschäften. Diese Form des Schmerzgangs ist allerdings nicht repräsentativ für alle Angestelltenberufe. Als Gemeinsamkeit wurde vielmehr identifiziert, dass die hohe Empfindlichkeit in dieser Gruppe im Kontrast zum robusten Schmerzverständnis der Herkunftsfamilien steht, das, so die Vermutung, aufgrund von brüchigen Familienbiografien und der Orientierung auf Aufwärtsmobilität nur schwach sozialisiert wurde.

Es gibt aber auch Informantinnen, die ihre Schmerzen in ihren Herkunftsfamilien und Arbeitsstätten ganz legitim ins Spiel bringen, ohne sie zu pathologisieren (Kapitel 3.5). Kopfschmerzen sind hier Gegenstand sinnstiftender Interaktionen und gehen in ein Gewebe von schon bestehenden Empfindlichkeitsdispositionen ein. Sie brauchen daher – im Gegensatz zur Gruppe der empfindlichen Angestellten – nicht medikalisiert werden, um zufriedenstellende Zuschreibungen dafür zu erhalten. Wir fanden dies in der Gruppe der Sozialberufe, vorwiegend bei Pflegekräften, Lehrern, Erzieherinnen und angehenden Sozialarbeiterinnen.

Weiterhin wurden Schmerzgangsformen identifiziert, bei denen Kopfschmerzen in therapeutische Arbeits- und Lebenskonzepte integriert wurden, die die Grundlage von Weltdeutungen und von Lebensentwürfen bilden (Kapitel 3.6). Die Angehörigen dieser Gruppe kapitalisieren ihre Empfindlichkeit als einen eigenen Sinn für ihre kommunikationsbasierten Berufe. Sie brauchen Kopfschmerzen daher nicht mit einer medikalisierten Statur zu belegen, um dafür Anerkennung zu erhalten. Bei diesen Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus kam es wie bei der Angestelltengruppe zu einer Umorientierung vom robusten Schmerzverständnis ihres Herkunftsmilieus zu einem empfindlichen Schmerzverständnis in ihrer aktuellen Lebenssituation, was allerdings nicht notwendigerweise in eine Medikalisierung führt.

Schließlich wurde eine Gruppe in unserem Sample identifiziert, in deren Biografien sich Lebensprobleme häufen, die mit ihren Krankheitsverläufen korrespondieren (Kapitel 3.7). Das Zusammenspiel von Problemen der Erwerbsarbeit, der Familie und des eigenen Körpers wird von ihnen mit Mitteln der Medizin zu lösen versucht. Ursprünglich hatten diese Personen ein robustes Körperverständnis, bei dem Kopfschmerzen zunächst nur ein Hintergrundgeräusch ihres Lebens sind. Im Zuge ihrer Krankenkariere und vor dem Hintergrund ihrer Lebensprobleme belegen sie ihren Körper mit einer höheren Aufmerksamkeit, so auch ihre Kopfschmerzen. Krankenkariere sind hier prozesshaft eingebettet in soziale Abstiegskarrieren, wenn solche prekären Existenzen, ausgegliedert aus dem Erwerbssystem, auf wohlfahrtsstaatliche Alimentationen festgelegt sind.

Zusammenfassend sei angemerkt, dass Körperdeutungen in der Regel stillschweigend mitlaufen, vor allem wenn das Versprechen ihrer Aneignung und ihrer Tradierung auch tatsächlich eingelöst wird. Der Schmerz Ausdruck schält sich jedoch bei generativen Brüchen, bei sozialer Mobilität und bei Anpassungen an neue

Anforderungsprofile aus seiner Verschwiegenheit heraus und schiebt sich als Gegenüber neuer, noch unbekannter Belastungen in den Vordergrund. Körper- und Schmerzverständnisse verlangen dann nach einer Umdeutung, die durchaus irritierend sein kann. Es sei vorangestellt, dass sich die stärksten Kontraste in den Schmerzdeutungen beim alten Mittelstand und dem Selbstverwirklichungsmilieu zeigten. Bei Ersteren ordnete sich die Empfindlichkeit des Körpers den Notwendigkeiten des Körpergebrauchs zur Existenzsicherung unter, etwa als Ermüdung oder Erholungsbedürfnis nach harter Arbeit. Im Selbstverwirklichungsmilieu werden dagegen psychophysische Dispositionen als Basis einer hegemonialen Semantik – als emotionales Kapital – selbst zu Momenten von Existenzsicherung und Lebensentwurf.

3.1 Die Ökonomie der Leidenschaften in Partnerschaften

Mit Empfindlichkeiten werden soziale Beziehungen organisiert. Sie drücken sich am besten dort aus, wo sich Personen direkt gegenüberstehen. Die ersten Figurationen, die zu untersuchen sind, sind daher Familien und Partnerschaften mit ihrer hohen Interaktionsdichte, in denen die Intensität des nahen Zusammenlebens in besonderem Maße die regelhafte und erwartungsgesättigte Koordination von Gefühlen und Empfindlichkeiten verlangt. Man kann sich schließlich mit Stimmungen und Launen, Schmerzen und Lüsten kaum aus dem Weg gehen. Sachliches, Begeisterung, Leiden, Aufregung, Freude, Heiterkeit, Ekel, Scham, Unglücklichsein, Kummer und Traurigkeit werden unmittelbar ausgedrückt, gemischt, gespiegelt, moduliert und bearbeitet. Dabei übernehmen Familien und Partnerschaften Sozialisationsfunktionen, wenn die Kinder ihr Gefühls- und Körperkapital erwerben, das sie später, als Jugendliche und Erwachsene, in anderen Beziehungen, in ihren Partnerschaften und ihren eigenen Familien, anwenden (Aries 2007, Gestrich et al. 2003, Shorter 1977).

In Familien und Partnerschaften wird das Verhältnis von Alltagsfähigkeit und Kranksein als Verhältnis von Norm und Abweichung ausgehandelt, vom befristet-alltagsnahen und anerkannten Rückzug, der Alltagspflichten nur gering tangiert, bis zum Bestehen auf eine Kopfschmerzidentität mit den Profiten und Kosten der Krankenrolle (u.U. auch der Behindertenrolle). Schmerzdramatisierung ist kontingent: Sie hat Chancen und Risiken, etwa in der Ausgestaltung der Krankenrolle, entsprechend biografischer Erfahrungen und der Lebensentwürfe. Die Chancen liegen in der Zuwendung und Aufmerksamkeit des Partners, der Steuerung des Handelns der anderen sowie der Durchsetzung eigener Interessen. Das Risiko besteht in der Festlegung auf eine abweichende Identität mit unerwünschten Rollenzuschnitten.

In einer Partnerschaft ist der Umgang mit Schmerzen erst einmal nicht selbstverständlich, sondern wird zu einem geteilten Deutungshorizont und zu einer geteilten Empfindlichkeitswelt integriert. Schmerzen treten vor allem dann aus ihren Hintergrund hervor, wenn die Beteiligten unterschiedlichen Empfindlichkeits- bzw. Robustheitsnormen folgen, die sie in den Herkunftsfamilien und -milieus gelernt haben. Untersucht wird die Vereinbarung von Deutungen und Praktiken bei Kopfschmerzen, mit der sie ein partnerschaftliches und familiäres Narrativ synthetisieren.

Kopfschmerzen als Integrationsprojekt

Beide Partner kommen mit erlernten Schmerzungsformen zusammen, die ihre bisherigen Lebensstile und ihre familiäre Herkunft repräsentieren und die nun zu einem von beiden geteilten Empfindlichkeitskomplex vereint werden müssen. Ein Partner kommt aus einer Familie, in der mit Kopfschmerzen routinemäßig umgegangen ist, der andere kennt diese Schmerzen dagegen kaum, dafür vielleicht andere Schmerzen. Die Integration der Schmerzen in die Partnerschaft, also die Verständigung über einen gewohnheitsmäßigen Umgang damit, ist zunächst problematisch. Es wird der Nachweis zu erbringen sein, dass in Praktiken, Narrativen und Einstellungen Verständigung herbei- und fortgeführt wird, die einen routinemäßigen Schmerzumfang erlaubt, sodass der Alltag so wenig wie möglich gestört wird.

Partnerschaften werden durch Erwartungen von anderen und durch die eigenen Ansprüche stabilisiert. Durch die Idee der Liebe, der Selbstbestimmung und das Versprechen von Glück verlagern sich die Stabilisierungskräfte von äußeren Motiven wie Tradition, Gewohnheiten und ökonomischen Zwängen in selbst gewählte Binnenarrangements. Zunehmend wird den Partnern abverlangt, die Regeln ihrer Partnerschaft selbst aufzustellen. Das ist nicht konfliktfrei, da es unterschiedliche Interessen, Motive und ein unterschiedlich hohes Kapital gibt (vgl. Kaufmann 1994, Lenz 2009). Jeder Partner hat andere Gewohnheiten und andere Vorstellungen von den alltäglichen Anforderungen sowie andere Deutungen der gemeinsamen Erlebnisse. Diese zwei Welten gilt es nun miteinander zu vereinbaren.

Die Integration der unterschiedlichen Umgangsformen mit Schmerzen und deren Deutungen ist in modernen Zweierbeziehungen und Familien komplexer als etwa in Erwerbsbeziehungen, da durch deren Reproduktionsfunktion die unterschiedlichsten Ordnungsebenen zusammengeführt werden müssen (z.B. Hill und Kopp 2004): die Ordnung der Körper und der Emotionen, die praktische Ordnung der Arbeitsteilung, die zeitliche und räumliche Synchronisierung von Tätigkeiten, die moralische Ordnung, die habituelle Ordnung eines gemeinsamen Lebensstils sowie die generative Ordnung der Erziehung und soziale Weiterga-

be. Gerahmt werden diese Ordnungsebenen bei heterosexuellen Partnerschaften, die hier betrachtet werden, durch die Geschlechterordnung, in der dem weiblichen und männlichen Partner jeweils normative Orientierungen, Körperrnutzungen und Aufgaben zugewiesen werden (Schelsky 1977).

Es soll zunächst davon ausgegangen werden, dass Kopfschmerzen als Störungen des Alltags, als Handlungsunsicherheit oder als Handlungsunfähigkeit eine potenziell desintegrierende Kraft in den Familien entfalten. Als Störungen sind sie deutungsbedürftig und werden in Routinen zu überführen sein, mit denen Erwartungssicherheiten hergestellt oder wieder hergestellt werden. Weiterhin kann man davon ausgehen, dass in der Verhandlung der Symptome auch die Partnerschaft und Familie selbst verhandelt werden. Symptomdarstellungen sind ein Vehikel für Rollendefinitionen, Arbeitsteilung und Geschlechtervorstellungen, ein Vehikel für das Zusammenleben des Paares und für die Paarkultur.

Empfindliche und robuste Schmerzeinstellung

In Partnerschaften gibt es nie identische Schmerzeinstellungen. Wenn einer von beiden Kopfschmerzen hat, so ist sie oder er zunächst die oder der Empfindlichere gegenüber dem anderen ohne oder mit weniger Kopfschmerzen. Das gilt für Frauen und für Männer. Allerdings sind die Umgangs- und Deutungsweisen zwischen beiden Geschlechtern unterschiedlich.

Kopfschmerzen werden dann problematisch, wenn sie eskalieren und den Alltag durcheinanderbringen. Solche Abweichungen sind nicht mehr alltäglich: Ein verstärkter Rückzug des Partners oder sein Jammern und Einfordern von Zuwendung können das Zusammenleben stören. Einzelne Schmerzepisoden lassen sich hinnehmen, treten sie aber öfter auf, muss das Außeralltägliche in die Routinen einer Hilfebeziehung überführt werden. Eine sehr hohe Aufmerksamkeit für das Leiden überbeansprucht zunächst die Beziehung und führt regelmäßig in die medizinische Behandlung, wo Kopfschmerzen aufgewertet und unweigerlich zu einem zentralen Element in der partnerschaftlichen Interaktion werden.

Die eskalierenden Kopfschmerzen werden dann nicht mehr umstandslos in eine gemeinsame Geschichte eingewoben und in geteilten Praktiken gelebt, sondern bilden eine eigene Geschichte, die allerdings erst mühevoll erarbeitet werden muss, wobei es im Kern um die Grenzen und Markierungen legitimer Schmerzäußerungen geht. Es ist nun zu untersuchen, mit welchen Mitteln und Verfahren Kopfschmerzen zum Bestandteil des gemeinsamen Symbolsystems werden und in die partnerschaftlichen Routinen eingehen. Kopfschmerzen sind Aushandlungsfeld, Kriegsschauplatz, Richtstatt und Friedenseiche zugleich. Mitunter stehen sie für die gesamte Partnerschaft.

Ist der Kopfschmerz erfolgreich in das Symbolsystem der Partnerschaft integriert, dürfte er auch konventionalisiert sein und routinehaften (und nicht au-

ßeralltäglichen oder idiosynkratischen) Sinndeutungen unterliegen, denn es steht schließlich einiges auf dem Spiel: Eskalieren Kopfschmerzen, droht der Verlust von Sinnzuweisungen. Die Identität ist angegriffen und der oder die Betreffende auf der Suche nach einer neuen. Auf der Basis von ähnlichen Schmerzeinstellungen werden mit relativ geringem Aufwand und geringem Konfliktpotenzial für alle Beteiligten zufriedenstellende Arrangements hergestellt, bei denen die Kopfschmerzen weitgehend geräuschlos in den Strom des Alltagshandelns eingehen.

In den Interviews zeigt sich, dass Frauen und Männer, sobald sie ihre Kopfschmerzen nicht mehr mit einem robusten Verständnis belegen, ihre Empfindlichkeiten unterschiedlich in den partnerschaftlichen Gefühlskosmos einweben. Um es kurz vorweg zu nehmen: Frauen suchen ihre Kopfschmerzen in der Semantik der Liebe ins Spiel zu bringen, Männer trachten danach, ihre Kopfschmerzen sachlich zu betrachten und aus den emotionalen Dimensionen der Partnerschaft herauszuhalten. Die beiden sich gegenüberstehenden Verständnisse lassen sich auch auf die von Kopfschmerzen nicht betroffenen Partner anwenden: Frauen sehen die Kopfschmerzen ihrer Männer aus der Sicht liebender Sorge, Männer versuchen dagegen, die Kopfschmerzen ihrer Frauen als ein Naturereignis zu versachlichen. Frauen und Männer belegen ihre eigene Empfindlichkeit und die ihrer Partner mit Geschlechternormen. Was zunächst trivial und klischeebehaftet anmutet, ist der Mikroökonomie der Macht geschuldet, deren Medium in Partnerschaften Liebe ist.

Die Darstellungsabsicht in diesem partnerschaftlichen Deutungs- und Abstimmungsprojekt richtet sich für den empfindlichen Partner auf die Anerkennung der Kopfschmerzen als ernst zu nehmendes Leiden und für den robusten Partner auf das Zurückführen der Kopfschmerzen auf ein unerhebliches Hintergrundgeräusch. Für diesem Prozess wird unterstellt, dass beide Akteure strategisch handeln und ihre Schmerzen und Empfindlichkeiten in einer Weise ins Spiel bringen, mit der sie auf eine bestimmte Reaktion des anderen abzielen. Nicht immer sind sie in der Durchsetzung ihrer Interessen erfolgreich, in der Regel werden Kompromisse erreicht.

Fehlgeschlagene Verständigung

Zunächst wird der seltene Fall in unserem Interviewmaterial angesprochen, in dem das empfindliche und das robuste Handlungsprogramm in der Partnerschaft weiterhin parallel zueinander verlaufen. Im Beispiel von Frau Meier-Samet (50 Jahre alt, Krankenschwester) ignoriert der Ehemann ihre Migräne, für die er wenig Anteilnahme zeigt. Über die Migräne scheinen sich zwei Kulturen zu kondensieren: Der Ehemann ist Nordafrikaner und hat traditionelle Familien- und Geschlechtervorstellungen, die er zur Grundlage von Vorhaltungen und Ansprüchen an ihre Lebensführung macht:

Er war dann auch so immer der Meinung: »Na ja, du bist jetzt selber schuld, dass du das hast, weil gestern hast du dies und das gegessen oder hast zu viel geraucht oder hast, was weiß ich« [...] Es war dann immer meine Schuld. (17: 10ff.)

Frau Meier-Samet knickt ein und gibt ihm recht, womit sie auf sein praktisch-robustes Handlungsprogramm eingeht: »Dann hab' ich gedacht: »Naja, vielleicht hab' ich gestern zu viel geraucht, ja« (17: 16). Aber Rauchen ist für sie nicht nur Migräneauslöser, sondern signalisiert auch weibliche Unabhängigkeit.

Im Kern des Konflikts geht es weder ums Rauchen noch um die Migräne: Frau Meier-Samet laviert zwischen den Widersprüchen, die sich aus den Anforderungen des Mutterseins, den Erwartungen des Ehemanns, ihren beruflichen Aspirationen und ihrem Streben nach Unabhängigkeit ergeben. Sie stellt sich als moderne, selbstbewusste und unabhängige Frau dar, die sich nicht gängeln lassen will und die unzufrieden ist, weil sie wegen der beiden Töchter ihre Berufstätigkeit in einer Leitungsfunktion aufgegeben hat. Vom Ehemann erhält sie dafür wenig Anerkennung – weder für ihre Aufgaben als Mutter, die er für selbstverständlich hält, noch unterstützt er sie bei ihrem beruflichen Fortkommen, das sie inzwischen wieder aufgenommen hat. Er ist ständig beruflich unterwegs und kümmert sich wenig um Familienaufgaben. In dieser Situation kommt es zu Konflikten aufgrund von Rollenerwartungen, die sich an den unterschiedlichen Empfindlichkeitsdispositionen entzünden. Bei Auseinandersetzungen, in der die Migräne ins Spiel gebracht wird, verlässt er die Wohnung: »Der hat mich dann einfach liegen lassen, weil ich dann schon signalisiert habe: »Lasst mich jetzt alle in Ruhe, ich kann nichts sehen, nichts sehen und Rollo runter« (13: 22ff.).

Die unterschiedlichen Vorstellungen geschlechtlicher Arbeitsteilung interpretiert Frau Meier-Samet als kulturell bedingte Gegensätze in der Mentalität, ihr Ehemann sei schließlich »Südländer, der da sein Temperament auch mit vererbt hat« (23: 20). »Ich hab' eine relativ laute Familie« (23: 18) – das ist die Beschreibung der üblichen familiären Atmosphäre, eine stabile Erwartung und keine singuläre Episode. Im Fall von Frau Meier-Samet scheint sich zunächst das robuste Handlungsprogramm des Ehemanns durchzusetzen, der die Migräne ignoriert, die damit nicht im partnerschaftlichen Narrativ integriert ist. Sie erhält diesbezüglich keine Hilfe von ihm, und er macht weiter wie bisher.

Die Migräne bildet den symbolischen und den praktischen Gegenstand, in dem sich Ordnungsvorstellungen, Durchsetzungsmöglichkeiten und Konfliktlinien in der Partnerschaft kristallisieren. Auf der einen Seite der lockere, südländische Machismo des Ehemanns mit seinen traditionellen Vorstellungen, auf der anderen Seite die verantwortungsvolle Deutsche, die sowohl eine gute Mutter sein will als auch nach beruflicher Erfüllung strebt. Frau Meier-Samet stößt bei ihrem Ehemann nicht auf Verständnis, nicht mit ihrem Lebensentwurf und auch nicht mit ihrer Migräne, die immer häufiger und stärker auftritt.

Nach einem Krankenhausaufenthalt vertritt sie selbstbewusst ihre Position, macht sich qua Trennungsabsicht unabhängig vom Ehemann und nimmt ihren beruflichen Weg wieder auf. Zudem sind ihre beiden Töchter inzwischen älter und selbstständiger geworden. Die sich verringernden Kopfschmerzen sind nun nicht mehr als Kristallisationspunkt von Konflikten symbolisch relevant und werden von ihr aus dem Paargespräch und den familiären Routinen extrahiert, genauso wie sie sich selbst von der Ehe distanziert. Bestätigung für ihr berufliches Projekt erhält sie nun von der älteren Tochter.

Erreichen von Zuwendung

In der Regel aber werden Kopfschmerzen von den Partnern nicht ignoriert, vielmehr leisten sie Hilfe und schrauben Anforderungen zurück, auch wenn sie ein robustes Schmerzverständnis haben. Als Beispiel für die Handlungsstrategien von Frauen mit robusten Partnern wird zunächst der Fall Mia Rose (22 Jahre alt, Abiturientin) erörtert. Anderthalb Jahre nach dem ersten Interview in einer Schmerzklinik wurde ein zweites Interview mit ihr geführt, zudem eines mit ihrer Mutter Karin Rose und ihrem Freund, Herrn Melnik, am Wohnort. Mia Rose hat seit dem Alter von acht Jahren Kopfschmerzen, die, weitgehend unbehandelt, bis zum 16. Lebensjahr alle halbe Jahre aufgetreten sind. Ihre Mutter, die sich vom Vater scheiden ließ, hat ebenfalls Migräne. Mit 16 Jahren bekam Mia Rose bei nun gehäuft auftretenden Migräneepisoden Triptane vom Neurologen, zu dem sie von der Mutter geschickt wurde. Mia Rose ist seit zweieinhalb Jahren mit ihrem Freund, Herrn Melnik, zusammen. Er kommt aus einem osteuropäischen Land und hat dort in seiner Jugend eine Sportschule besucht. Als professioneller Sportler einer Mannschaftssportart arbeitet er in der Saison über mehrere Monate an anderen Orten. Das Paar lebt aber immer einige Monate im Jahr zusammen, wozu sie sich eine Wohnung anmieten. In der übrigen Zeit wohnt Mia Rose bei ihrer Mutter.

Über das Schmerzverständnis ihres Freundes sagt Mia Rose: Er »ist ein lebensfroher Mensch. Der hat nie irgendwelche Wehwehchen« (28: 13f.). Damit aber missversteht sie ihn gründlich. Denn dass ihr Freund nie Schmerzen (»Wehwehchen«) hat, kann nicht stimmen, die bringen der Berufssport notwendigerweise mit sich, was er auch selbst im Interview sagt. Allerdings sind es Körperschmerzen, nicht Kopfschmerzen, denen er mit einer robusten Einstellung begegnet. In seiner Sporttätigkeit befindet sich Herr Melnik in einer ständigen Konkurrenzsituation. Man darf Schmerzen haben, muss aber bald wieder spielbereit sein, sonst sitzt man auf der Ersatzbank, sagt er im Interview. Der typische Schmerzgang erfordert körperliche Abhärtung, Training, eine Tablette Aspirin, stoisches Ertragen sowie die Haltung, nichts an den Schmerzen ändern zu können, bis sie denn vorbeigehen. Diese Schmerzeinstellung ist bei Berufssportlern besonders ausgeprägt (Curry 1993, Degele 2006, Honer 1985).

Die Partner deuten die Schmerzen des anderen vor dem Hintergrund ihrer eigenen Schmerzen – damit aber verstehen sie deren Schmerzen nicht so wie der oder die. Es fehlt eine übereinstimmende Erwartungserwartung, was wiederum verhindert, dass die beabsichtigten Reaktionen hervorgerufen werden. Dass die Partner allerdings nicht so wie gewünscht reagieren, thematisieren unsere Informantinnen zunächst nicht selbst. Es müsste Kritik am Partner oder Selbstkritik geübt oder zugegeben werden, dass einiges in der Partnerschaft nicht ganz zufriedenstellend läuft. Die Identität des Partners und der Partnerschaft sowie die eigene Identität werden vor dem Hintergrund des Liebesideals und der Darstellung als partnerschaftliches Ensemble geschützt. Wenn dann allerdings über den Alltag der Beziehung gesprochen wurde und der Interviewer nachhakte und konkret Episoden nachfragte, öffneten sich einige Fenster, durch die wir in das ansonsten geschlossene Gebilde des Partnerschaftsalltags blicken konnten.

Seine eigene stoische und pragmatische Einstellung ist für Herrn Melnik jedenfalls die Optik, mit der er auch die Schmerzen seiner Freundin betrachtet, an denen er nichts Besonderes findet. Für ihn sind es die Schmerzen einer empfindlichen deutschen Frau aus dem mittleren sozialen Milieu, das ihm zuvor nicht bekannt war, und er nimmt sie wie ein Naturereignis hin. Möglicherweise bestätigt sich sogar seine Geschlechtervorstellung. Damit ist noch keine Stigmatisierung verbunden, sondern Geschlechterzuweisung und sein Verständnis eines neuen Milieus. Im Interview bewundert er seine Freundin sogar dafür, so viel Schmerzen aushalten zu können.

In den seltensten Fällen fehlt es den Partnern an der Einsicht, dass die Kopfschmerzen stark sind und ihre Partnerinnen darunter leiden. Das zeigt sich auch in den Betroffeneninterviews. Die Erkrankten beklagen sich nicht darüber, dass ihre Kopfschmerzen nicht ernst genommen werden. Ein Legitimationsdefizit der Kopfschmerzen für die Frauen, wie von Joanna Kempner (2014) nahegelegt wird, kann durch unsere Interviews nicht bestätigt werden. Die Frauen werden von ihren Partnern auch nicht mit charakterlichen Makeln versehen, etwa als besonders anfällig, affektiert, nicht leistungsbereit, hysterisch, zickig oder übersensibel, obwohl sie durchaus Kritik an ihnen äußern. Die Partner glauben ihnen die Schmerzen. In der Regel können unsere Informantinnen ohne Spott oder andere Sanktionen die gewünschten Schutzräume aufsuchen und Hilfeleistungen beanspruchen. Dennoch fehlt ihnen etwas: Die robusten Partner erfüllen nicht die affektiven Erwartungen an Hilfe, Trost und Zuwendung, die regelmäßig von ihnen verlangt werden.

Gerade das aber wünscht sich Mia Rose. Sie beklagt sich über ihren Freund: »Er ist vielleicht auch oft so ein bisschen, klingt jetzt so gemein, desinteressiert. Nicht, also nicht böseartig desinteressiert, sondern er merkt das gar nicht so« (28: 11ff.). Die Partnerinnen wollen nicht nur die Anerkennung ihrer Kopfschmerzen und pragmatische Hilfe, sondern auch emotionale Zuwendungen.

Das Missverständnis

Die Art, wie sich das Bedürfnis nach Zuwendung äußert, orientiert sich an der Gefühls- und Empfindlichkeitsordnung der Herkunftsfamilien, in denen Kopfschmerzen, ebenso wie andere Empfindlichkeitssymptome und Erkrankungen, schon bekannt sind und in familiären Interaktionen fest etabliert wurden. Da Mia Roses alleinstehende Mutter selbst Migräne hatte, haben sich zwischen ihr und der Tochter Routinen der gegenseitigen Anerkennung ihrer Empfindlichkeit herausgebildet, beide teilen ein ähnliches Schmerzverständnis. Diese affektiven Routinen definieren zumindest einen Großteil ihrer Beziehung zueinander und bilden das emotionale Kapital, das auch in den eigenen Partnerschaften als Münze eingesetzt wird. Die Verknüpfung von Migräne und Zuwendung versucht Mia Rose augenscheinlich ebenfalls als einen emotionalen Konsens in ihrer Beziehung zu etablieren, sie erwartet ganz selbstverständlich Hilfe, Sorge und Anteilnahme, was nicht weiter thematisiert werden muss – genauso wie ihre Mutter bei deren Partnern. Mia Rose lernte als Kind das empfindliche Handlungsprogramm, das nun als junge Erwachsene in der Beziehung zu ihrem Freund auf das Gegenprogramm körperlicher Robustheit stößt. Im Konfliktfeld der Partnerschaft geht es darum, das jeweils eigene Handlungsprogramm, die eigene Definition der Situation und die eigene Deutung der Schmerzen durchzusetzen.

Das Missverständnis in der Schmerzkommunikation besteht darin, dass Herr Melnik Schmerzen nicht als Teil des partnerschaftlichen Narrativs sieht. Er betrachtet weder seine noch ihre Schmerzen als wesentlichen Bestandteil der Beziehung, seine eigenen sind für ihn Teil des Berufssports und gehören deshalb nicht dazu. Mia Rose dagegen möchte, so wie sie es in Kindheit und Jugend erfahren hat, zumindest ihre eigenen Schmerzen als narrative und affektive Praxis in die Beziehung integrieren.

Erschwerend kommt hinzu, dass beide Partner andere Schmerzen haben. Der eine hat Körperschmerzen aufgrund von Tätigkeiten und körperlichen Belastungen, sodass sie ein unmittelbar erkennbares Gegenüber haben – etwa das harte Training oder das Eigenheim, an dem neben der Erwerbsarbeit gearbeitet wird. Sie haben deshalb einen geringeren Plausibilisierungsbedarf als Kopfschmerzen, die schwerer zu verstehen sind, da sie aus der Tiefe des Kopfes kommen und kein unmittelbares Korrelat in der materiellen Welt haben. Schmerzen repräsentieren somit einen Konfliktbereich, in dem unterschiedliche Ansprüche, Erziehungsstile, Milieus, Weltansichten und körperliche Umgangsformen aufeinandertreffen. Dieser Konflikt, in dem jeder Partner versucht, sein Handlungsprogramm durchzusetzen, wird nun in weiteren Schritten verhandelt.

Mangelndes Lernvermögen der Männer

Aus dem Missverständnis und der so ganz anderen Schmerzdeutung des Partners ergibt sich für unsere Informantinnen die Notwendigkeit zur Dramatisierung der Schmerzen, da der Partner sie aus ihrer Sicht nicht ernst genug nimmt. Mia Rose orientiert sich zunächst noch am Schmerzverständnis ihres Freundes. Sie gibt ihm kleine Hinweise, lässt sich aber ansonsten nichts anmerken, und nimmt Tabletten, was er allerdings bemerken soll. Sie relativiert: »aber ich funktioniere ja weiter« (22: 27), und erträgt die Restschmerzen und die Begleitsymptome, wie sie anhand einer gemeinsamen Urlaubsreise schildert. Ihrem Selbstverständnis nach präsentiert sie sich als robust, allerdings wird ihr tapferes Ertragen nicht gewürdigt: »Teilweise kriegt er's ja wirklich gar nicht mit« (22: 32). Schmerz auszuhalten ist für ihn schließlich selbstverständlich. Um seine Anerkennung zu erhalten, kommt ihm Mia Rose entgegen und bemüht sich darum, die Migräne für ihn nachvollziehbar darzustellen: »Wenn ich so blöd bin und nicht ordentlich zeige, wie schlecht es mir geht, dann kriegt er das auch nicht so mit« (28: 23f.). Der Versuch, das Missverständnis aufzulösen, führt sie aber in eine Falle: Erträgt sie die Schmerzen, wird dies nicht honoriert, weil er die Schmerzen nicht wahrnimmt. Thematisiert sie die Schmerzen, droht sie ihre Glaubwürdigkeit zu verlieren, zudem das Attribut, tapfer zu sein, was sie ebenfalls nicht möchte.

Um sich in diesem Minenfeld zwischen Nichtbeachtung und gefährlichen Zuweisungen durchzulavieren, sorgt Mia Rose dafür, dass sich sein Blick für ihren Zustand schärft, indem sie sozusagen, seine Optik auf ihre Migräne legt: »Man sieht's mir an, wenn es mir nicht so gut geht« (22: 30). Die Zeichen der Migräne werden dargestellt in der Hoffnung, dass sie von ihrem Freund entziffert werden. Auch andere Frauen berichten davon, dass sie ihre Partner auf typische Symptome hinweisen: Gesichtsblassheit, zugekniffene Augen, besonders aber Erbrechen. Die Körpersprache der Migräne ist weitaus elaborierter als die der Körperschmerzen (vgl. die Zusammenstellung der Symptome in Sacks 1994). Allerdings werden nicht gern alle Symptome geschildert, da sie, wie etwa Verwirrtheit oder Sprachstörungen, negativ konnotiert sind, was die Interaktionskompetenz der Informanten verringern würde. Regelmäßig wird auf unwillkürliche Körpererscheinungen verwiesen, die für die Schwere der Erkrankung stehen, aber moralisch unverdächtig sind. Die Aufgabe besteht darin, die Symptome als Leiden zu plausibilisieren, ohne als dauerkrank und unzuverlässig zu gelten. Tatsächlich ist das ein Problem, denn Migränesymptome sind genau genommen unspezifische Alltagserscheinungen, die auch anders interpretiert werden können: morgendliche Gesichtsblassheit etwa als Ergebnis einer durchwachten Nacht, Übelkeit aufgrund von Grippe, nach einer schlechten Mahlzeit oder nach zu viel Alkohol, gelegentliche visuelle Irritationen als normale unspezifische Abweichungen.

Das Handlungsprogramm verlangt deshalb von unseren Informantinnen, dass sie ihre Symptome als einen Komplex kontextualisieren (selbst wenn sie ihre Symptome zunächst nicht als behandlungsbedürftig sehen) und nicht als singuläre Erscheinungen. Für die Partner wiederum bedeutet das Entziffern der Symptome sowie deren Anordnung zu einem zusammengehörenden Komplex einen schwierigen Prozess: Es muss erst einmal erlernt werden, sie überhaupt zu sehen, und in einem zweiten Schritt, sie von Alltagserscheinungen zu unterscheiden. Häufig genug gelingt dies nur unzureichend oder erst nach langer Partnerschaft. Herr Melnik ist jedenfalls damit überfordert, so wie andere Partner von Migränekranken auch.

Dem unzureichenden Lernvermögen helfen die Betroffenen mit einer Bedienungsanleitung auf die Sprünge. Das passiert zunächst sehr schlicht, indem Mia Rose ihre Migräne als einen Status verbalisiert, in dem sie übliche Alltagsstätigkeiten nicht ausführen kann, ohne wirklich krank zu sein:

Wenn ich gesagt habe: »Das und das kann ich jetzt nicht machen, weil es mir nicht so gut geht.« Wenn ich das wirklich sage, dass es mir schlecht geht und sage, dass ich irgendwas brauche oder so, dann ist er für mich da. Aber ich muss dann einen kleinen Antrieb geben, weil, wenn ich einfach mir nichts anmerken lasse, dann merkt er es auch nicht. (28: 27ff.)

Auch andere Frauen verlassen sich nicht darauf, dass ihre Partner die Migräne von selbst erkennen, und stellen ihren Zustand deutlich heraus, etwa Frau Lindner (29 Jahre alt, Sachbearbeiterin). Ihr Freund kennt ihre Migränegeschichte seit dem Beginn vor einem Jahr. Trotzdem ist er nicht in der Lage, einen Migräneanfall von allein zu erkennen. Frau Lindner reagiert mit einer schlichten Anweisung: »Klar sage [ich] ihm, wie die Lage ist. Dann weiß er schon: ›Aha, Abstand!‹ [...] Da geht er Fernsehen gucken oder was weiß ich« (12: 20ff.).

Der Bedienungsanleitung der Kopfschmerzen kommen die Männer aufgrund ihrer sachlichen Orientierung problemlos nach. Das allerdings ist für die Frauen eine herbe Enttäuschung. In den Interviews, besonders in den Folgeinterviews, wenn schon ein vertraulicher Kontakt zum Interviewer aufgebaut wurde, wird sich immer wieder über den Mangel an liebevoll-tröstender Reaktion der Partner beschwert. Da kommt der langjährige Arbeitskollege, der einen Migräneanfall schon im Vorfeld dechiffriert (Frau Ahlgrimm), oder die Krankenschwester, die die Migräne wegmassiert (Frau Wert), besser weg. Das Unvermögen, die Leiden der Partnerinnen im Kanon der Liebe zu betrachten, repräsentiert einen leichten Riss im gegenseitigen Verständnis füreinander, was etwa so enttäuschend ist wie der vergessene Blumenstrauß am Hochzeitstag, worüber man sich ärgert, aber am Ende hingenommen wird.

Zwar haben die Männer den Liebesbeweis nicht erbracht, aber auch für die Enttäuschung gibt es Routinen der Beschämung und des Wiedergutmachens. Ge-

nauso geraten die Kopfschmerzsymptome zur Probe, auch zur Machtprobe, in der Partnerschaft. Auszuhandeln ist der Alltag mit Kopfschmerzen, also die Lernbereitschaft und Anpassungsfähigkeit des Partners, seine Beachtung der Symptome, seine Reaktion darauf, seine Maßnahmen in Notsituationen, seine emotionalen Reaktionen und sein Auftreten als Ensemblemitglied gegenüber anderen. Die Partner sitzen nun in einer Falle: Sie fühlen sich schuldlos, sie weisen die Schmerzen ja nicht ab, sie bagatellisieren nichts, und sie machen ihre Partnerin nicht lächerlich. Sie werden aber für etwas in Haftung genommen, das sie nicht verstehen – die Enttäuschung über den vergessenen Blumenstrauß ist für sie leichter nachvollziehbar. Das Missverständnis eskaliert, und unter Umständen auch die Kopfschmerzen.

Herbeiführen von Verständnis

Es gibt allerdings auch zufriedenstellende Arrangements des gegenseitigen Verstehens, etwa bei Herrn Bettenhausen und seiner Freundin. Mit der Übersetzung in einen emotionalen Zusammenhang kann das Migränelernprogramm erfolgreich absolviert werden, wenn etwa Liebe, Trost und Zuneigung aus freien Stücken gespendet werden und nicht extra eingefordert werden müssen. In der Regel ist dies der Fall, wenn beide Partner nicht nur Schmerzen haben, sondern auch darunter leiden, so bei Frau Bonifacio (37 Jahre alt, Erzieherin), die zunächst kein Verständnis des Ehemannes für ihre Migräne bekam. Erst als er selbst über stärkere Schmerzen klagte, wurde er einsichtig und konnte auch ihr Leid nachvollziehen. Ihn, einen Automechaniker, plagten Rückenschmerzen, die er mit seiner körperlichen Arbeit in Verbindung bringt. Die Schmerzen beider Partner wurden zum Medium von zufriedenstellender Zuwendung und Zuneigung.

Für ein Teil der Paare geht nach einiger Übung im Verstehen der Bedienungsanleitung die Migränegeschichte in die gemeinsame Geschichte ein. Es finden sich Routinen und Umgangsformen, etwa Gesten der Hilfe und der Entschuldigung auf beiden Seiten, was beide weitgehend zufriedenstellt. Der Partner nimmt die Ausfälle durch die Migräne gelassen und weitgehend stillschweigend hin, leistet Hilfe und reserviert Rückzugsräume. Ab und zu gibt es ganz normalen Ärger, der sich aber wieder legt. Frau Ahlgrimm (73 Jahre alt, pensionierte Verwaltungsbeamtin) ist ein gutes Beispiel für eine solche Migränekoordination mit dem Partner: Die Synchronisierung der Tagesabläufe und jeweiligen Aufenthaltsorte in der Wohnung, die Praktiken der Reinigung, die Erledigung von Hausarbeiten und außerhäusige Aktivitäten folgen einzig dem Regime der Migräne, dem der Ehemann in der Regel folgt – von kleinen Revolten des Genervtseins abgesehen, auf die sofort ein Migräneanfall folgt. Die Ehe scheint nicht lieblos zu sein, und Frau Ahlgrimm ist froh, dass er die jahrzehntelang andauernde schwere Migräne mitträgt. Gleichzeitig sind die partnerschaftlichen Routinen so eingespielt, dass sie die emotionale Teilnahme eher bei ihrem Sohn zu finden scheint als bei ihrem Ehemann.

Ab und zu muss der Partner an die Bedienungsanleitung erinnert werden. Das ist der Fall bei Frau Martinsson (53 Jahre alt, Sozialarbeiterin), die sich generell von ihrem inzwischen geschiedenen Ehemann verstanden fühlte. Sie schildert aber »Diskussionen« (20: 2) mit ihm, wenn das Paar im Urlaub war und sie meinte etwas essen zu müssen, um einer drohenden Migräneattacke vorzubeugen. Damit dehnte sie die Schmerz Bühne auf Bereiche aus, in denen der Schmerz selbst zunächst nicht auftrat, sodass er durch den Ehemann infrage gestellt wurde. Sein Widerstand äußerte sich in einem kurzen Aufbegehren durch Sticheln und Genervtsein, womit er die Legitimität der Migräne testete, die den Tagesablauf während des Urlaubes störte. Durch seinen Ärger testete er auch die Schmerzdarstellung seiner Ehefrau. Frau Martinsson, die sich wiederum an der Ignoranz ihres Ehemanns störte, setzte die Legitimität ihrer Erkrankung durch und erklärte ihm die Bedienungsanleitung. Bei den Spielen des Genervtseins bewegen sich die Schmerzaushandlungen auf symbolischer Ebene und beziehen sich auf kleine, definierte Bereiche des Zusammenlebens (Kaufmann 2008). An der Migräne entzündet sich der episodisch auftretende Ärger in der Partnerschaft – etwa so wie an der sprichwörtlichen Zahnpastatube. Die Reibereien und Differenzen offenbaren Unzufriedenheit mit tiefgreifenderen Problemen, deren Thematisierung ausgeblendet ist, weil sie einen starken Identitätsbezug haben, z.B. was intime Körpernutzungen und Geschlechterrollen angeht und den Identitätskern der Partnerschaft berühren würde. Nachdem jedenfalls Dampf abgelassen wurde, ist die Situation entschärft und alles wieder wie zuvor.

Partnerschaften sind in den seltensten Fällen komplett harmonisch. Es ist daher nachvollziehbar, dass sich auch in zufriedenen Partnerschaften mit gemeinsam geteiltem Schmerzverständnis hin und wieder über die Schmerzen des anderen geärgert wird. Mitunter äußern Frauen leichten Spott über die Schmerzempfindlichkeit ihrer Partner. Mit den alltäglichen Konflikten wird aber irgendwie umgegangen. Bei Kopfschmerzen schließt dies Situationen mit ein, in denen es zu episodischen Dramatisierungen kommt. Sie können einen willkommenen Anlass bieten, Konflikte zu kanalisieren. So ärgern sich die Partner zwar über Migräneanfälle und verlieren ihre Geduld, allerdings geht dieser kurzfristige Zwist in den Alltag ein und wird wieder vergessen. Solch kurze Episoden des Genervtseins zeigen, dass Kopfschmerzen bei der emotionalen Gestaltung der Partnerschaft nicht als dramatisch empfunden werden, ja sie stabilisieren eher das Beziehungsgeflecht, als dass sie es stören.

Distanz der Männer

Auch die von Schmerzen betroffenen Männer wollen ihren Empfindlichkeitsausdruck mit einer Bedienungsanleitung für ihre Partnerin versehen. Es gibt zu den Frauen allerdings einen Unterschied: Die Bedienungsanleitung genügt ihnen.

Die Ansprüche bestehen weniger im Wunsch nach emotionaler Zuwendung oder nach Verständnis für die Schmerzen, sondern zielen auf eingespielte Routinen. Für Herrn Melnik ist es nicht so wichtig, ob seine Freundin die Bedeutung seiner Schmerzen bis ins Letzte versteht. Von seiner Sportwelt ist sie ohnehin ausgeschlossen und versteht auch nicht deren tiefgreifende Logiken, etwa die Spiele der kooperierenden Konkurrenz nach den Vorstellungen der männlicher Herrschaft (vgl. Bourdieu 1997, Kraus 2011).

In den Interviews zeigt sich, dass Männer ihre Kopfschmerzen herunterspielen. Ihre Partnerinnen dagegen versuchen, sich ihnen stärker emotional zuzuwenden – was die Männer nicht honorieren, eventuell sogar ablehnen, und was zu niedrigschwelligen, auch dauerhaften Konflikten führt. Ein Beispiel dafür ist Herr Richter (48 Jahre alt, selbstständiger Handwerksmeister), dessen eheliche Verhältnisse sich folgendermaßen aus den Interviews rekonstruieren lassen: Seine Ehefrau hat sich zunächst weitgehend mit seinen Migräneanfällen am Wochenende abgefunden, womit er seine Situationsdefinition durchsetzte. Sie hielt den Sohn ruhig, als er noch ein Kind war, und stellte keine großen Ansprüche an eine gemeinsam verbrachte Zeit mit ihm. Herr Richter machte seine Kopfschmerzen mit sich selbst aus, so wie er es in seiner Jugend gelernt hatte. Auf die Dauer allerdings wollte seine Ehefrau mehr Zeit mit ihm verbringen, sie wünschte sich mehr Gemeinsamkeit. Dem stand entgegen, dass er gern und viel in seiner Firma arbeitete und mit seinem sozialen Aufstieg vom Sohn eines einfachen Arbeiters zum angesehenen Handwerksmeister auch ehrenamtliche Tätigkeiten in der kleinstädtisch-ländlichen Gemeinde übernommen hatte. Doch immer dann, wenn das Ehepaar Zeit füreinander hatte, an den Wochenenden und im Urlaub, so berichtete er im Interview, bekam er Migräneanfälle. Hinzu kommt, dass er, statt gemeinsam in den Urlaub zu fahren, alle drei Jahre eine Kopfschmerzrehabilitation durchführt, die für ihn den Charakter einer Erholungskur hat. Als der Sohn nun erwachsen war, wurde die Ehefrau zunehmend unzufrieden mit der Ehe und ließ sich scheiden.

Somit lässt sich annehmen, dass Herr Richter sein emotionales Engagement in der Ehe auch (aber nicht nur) über seine Kopfschmerzen steuerte, die er mit einem Distanzmerkmal versehen hatte – zur Unzufriedenheit der Ehefrau, die sich mehr Nähe wünschte. Nicht die Schmerzen selbst machen also das Unglück in der Partnerschaft aus, sondern die nicht stimmigen Umgangsformen, wenn andere Bereiche aus der Sicht des Partners von den Schmerzen in Mitleidenschaft gezogen werden. In unseren Interviews wird zwar auch von Schmerzspielen berichtet, die für beide gleichermaßen spannend und zufriedenstellend sind – gleichwohl wird immer über die Schmerzen des anderen geklagt.

Ein weitgehend sachliches Arrangement kann Herr Richter in der Beziehung installieren, die er nach der Scheidung eingeht, indem er seine neue Partnerin in seiner Firma einstellte, womit sich Nähe auch über die Erwerbsarbeit findet, was Herr Richter sehr schätzt und was seinem sachlichen Naturell entgegenkommt.

Etwa anderthalb Jahre nach dem ersten Gespräch mit ihm berichtet die Freundin im Interview von ihrer verständigen Einstellung: Bei Migräneanfällen schirmt sie ihn vor den Kunden ab. Selbst bei seinem 50. Geburtstag reagierte sie ganz pragmatisch: Die Feier wurde trotz umfangreicher Vorbereitungen abgesagt und später nachgeholt. Herrn Richter ist diese gefasste und abgeklärte Umgangsweise ganz lieb. Allerdings berichtet seine Freundin sehr sorgenvoll über eine Migräneeisode, bei der er notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurde – was er im Folgeinterview verschwiegen hatte. Die Freundin fühlt sich von seiner stoischen Ruhe durchaus belastet und möchte trotz ihrer äußerlichen Abklärtheit auch an seinem emotionalen Leben beteiligt werden, was er bisher bezüglich seiner Migräne abgelehnt hat.

Liebe als Tauschmedium

Männer dramatisieren ihre Kopfschmerzen als sachliche Erscheinung, als ein Naturereignis, gegen das man nichts machen kann. Dass ihnen die Kopfschmerzen vor ihren Partnerinnen peinlich und ein Ausdruck von Schwäche sind, trifft nicht für alle gleichermaßen zu. Insbesondere bei Männern aus den bürgerlichen Milieus sind Kopfschmerzen anerkannter als bei denjenigen aus gewerblichen Milieus – darauf wird noch einzugehen sein. Neben dem Festhalten an älteren Männlichkeitsidealen gibt es für die weitgehende Abwesenheit gefühlsbezogener Szenen in den Berichten der Männer eine weitere Deutung: Sie halten mit ihrer emotionalen Abstinenz ihre Partnerin auf Abstand. Dieser emotionale Abstand, ohne gänzlich sachlich zu sein, ist die Münze, mit der sie in der Partnerschaft ihre Interessen durchsetzen.

Das lässt sich mithilfe der Konzeptionierung von Liebe als ökonomischem Gut erklären: Das Ideal der selbstlos geteilten Liebe ist sowohl das Motiv als auch das bindende Element in modernen Partnerschaften. Die authentische Darstellung von Liebe ist die Grundlage für die Reziprozität in der Beziehung, und sie repräsentiert das authentische Selbst beider Partner, das in Beziehungen verlangt wird (vgl. Giddens 1993, Lupton 1998: 93ff.). Liebe ist allerdings nicht so rein und unschuldig, wie es den Anschein hat, vielmehr ist sie in Partnerschaften ungleich verteilt. Durch Idealisierung ist sie nämlich mit einem hohen Wert belegt, aber gerade dadurch ein Gegenstand von Kämpfen in der Partnerschaft, die zu ihrer ungleiche Verteilung zwischen den Frauen und den Männern führen. Liebe unterliegt einer Ökonomie, die als mikropolitische Machtelement in die partnerschaftliche Praxis eingebaut ist, worauf Illouz (2011) hinweist. Je mehr und je müheloser man von der Liebe abgibt, desto weniger Wert hat die einzelne Liebesgeste, denn nur das ist wertvoll, was selten ist. Das liegt daran, dass Liebe eine Währung ist, die erst dann effektiv wird, wenn dafür andere Güter eingekauft werden können – ähnlich wie Geld, das nur Tauschwert besitzt und selbst keinen Gebrauchswert hat. Die materialisier-

ten Güter des Tausches sind Sorge, Anerkennung, Zuweisung von Attraktivität, häusliche Arbeitsteilung, Verständnis, Zuwendung, Interessen, Intimität, Zeit und Körpernutzung, die nun ihrerseits mit dem Etikett der Liebe versehen sind.

Diese selbstevozierenden Tauschakte können etwa mit gegenseitigem Begehren auf der Basis von Attraktivitätszuweisungen beginnen und führen bei zunehmender Tauschdichte zur Gemeinsamkeit, die sich im Paar in geteilten Empfindungen verkörpert und verstärkt. In den Tauschakten wird durch gegenseitige Bekennnisse ein Überschuss an Subjektivität erwirtschaftet, der privat im Paar bleibt und für andere Bereiche der sozialen Welt nicht akzeptierbar ist. Die Beteiligten glauben jeweils, dass seine oder ihre ganze Person von der Liebe des anderen erfasst ist. Dieser Glaube wird durch das Ideal der Liebe gesteuert, das behauptet, das Gegenüber wird nur um seiner selbst willen geliebt. Andere Merkmale, etwa Status, Prestige, Fähigkeiten oder das Aussehen, gehen zwar in diesen Tausch ein, werden allerdings mit dem Schleier der Liebe überzogen. Der Überschuss an Subjektivität kann wieder in die Tauschprozesse investiert werden, genauso aber auch wieder abklingen, wodurch in partnerschaftliches Routinehandeln übergegangen wird. In jedem Fall aber manifestiert sich in der Liebe der jeweils andere als etwas Besonderes und Höchstpersönliches.

Es gibt allerdings eine emotionale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, indem Frauen eine höhere emotionale Ausdrucksfähigkeit zugeschrieben wird und sie sich in der Regel auch selbst als emotionaler sehen (z.B. Goffman 1991, Lupton 1998). Damit beherrschen sie zwar besser als die Männer die Semantik der Liebe, allerdings nicht die Ökonomie der Macht: Während Frauen reichlich liebende Emotionalität in die Partnerschaft investieren, erscheint diese den Männern durch den inflationären Gebrauch weniger wertvoll. Sie gehen mit dem Wiedergeben dieses Geschenks eher sparsam um und verknappen die Liebe, womit der Wert der einzelnen Liebesgeste für sie (und für die empfangende Partnerin) steigt.

Bei diesem Spiel geht es aber nicht um die Liebe selbst, vielmehr geht es darum, dass mit ihrer Gabe eine Gegengabe auch in anderen Bereichen des Zusammenlebens erwartet wird. Liebe ist schließlich die freikonvertierbare Generalwährung in modernen Partnerschaften, sobald sie auf diesem Ideal basieren. Die Zuwendung und Zuneigung ihrer Partnerinnen verpflichtet die Männer nämlich auf deren Interessen, Wünsche und Gewohnheiten, was aber nicht notwendigerweise ihren Interessen, Wünschen und Gewohnheiten entspricht. Ihre emotionale Sparsamkeit ist daher ein (nicht vorsätzliches) Kalkül, mit dem sie sich den Ansprüchen ihrer Partnerinnen entgegenstellen, ohne dagegen offen zu opponieren.

In dieses Kalkül der zurückgehaltenen Emotionalität scheint auch die Darstellungslogik von Kopfschmerzen einzugehen. Liebe ist tatsächlich eine eher abstrakte Kategorie, die erst soziale Wirklichkeit wird, wenn sie in Körperpraktiken, etwa denen des Begehrens, ihren Ausdruck findet, mit denen die tiefgreifenden Dimensionen verkörperter Identität als Gemeinsamkeit erfasst werden. Das ge-

schieht in einem diffusen und für unwillkürlich gehaltenen Austauschprozess durch Aufmerksamkeit, Berührung, Geheimnisse der Person und Intimität genauso wie durch Anerkennung, Empathie, Sorge und Hilfe. Schmerzdarstellungen können, da sie immer auch zur Hilfeleistung auffordern, zu Repräsentanten von Verständnis, Zuneigung und Liebe werden, mit denen zu reagieren ist. Zudem gelten Schmerzen ebenso wie Gefühle als Subjektivitätsleistungen und nicht als strategisch, sondern als authentisch, spontan und unwillkürlich, wodurch sie leicht ineinander übersetzbar sind. Schmerzen können also ein dankbarer Ausdruck für Liebe sein.

Für die Männer drohen ihre Kopfschmerzen nun in das Gewebe der partnerschaftlichen Gefühlswelt einzugehen, um dort mit dem Appell der Liebe versehen zu werden. Damit aber würde sich das emotionale Ungleichgewicht zu ihren Ungunsten verschieben. Aus diesem Grund nehmen sie weniger Hilfe an, und wenn doch, dann auf sehr sachliche Weise. Für die Männer sind die eigenen Kopfschmerzen kein offizielles Element des partnerschaftlichen Narrativs der gegenseitigen Zuneigung und Hilfe, das sie in Liebe konvertieren. Sie wollen sich nicht von ihren Partnerinnen emotional abhängig machen und in Währungen für deren liebende Hilfe bezahlen, die sie erst mühevoll umtauschen müssen (etwa gegen Hausarbeit, vgl. Kaufmann 1994), wobei der Tauschakt selbstverständlich nicht als solcher offiziell werden darf. Stattdessen halten sie ihre Partnerinnen auf Abstand mit dem Argument, ihnen nicht zu viel Arbeit bereiten zu wollen. Das sehen ihre Partnerinnen nicht so, für die seine wie ihre Kopfschmerzen zum emotionalen Austausch dazugehören, der sie wenig kostet und für den sie wenig Mühe aufwenden. Die unterschiedlichen Aufmerksamkeiten für Schmerzen als empfindlich für den einen und als robust für den anderen gehen daher auch in die emotionalen Machtspiele ein und repräsentieren die emotionale Ungleichheit im Paargeschehen.

Die Kameradschaftsehe des alten Mittelstands

Wenn Personen aus demselben sozialen Milieu und aus Herkunftsfamilien mit ähnlichen Belastungsvorstellungen eine Partnerschaft oder Ehe eingehen, liegt es nahe, dass sie ein ähnliches Empfindlichkeitsniveau haben. Das gilt in besonderer Weise für den alten Mittelstand mit seinen weitgehend uniformen Schmerznormen, was im nächsten Kapitel vertieft wird. Schmerzen werden dort als ein selbstverständliches und naturhaftes Hintergrundrauschen im gemeinsamen Leben vereinbart, ohne dass es zu besonderen Konflikten zwischen den Partnern kommt.

Ein Beispiel für die Vorstellung der Naturhaftigkeit von Kopfschmerzen repräsentiert Frau Gerhold (78 Jahre alt, ungelernt, bäuerliche Herkunft). Die Integration ihrer Migränekopfschmerzen in die Ehe ist so durchgreifend, dass sich ihr Ehemann bei einem Migräneanfall ganz selbstverständlich neben sie ins abgedunkelte Zimmer legt und bei gedimmter Beleuchtung in seinem Buch liest. Das Paar re-

agiert sachlich-pragmatisch ohne affektive Überfürsorge und ohne besondere Forderungen, womit sie beide auch zufrieden sind. Es wird wenig Aufheben um die Kopfschmerzen gemacht.

In traditionelleren Partnerschaften beruht das eheliche Fundament zu einem geringeren Maß als bei moderneren Partnerschaften auf der romantischen Liebe (schon gar nicht um ihrer selbst willen), sondern auf äußeren Merkmalen wie dem Gleichklang von Charakter, Anschauungen und Lebensentwürfen, was sich aus den Ähnlichkeiten der Lebenslage ergibt und von außen durch das soziale Milieu und durch die Gemeinschaft stabilisiert wird (z.B. Riesman 1958). In der Ehe von Frau Gerhold werden weder Geschlechtsbilder noch die häusliche Arbeitsteilung ausgehandelt, sie selbst ist stark in die Kirchengemeinde eingebunden. Die Liebessemantik formuliert sicherlich auch bei ihnen eine Orientierung, aber eher abstrakt und äußerlich. Solche Partnerschaften – meist sind es Ehen – beruhen stattdessen auf Kameradschaftlichkeit, dem bürgerlichen Eheideal des 19. Jahrhunderts (Illouz 2011, Shorter 1977). Daher ist Liebe hier in viel geringerem Maß eine für andere Zwecke einsetzbare Währung: Ihre Gabe und ihre Gegengabe verändern wenig, vor allem wenn die meisten Dinge des Ehelebens gar nicht ausgehandelt werden, weil sie als Selbstverständlichkeit gelten. So vergibt sich Herr Gerhold mit seiner liebevollen Zuwendung bei der Migräne seine Ehefrau auch nichts. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass gerade bei Paaren, die nicht dem spätmodernen, auf Gleichheit beruhenden Liebesideal verpflichtet sind, Liebe, wenn sie denn gegeben wird, tatsächlich selbstlos ist.

Innerhalb der Einstellungen der gewerblichen und ländlichen Milieus wird ein, allerdings nur gradueller Unterschied für Frauen gemacht, für die generell eine schwächere Konstitution angenommen und von denen weniger erwartet wird, dass sie schwere Arbeit verrichten, obwohl sie gerade das tun. Ihnen werden Kopfschmerzen zwar zuerkannt, aber auch sie entwickeln stillschweigende Routinen des Rückzugs, möglichst wenn die Männer nicht anwesend sind – insofern ist das Beispiel von Frau Gerhold nicht typisch. Sie bringen ihre Kopfschmerzen mit weiblichen Rollenbildern in Verbindung, etwa mit Menstruationsschmerzen, und berichten zudem von stofflichen Auslösern, etwa der Unverträglichkeit von Ernährungszusätzen oder Wein, wenngleich diese im Vergleich zu denen der Männer als schwach gesehen werden. Dennoch orientieren sie sich am Körperideal des stoischen Ertragens und konkurrieren mit ihren Ehemännern um die robustere Haltung gegenüber Schmerzen.

Unter Umständen werden Frauen von ihren Ehemännern diszipliniert. Frau Wert (56 Jahre alt) erinnert sich an die Worte ihres damaligen Ehemannes, der von seiner Mutter die robuste Umgangsform mit der Migräne kannte. Er sagte zu Frau Wert, als sie einen Migräneanfall hatte: »Reiß dich zusammen! Ich kann mir so was auch nicht leisten. Da muss man halt durch« (29: 31f.). In ihrer Darstellung entspricht sie seiner Forderung nach einer robusten Einstellung und nimmt keinen

Rückzug in Anspruch. Schließlich musste das Paar damals einen Bauernhof bewirtschaften und drei Kinder großziehen, da ist Liebe nicht das zentrale Element der Ehe, sondern ein Luxus. Inzwischen hält sie seinen Appell zwar für skandalös, aber auch nach der Scheidung waren Kopfschmerzen für sie kein Grund, ihrer Arbeit als Altenpflegerin fernzubleiben: »Ich bin ja berufstätig und bin auch oft mit Migräne zur Arbeit gefahren« (16: 10).

Männer aus diesen Milieus bagatellisieren ihre Kopfschmerzen. Man zieht sich zwar ins Schlafzimmer zurück, weist aber den Vorschlag der Partnerin ab, dass die Kopfschmerzen eine Migräne seien. Zudem sei man schließlich so robust, es auszuhalten. Die Kopfschmerzen werden in diesen Fällen als Belastung durch die viele Arbeit gedeutet, wie beim Ehemann von Frau Schulze, einem Automechaniker, der mit seiner Arbeitsstelle unzufrieden ist und gern den Arbeitgeber wechseln würde.

Im alten Mittelstand, insbesondere in den gewerblichen Milieus, gehorchen die Belastungseinstellungen beider Partner der strikten Notwendigkeit der Arbeit und der Hauswirtschaft. Man kann sich schlichtweg keine Schmerzen bzw. deren Dramatisierung leisten – der Tag ist mit Tätigkeit ausgefüllt. Für den Alltag und für die Beziehungsgestaltung gibt es klare und unwidersprochene Regeln, sodass kaum eine Notwendigkeit für Aushandlungen der partnerschaftlichen und geschlechtlichen Arbeitsteilung besteht. Auch Vorstellungen, wie sich die Geschlechter präsentieren, insbesondere geschlechterspezifische Gefühlsregeln, werden von beiden Partnern unwidersprochen geteilt.

Emotionales Engagement

Bei einem anderen Teil unserer Informantinnen steigert sich der Kopfschmerzausdruck in dramatischer Weise, was mit einer zunehmenden Unzufriedenheit beider Partner einhergeht und in ein gegenseitiges Steigerungsverhältnis mit hoher expressiver Beteiligung mündet: Die Emotionalisierung der Kopfschmerzen ist ein Leitthema der Geschichte von Mia Rose, die sich darüber beklagt, dass ihr Freund sie nicht tröstet:

Er hat jetzt in letzter Zeit öfter mitbekommen [...] immer wieder bin ich aufgewacht und hatte schon morgens Migräne [...] ging's mir richtig mies, und das hat er natürlich dann auch gemerkt. Und dann war's auch so, dass ich gesagt habe: »Okay, ich bleib' zu Hause und ich lege mich hin.« Aber dann ist er eben zur Arbeit [...] Also [er] kriegt dann mit: »Mir geht's nicht gut, ich leg' mich hin.« Aber dann [ist er] auch wieder weg. (23: 12)

Für Mia Rose ist es wichtig, dass ihr Freund der Migräne empathisch gegenübersteht, aber er ist immer dann nicht anwesend, wenn sie seine liebevolle Unterstützung braucht. Ihre Beziehung ist noch vage, sodass sich für die Dramatisierung der Migräne noch keine Routinen eingespielt haben, auf die sie zurückgreifen kann.

Die Migräne repräsentiert die Beziehung und ihre Widersprüche während der Konsolidierung eines gemeinsamen und aufeinander verpflichtenden Narrativs: das Vereinbaren der unterschiedlichen Herkunftsmilieus, das Zusammenleben auf Abruf, die Befürchtung, verlassen zu werden, und unklare Zukunftsperspektiven. Es hat den Anschein, dass Mia Rose die emotionale Bestätigung der Beziehung durch den Partner benötigt.

Ein diskreter und sachlicher Hinweis auf die Migräne genügt also nicht. Mia Rose greift zu stärkeren Mitteln, mit denen sie ihrem Freund ihr Bedürfnis nach Nähe und Verständnis deutlich macht. Da er von sich aus keine emotionale Reaktion zeigt, führt sie diese nun herbei. Wie sie das tut, berichtet sie selbstkritisch anhand einer Episode, in der sie mit sich selbst hadert:

Ich wird' traurig, ich krieg' Wut [...] Da bring' ich auch meinen Freund manchmal zur Weißglut, wenn ich wirklich dann darüber halt rede in dem Sinne von: »Warum ich und warum jetzt?« und ich kann da rumschreien und was weiß ich. Und ich wird' da tierisch selbstmitleidig. (31: 16ff.)

Solche Situationen eskalieren, und es kommt zum Streit: »Er versucht mich zu beruhigen, und er merkt, es funktioniert nicht [...] mir ist dann alles egal [...] ich wird' sauer und wütend, bis er dann auch wütend wird« (31: 30ff.). Mia Rose macht ihren Freund, wenn er schon einmal anwesend ist, auf ihre Migräne aufmerksam. Sie berichtet hier nicht einfach über einen Migräneanfall, sondern inszeniert sich als moralisches Subjekt, das nicht nur eine Tasse Tee braucht und ein abgedunkeltes Zimmer, vielmehr Trost und liebevolle Zuwendung. Die Frage nach dem Sinn der Migräne (»Warum ich?«) ist natürlich rhetorisch, sie verlangt keine Antwort. Aber ihre Verzweiflung bringt ihn in die Defensive und führt ihm seine Hilflosigkeit und sein Unverständnis vor. Genau genommen erpresst sie ihren Partner mit ihrem Gefühlsausbruch.

In solchen Fällen wird die Bedienungsanleitung für die Kopfschmerzen von den Männern nicht verstanden, der nun Nachdruck zu verleihen ist. Es wurde schon gezeigt, dass Männer für ihre eigenen und die Kopfschmerzen ihrer Partnerinnen die Emotionalisierung abweisen. Dagegen führen Frauen das Emotionsprogramm fort, was wieder der Ökonomie der Liebe geschuldet ist: Da Frauen ihr Überangebot an Expressivität in der Regel habitualisiert haben, ist für sie der sparsame Umgang damit nur unter großer Anstrengung durchzuhalten. Sie müssten gegen die Habitualisierung ankämpfen und würden zudem schnell von ihren Männern als unauthentisch (weil unweiblich) identifiziert werden, was gegen die Regel der Authentizität verstoßen würde. Frauen sind damit in der Zuweisung ihrer höheren Emotionalität gleichsam gefangen. Für sie ist es durchaus eine sinnvolle Strategie, Emotionen, über die sie ohnehin genügend verfügen (weil ihnen das zugeschrieben wird), als Massenware einzusetzen, um damit die gewünschte Reaktion herbeizuführen.

Genau das tut Mia Rose ganz offensichtlich, wenn sie vor ihrem Freund mit sich selbst hadert, sich nicht beruhigen, sondern die Situation eskalieren lässt, herumschreit und über sich selbst wütend wird. Damit lockt sie endlich eine Emotion hervor: Sie bringt ihn zur »Weißglut«. Sein aus ihrer Sicht mangelndes Verständnis führt durch ihre Inszenierung in stärker affektiv orientierte Interaktionen, die die Partner aneinander binden, selbst wenn sie zunächst in Affekten der Aversion münden: Der Freund verlässt seinen sachlichen Gefühlskontext und wird selbst wütend. Später gibt es dann ein Einsehen, und man versöhnt sich wieder. Die Steigerung der Emotionalität führt in einen geteilten Gefühlskontext auf ein Hochplateau, von dem aus nach dem gemeinsamen (gefährlichen) Abstieg in die Tiefebene – also nach dem Abkühlen der Situation – eine gegenseitige Verständigung erreicht wird. Die Episode wird Teil des partnerschaftlichen Narrativs, stellt emotionale Gemeinsamkeit her und produziert einen weiteren Überschuss an geteilter Subjektivität. Die Eskalation ist zwar gefährlich, aber gemeinsam durchstandene Gefahren binden auch einander. Der auf Schmerz distanziert reagierende Freund wird nun doch über den Umweg der emotionalen Eskalation auf die Schmerzen seiner Partnerin verpflichtet. Je stärker der Appell an die Liebe in der Schmerzinteraktion ist, desto stärker ist der Schmerz auch im Paargespräch integriert, schließlich ist man zusammen, weil man sich liebt.

Gegenüber anderen nahen Angehörigen kommt Mia Rose dagegen ohne Gefühlsexplosionen aus. Der Vater, den sie gelegentlich in den Ferien besucht, ignoriert die Kopfschmerzen. Bei der Mutter, deren Migräne inzwischen abgeklungen ist, kann sie sich auf eingespielte affektive Routinen der Zuwendung verlassen.

Emotionalisierte Inszenierungen finden sich auch in anderen Fallgeschichten: Frau Gude (41 Jahre alt, Einzelhandelskauffrau) dramatisiert einen Migräneanfall, indem sie die Perspektive ihres hilflosen Freundes einnimmt:

Weil es, glaub' ich, nix Schlimmeres gibt, als wenn da einer liegt und knallt mit'n Kopf gegen die Wand und bricht und bricht und bricht und steht die halbe Nacht auf, um zu brechen. (29: 26ff.)

Das Übergeben ist allein schon dramatisch genug, aber diese unwillkürliche Körperäußerung wird zusätzlich noch mit der willkürlichen Handlung, den Kopf gegen die Wand zu schlagen, kontextualisiert. Es ist ein Appell an den Freund, der ihm ihre Schmerzen, aber genauso seine Hilflosigkeit vorführt. Aus der Klage über die Migräne wird eine Anklage, die allerdings nicht als solche formuliert wird. Den Freund beschreibt Frau Gude, ähnlich wie Mia Rose, als einen Mann, der Schmerzen ertragen kann, der »kein Weichei« ist und auch mit starken Schmerzen »nie dann zu Hause bleiben« würde. Aber er »kriegt die Krise, wenn jemand jammert« (30: 19ff.). So schildert sie nicht nur ihre eigene Verzweiflung, sondern auch die Verzweiflung des Freundes und klagt die liebevolle Zuwendung ein, die sie von ihm erwartet. Mit den Dramatisierungen werden die Partner auf die eskalierenden

Kopfschmerzen verpflichtet, die nun durch ihrem affektiven Gehalt nicht mehr zu ignorieren und aus dem Partnergespräch und den Partnerpraktiken nicht mehr herauszuhalten sind.

Der medizinische Notfall

Die Emotionalisierung bindet zwar aneinander, allerdings gibt es auch einige Risiken. Die Partner gewöhnen sich daran, kehren zu ihren sachlichen Einstellungen zurück und entwickeln ihre eigenen distanzierenden Routinen zur Entschärfung der Situation. Eine auf Dauer gestellte Emotionalisierung der Kopfschmerzen würde das in einer Partnerschaft notwendig geforderte Routinehandeln überstrapazieren. Auch Herr Melnik bleibt kühl und lässt seine Freundin Mia Rose am Ende abblitzen. Sie berichtet über seine Abgeklärtheit:

Ich maule dann rum, ich sag' das dann, aber es ist eigentlich schon so, dass er eigentlich schon weiß: »Okay, nee, lass sie mal. In zwei Stunden geht's ihr dann vielleicht wieder [besser].« (21:19ff.)

Es besteht sogar die Gefahr, dass die Betroffenen bei andauernden Gefühlsausbrüchen für unzuverlässig und wenig alltagsfähig angesehen werden. Einige Informantinnen vermuten, dass ihre Partner sie hin und wieder der Simulation oder der Übertreibung verdächtigen. Mit der Emotionalisierung der Kopfschmerzen gelingt deren zufriedenstellende Integration in das partnerschaftliche Narrativ noch nicht allein.

Mia Rose macht ihren Freund damit der Emotionalisierung auf ihre Migräne aufmerksam, ist aber mit dem Ergebnis nicht zufrieden. Es sind eigentlich aversive Reaktionen, die sie hervorruft: Ihr Freund ist »genervt« (31: 25), wenn es ihr schlecht geht. Wirklich verstehen tut er sie immer noch nicht. Das Risiko einer dauerhaften Schmerzemotionalisierung ist hoch. So kann es sein, dass sich der Partner eben doch nicht erweichen lässt und man sich nicht versöhnt oder dass man dauerhaft als hysterisch und schwach, jedenfalls nicht als kompetente Partnerin wahrgenommen wird. Die Emotionalisierung integriert die Migräne immer noch nicht gewohnheitsmäßig in die Partnerschaft. Eine stabile Integration wird schließlich durch Medikalisierung herbeigeführt, allerdings mit erheblichen Kosten. Das lässt sich an vielen Fallverläufen beobachten, die in eine Schmerzlinik geführt haben, was hier am Beispiel von Mia Rose berichtet wird:

Sie hatte zwei Monate vor dem Interview eine katastrophisch erlebte Schmerzattacke, bei der sie von der Mutter notfallmäßig in ein Krankenhaus gebracht wurde, wo sie zwei Tage unter heftigen Schmerzen verbrachte. Aber nicht die Mutter ist in ihrem Bericht die zentrale Bezugsperson, sondern der Freund. Mia Rose sagt noch im Interview aufgeregt:

Er hat mich einfach nur die ganze Zeit versucht zu beruhigen und war dann eben auch da und kam wieder, hat mir Sachen gebracht und war den- und saß de- Ich hab' das ja alles kaum mitgekriegt. Der saß dann stundenlang neben meinem Bett, und ich war kaum noch anwesend also. Er ist in der Hins- also definitiv ruhig, ruhig geblieben. (24: 19ff.)

In seiner sachlichen Unterstützung – seinem Handlungsprogramm – sieht Mia Rose eine Stärke, die sie nun als liebevolle Zuwendung deutet. Vor allem aber ist sie zufrieden, weil er endlich anwesend ist, wenn es ihr schlecht geht. Ihr Freund erlebte so die Schmerzzustände unmittelbar in einer dramatischen Situation mit den entsprechenden akutmedizinischen Handlungsanforderungen und Verfahren. Die Notfallsituation zwang ihn im Namen der Liebe zur Anwesenheit, während er sonst nicht bei ihr war. Er sieht nun, dass es ihr nicht nur schlecht geht, sondern ihm wurde die Migräne im Medizinbetrieb durch dessen Handlungsimperativ sichtbar gemacht und die Schmerzen darin gerahmt. In der Definition der sozialen Situation Notaufnahme wurden die Schmerzen als verschärfter medizinischer Handlungsbedarf plausibilisiert.

Unter diesem Handlungsdruck lernt er die Migräne seiner Partnerin, indem sie sich im Krankenhaus im Bild einer bettlägerigen, blassen, fahrigen und stöhnenden Patientin präsentiert, die unter Medikamentenwirkung wenig ansprechbar ist und deren Körper mit Kanüle und Schlauch an eine Infusion angeschlossen ist. Hier sind die Logiken der Medizin präsent: Die Krankensymptome sind isoliert vom Alltag, deren Wirkungen werden ihm nun in höchster Dramatik vorgeführt und öffnen ihm die Augen über den Zustand seiner Freundin. Mithilfe der medizinischen Requisiten versteht er endlich die Zumutungen, denen sie ausgesetzt ist. Ihre ganze Person ist auf die Identitätsdimension einer Migränekranken reduziert. Die Szene mag sogar ein wenig lebensbedrohlich wirken.

Der Kopfschmerz wird nun zur offiziellen und ernstzunehmenden Krankheit. Das bedeutet, dass er nun endgültig kein Alltagsleiden mehr ist, allerdings wird er durch die expertielle Etikettierung versachlicht. Nach dieser Episode reagiert der Freund jedenfalls weitaus empathischer und berichtet ihr zwei Monate später, als sie in der Schmerzklinik liegt, sogar von eigenen starken Kopfschmerzen, was Mia Rose im Interview mit Genugtuung berichtet: Nun versteht er endlich am eigenen Leib, wie sehr sie leidet.

Die Notfalleinweisung oder der Besuch des Notarztes bei einer sehr starken und länger andauernden Migräneepisode ist eine typische Station der Krankenkariere unserer Informantinnen aus den Schmerzkliniken. Notfalleinweisungen sind nicht selten, davon wird in den Interviews häufiger berichtet. In einer großstädtischen neurologischen Notaufnahme werden nach Auskunft einer interviewten Ärztin pro Jahr etwa einhundert Fälle behandelt. Es ist der Anfang der Eskalation der Migräne, für die die Neurologin nicht mehr nur gelegentlich Schmerzmittel

verschreibt. Mit der Medikalisierung wird das Missverständnis aufgrund von unterschiedlichen Schmerzverständnissen einer vorläufigen Lösung zugeführt. Die Notfallversorgung kontextualisiert die Kopfschmerzen mit der Krankenrolle, die von allen verstanden wird, da sie zum kulturellen Reservoir gehört und für die sich in Partnerschaften Routinen einspielen bzw. schon eingespielt haben. Dazu gehört auch der Anspruch auf emotionale Aufmerksamkeit und Sorge, die die Partner zu leisten haben.

Regime der Lebensführung

Das Beispiel von Mia Rose und ihrem Freund zeigt, dass eine eskalierende Migräne über den Weg der ärztlichen Behandlung mit großen Plausibilitätschancen affektiv in die Partnerbeziehung integriert werden kann. Sollen Paar- und Familienleben irgendwie normal weitergehen, muss allerdings sowohl die partnerschaftliche als auch die medizinische Eskalation der Kopfschmerzen eine Ausnahme bleiben. Insbesondere die Medikalisierung wirkt nämlich wie ein Fremdkörper in der Partnerschaft. Das Krankenargument wird bald stumpf, wenn es zu oft angewendet wird. Hinzu kommt, dass den Pflichten einer Krankenrolle bzw. eines krankheitskonformen Lebensstils nachzukommen ist, die auch vom Partner eingefordert werden. Es gelingt zwar, Kopfschmerzen als Krankheit in die Partnerschaft zu integrieren, aber Kopfschmerzranke laufen auch Gefahr, dauerhaft auf ihre Krankheit festgelegt zu werden. Sie sind deshalb motiviert, ihre Symptome wieder als Alltagsbeschwerden ins Spiel zu bringen. Krankheit wird also in relativierenden Routinen eingewebt, in denen die gewohnheitsmäßigen Rechte und Pflichten sowie die Ansprüche an Partner und Kinder ausgehandelt werden. Ist der Pflock der Medikalisierung also einmal eingeschlagen, werden die Kopfschmerzen wieder ein Hintergrundgeräusch, allerdings eines, das, medizinisch legitimiert, immer wieder anschwellen und zu einem dissonanten Störgeräusch werden kann. Mit diesem Rauschen im Ohr organisieren Paare nun ihre Gemeinsamkeit.

Mia Rose kann hierfür nicht als Fallbeispiel herangezogen werden. Ihre Beziehung ist noch zu jung, und die Paarroutinen haben nur eine geringe Festigkeit – man lebt auch noch anderthalb Jahre nach dem ersten Interview in einer Probianordnung, die allerdings zum zweiten Interviewtermin gefestigt erscheint. Als Ankerbeispiel hinzugezogen wird daher Frau Schulze (42 Jahre alt, Industriekauffrau). Sie ist verheiratet und hat drei Kinder: eine 13-jährige Tochter, einen 10-jährigen Sohn und einen Säugling, sie befindet sich deshalb in der Erziehungszeit. Ihren ersten Migräneanfall vor neun Jahren erlitt sie unter dramatischen Umständen, an die sie sich noch genau erinnert. Es kann deshalb angenommen werden, dass sich diese Episode im kollektiven Gedächtnis der Familie abgelagert hat. Sie hatte schlaganfallähnliche Symptome und war nicht in der Lage zu sprechen. Der gerufene Krankenwagen kam aber nicht, und der Notarzt fuhr nach einer Unter-

suchung wieder weg. Am Morgen wurde Frau Schulze von ihrem Ehemann ins Krankenhaus gefahren.

In dieser dramatischen Situation war die Anteilnahme des Ehemanns gesichert: »Er hatte ganz, ganz furchtbar Angst gehabt, dass mir irgendwas passiert« (11: 456ff.). Seine Besorgnis nahm sie gern hin, allerdings fühlte sie sich nach dieser Episode dadurch in ihrer Freiheit und Selbstbestimmung eingeschränkt. Wenn sie etwas mit Freundinnen plante, wollte ihr Ehemann wissen, wohin und wie lange sie ausgeht, um sie bei einem Migräneanfall abholen zu können. Die Migränesymptomatik begründete seine Territorialkontrolle bei ihren außerhäusigen Aktivitäten. Auch hier wirkt die Ökonomie der Liebe, die in Partnerschaftspraktiken umgemünzt wird: Die Notfallsemantik bewirkt zwar die Anteilnahme des Ehemannes, von der sie sich aber gleichzeitig erpresst fühlt, wenn sie sich als eingeschränkt wahrnimmt. Das ist kein Einzelfall: Die Migräne bietet auch in anderen Partnerschaften Anlass für Kritik und Kontrollmöglichkeiten, etwa in Bezug auf Rauchen, Ernährung, Tagesabläufe, Verhalten am Arbeitsplatz oder den Besuch des Fitnessstudios. Mit der Ort- und Zeitkontrolle setzt Herr Schulze auf der Basis der Liebessemantik die männlich konnotierte Beschützerrolle gegenüber seiner Ehefrau durch, was aufseiten der Ehefrau traditionelle Weiblichkeitsbilder reproduziert und teilweise auf Widerstand stößt: Frau Schulze möchte zwar Anteilnahme, aber keine Kontrolle.

Um dem aus dem Weg zu gehen, muss sie ihre Symptome relativieren und veralltäglichen sowie deren affektive Dramatisierungen zurücknehmen. So kommt es zur Rückübersetzung der Migräne als Alltagsleiden, worüber alle Familienmitglieder froh sind. Kann doch das Leben nun wieder seinen gewohnten, nur minimal gestörten Gang gehen. Frau Schulze zieht sich bei einem Migräneanfall nicht komplett zurück und hält sich weiterhin im Wohnzimmer auf, nicht zuletzt weil sie für den Säugling Sorge zu tragen hat. Solche Routinen hat sie von ihrer Mutter übernommen, die ebenfalls unter Migräne litt: »Während des Anfalls am besten nicht viel bewegen, da kann man sich ruhig hinsetzen, und wenn man Glück hat, ein Buch lesen oder kann fernsehen« (8: 336ff.). Sie erreicht eine in der Familie akzeptierbare Übereinkunft, die sie als besondere Alltagsfähigkeit herausstellt. Auch ansonsten betonen unsere Informantinnen immer wieder ihre Tauglichkeit und ihren Durchhaltewillen bei einem Migräneanfall und dass sie zumindest angefangene Tätigkeiten zu Ende bringen.

Die aufrechterhaltene Alltagsfähigkeit lässt sich Frau Schulze gut bezahlen, indem sie ihrerseits das Verhalten der Familienmitglieder im Haus bei einem Migräneanfall kontrolliert:

Die meisten sind dann leiser, weil sie dann wissen, ich kann das mit dem Lauten gar nicht. Also, was heißt die meisten. Meine Tochter und mein Mann [...] und un-

ser Sohn versucht es zwar auch immer, aber der ist noch ein bisschen aufgedrehter, also für den ist es noch schwieriger. (22: 982ff.)

Frau Schulze hat die Regie des Hauses unter Kontrolle. Das Migräneargument wird zum Medium der Erziehung und Sanktionierung der Familienmitglieder, wobei sie auf einen geteilten Erfahrungshorizont zurückgreifen kann, mit dem sie ihren Ehemann verpflichtet: Die Mütter der beiden Ehepartner, die jeweils als sehr robust geschildert werden, haben selbst Migräne, was als gemeinsames Empfindlichkeitskapital in die Partnerschaft eingeht.

Das Kopfschmerzgespräch weitet sich aus, nachdem auch der Ehemann seit zwei Jahren regelmäßig Kopfschmerzen hat. Er sucht dann den Rückzug für eine halbe Stunde, wenn er von der Arbeit kommt. Mit seinen Kopfschmerzen ist wieder Gemeinsamkeit hergestellt. Gerade weil ihr Ehepartner nun auch Kopfschmerzen hat, kann sie ihre Migräne als Alltagsleiden (und nicht als zu sanktionierende Krankheit) anerkennen lassen, Verständnis dafür verlangen und sich den Kontrollen entziehen. Er hat aber andere, nämlich normale Kopfschmerzen und keine Migräne, wie Frau Schulze betont. Ihre eigenen Beschwerden heben sich von seinen ab und bleiben damit etwas Besonderes. Dieser feine Unterschied hat nicht nur Auswirkungen auf die Anerkennung ihrer Symptome, sondern auch sehr prinzipiell auf die Organisation der familiären Arbeitsteilung und Geschlechtervorstellungen. So werden seine Kopfschmerzen in den Kontext der Erwerbsarbeit gesetzt; Frau Schulze macht seine Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz dafür verantwortlich: »Er fühlt sich nicht wohl auf der Arbeit. [...] Er wäre schon lieber in einer größeren Firma« (14: 602ff.). Die halbstündigen Kopfschmerzen nach der Arbeit inszenieren seine männliche Ernährerrolle in einem Haushalt, der von seiner Ehefrau geführt wird.

Die Regie der Lebensführung behält Frau Schulze mit dem Kopfschmerzargument über die geschlechtliche Arbeitsteilung hinaus auch in anderen häuslichen Arenen. Aufgrund einer Allergie gewöhnt sie sich an, vegetarisch zu essen. Ihre allergische Reaktion wird schon beim Geruch von Fleisch oder Fisch hervorgerufen, was unter Umständen, so ihre Vermutung, auch zu einem Migräneanfall führen kann. Sie setzt die neuen Ernährungsgewohnheiten gegenüber ihrem Ehemann durch und bereitet ihm, einem Handwerker, ebenfalls ausschließlich vegetarische Kost zu, was er zwar hinnimmt, worüber er aber nicht glücklich scheint. Wieder findet hier der Konflikt zwischen »empfindlich« versus »robust« statt, den Frau Schulze (qua Allergie) mit der Kostauswahl austrägt. Die Kopfschmerzen verlasen ihre medizinisch beschriebene distinkte Gestalt der bekannten Migränesymptome und gehen Verknüpfungen mit anderen Empfindlichkeitsarenen ein. Der praktizierte Vegetarismus repräsentiert nun die Kopfschmerzen und wird zur neuen Grenzlinie zwischen seiner robusten und ihrer empfindlichen Einstellung.

Fleisch ist dem Ehemann einzig beim gelegentlichen Grillen und beim Belegen der Pizza erlaubt. Diese Abstecher in ältere Kostformen, die mit einem traditionellen Männlichkeitsbild und dem Handwerkermilieu korrespondieren, zeigen, dass er die fleischlose Lebensweise akzeptiert, wobei er sich kleine Freiheiten herausnimmt. Mit diesen Abweichungen findet sich wiederum seine Ehefrau nachgiebig ab, die klugerweise gelassen genug ist und die ironische Distanzierung hinnimmt. Der Wechsel von der »schwachen«, weiblich konnotierten vegetarischen Nahrung gegenüber der »starken«, männlich konnotierten Nahrung des Fleischkonsums repräsentiert in gewisser Weise auch ihr Streben zu einem mittleren Milieu (vgl. Bourdieu 1982). Mit der neuen Kostform akzeptiert der Ehemann die für ihn fremden kulturellen Orientierungen der Mittelschicht.

Tradierungen

Zum Ende dieses Kapitels wird auf das Fallbeispiel von Frau Meier-Samet zurückgekommen, wodurch Empfindlichkeiten als Medium familiärer und milieutypischer Tradierungen exemplarisch veranschaulicht werden sollen. Ihre Migräne wird zwar vom Ehemann ignoriert, sie aber bringt sie trotzdem folgenreich in das familiäre Gespräch ein und organisiert damit die territoriale und moralische Ordnung gegenüber ihren beiden Töchtern. Bei einem Migräneanfall zieht sich Frau Meier-Samet zurück und ist für die Kinder nur begrenzt ansprechbar. Sie hat es in der Hand, zu bestimmen, mit welchen Obliegenheiten die 13-jährige Tochter zu ihr kommen darf, und kann sie im Zweifelsfall abweisen. Es werden Aufenthaltsorte und Tätigkeiten von Familienmitgliedern sowie die familiäre Geräusch- und Gefühlsordnung gesteuert. Dafür nennt Frau Meier-Samet ein Beispiel: Die 17-jährige Tochter wird angemahnt, sich nicht so oft ihre Nägel zu lackieren, da der Geruch von Nagellack einen Migräneanfall triggert. Ein drohender Migräneanfall gibt der Mutter die Legitimation, das Zimmer der fast Erwachsenen zu betreten bzw. dort anzuklopfen. Migräne und Nagellack stellt sie in einen moralischen Kontext:

Ich würde der das nicht verbieten, ich ich find' halt schon, dass das übertrieben ist, weil sie dann häufig ihre Nägel umlackiert und ich ja denk': »Einmal lackiert, ist ja jetzt auch mal gut.« (23: 14ff.)

Im Namen der Migräne findet Erziehung und Kontrolle der Kinder sowie die Tradierung von bürgerlichen Körperverständnissen und von Weiblichkeit statt. Frau Meier-Samet bezieht sich dabei auf eigene ästhetische Praktiken, die sie in den Kontext ihrer Berufstätigkeit stellt:

Dabei war ich wirklich großer Fan, wenn ich dann frei hatte und nicht gearbeitet hab', von Nagellack, [...] fand ich ganz toll, weil als Krankenschwester durfte man das ja nie. (22: 4ff.)

Nagellack symbolisiert ihre ersten zwölf Erwachsenenjahre, die Loslösung vom Elternhaus sowie Selbstständigkeit und eigene Freizeit. Die Tochter soll, genauso wie sie selbst, Nagellack als Zeichen ihrer Weiblichkeit vernünftig gebrauchen, dabei aber ihr berufliches Fortkommen nicht aus den Augen verlieren. Frau Meier-Samet rekurriert auf die für Frauen schwer zu erfüllenden (und widersprüchlichen) Normen der Mittelschichten, sowohl erwerbstätig und ökonomisch unabhängig als auch Mutter und Partnerin zu sein (vgl. Beck und Beck-Gernsheim 1990) – etwas, von dem sie selbst glaubt, es nicht hinreichend verwirklicht zu haben. Die Vereinbarung der unterschiedlichen Rollen ist für sie ein Lebensmotiv, mit dem sie selbst gegenüber ihrem Ehemann, der augenscheinlich eine traditionellere Rollenverteilung einfordert, zu kämpfen hatte. Insofern repräsentiert der gesamte Komplex der anwachsenden Empfindlichkeiten für Geruch, Lärm und Licht ihre Bewertung der eigenen Lebenssituation und ihres Lebensentwurfs, die sie in Form ihres Empfindlichkeitsausdrucks gegenüber der Tochter tradiert.

Abschließend ist zusammenzufassen, dass Praktiken der Empfindlichkeit das Zusammenleben in Familien und Partnerschaften organisieren. Sie werden dort in Form von sozialem bzw. Körperkapital ausgespielt, was in der Herkunftsfamilie erworben wurde und nun angewendet und tradiert wird. Die eigene Empfindlichkeit und die Ansprüche an die Reaktion des Partners stoßen regelmäßig auf Widerstände, gegen die sich nicht immer durchgesetzt wird, auch wenn auf die Krankenrolle rekurriert wird.

In das Drama der Partnerschaft gehen Kopfschmerzen als Requisiten in der Aushandlung von Bedürfnissen ein. Die Symptome sind nicht nur körperliche Erscheinungsformen, sondern soziale Gegenstände, die in Handlungsverläufen bearbeitet werden, sich formen und ihre Gestalt wandeln, wobei deren Stärke und Bedeutung moduliert werden. Kopfschmerzen als Elemente im Empfindlichkeitskosmos von Familien und Partnerschaften sind deshalb nicht bei den Betroffenen allein zu verorten. Sie verknüpfen die Beteiligten miteinander, mit ihnen werden Intensität und Frequenz, Verpflichtung und Kontinuität der Beziehung verhandelt. In Kopfschmerzinteraktionen loten die Partner in besonderer Weise Nähe und Distanz aus, sowohl das Beanspruchen und Geben von Zuwendung als auch von Rückzug. Insofern korrespondieren die Logiken von Partnerschaft und Kopfschmerzen als Dauerspiel der gegenseitigen Abstimmung.

Zwei Arten des Normalumgangs lassen sich typisieren, mit denen Kopfschmerzen in Partnerschaft und Familie verhandelt werden. Zunächst sind die robusten Paare anzuführen, die sie als normales Alltagsleiden und als ein Naturereignis auffassen, das wenig Aufmerksamkeit beansprucht. Kopfschmerzen, selbst wenn sie

stärker auftreten, sind hier ein Störgeräusch, das im Hintergrund mitläuft, aber den Lauf des Alltags wenig beeinflusst. Meist sind es ältere Paare mit traditionellen Einstellungen aus den gewerblichen Mittelschichten, die diese Umgangsform repräsentieren, sowie Paare, bei denen der Mann die Kopfschmerzen hat. Für einen zweiten Typ von Paaren und Familien setzen sich unter modernen Verhältnissen regelmäßig empfindliche Einstellungen gegen robuste durch, und Kopfschmerzen werden von den Frauen erfolgreich durch deren Anschluss an die Liebesemantik als Verhandlungsmasse ins Spiel gebracht. Sie sind moralisiert – es wird verhandelt, was gut und schlecht ist – und politisiert – es wird verhandelt, wer zu welchen Zeiten und zu welchen Gegenständen das Sagen hat. Kopfschmerzen repräsentieren somit partnerschaftliche und familiäre Umgangsformen sowie moralische Werte und mischen sich in die Alltagspraktiken ein.

In der partnerschaftlichen Aushandlung der körperlichen Symptome findet ein symbolischer Austausch von Rollen- und Identitätszuweisungen statt. Jeder der Ehepartner setzt auf der Basis seiner Symptome Situationsdefinitionen und Bedürfnisse durch, weist dem anderen Identität zu und kontrolliert sein Verhalten. Im Kern geht es um die Aushandlung von Alltagsrollen, mit denen Geschlechtsbilder, Milieupraxen und sogar soziale Mobilität transportiert werden. Bedeutsam dafür ist, dass die Symptome in den Kontext von Leistungen und Rollen gestellt werden. Die ins Spiel gebrachten Symptome und Empfindlichkeiten werden mit Rollen und Zuweisungen verknüpft. Frau Schulze inszeniert ihre Rolle als Mutter und Hausfrau und bestätigt ihren Ehemann in seiner Rolle als Ernährer, nur so ist die Inszenierung der Kopfschmerzen akzeptiert. Diese Dramaturgie will zeigen, dass Erfolge dem Schmerz abgetrotzt sind und dafür auch Anerkennung gefordert und erhalten wird, wodurch auch Stabilität und Erwartungssicherheit der Paarbeziehung erreicht sind.

Kopfschmerzen sind als eine Dimension der partnerschaftlichen Stabilisierung zu behandeln, indem sie ein Moment in der gegenseitigen Verpflichtungsstruktur werden. Schmerzhandeln ist in das partnerschaftliche Arrangement eingebettet und findet in routinemäßigen Praktiken statt. Es werden Alltagsrollen zugewiesen und generalisierte Erwartungen konkret ausgehandelt. Die Partner wissen, was sie von der Migräne zu halten und wie sie darauf zu reagieren haben, auch gelegentlicher Ärger darüber ist in feste Bahnen gelenkt. In der partnerschaftlichen Praxis und ihrer Symbolwelt repräsentiert Migräne die allgemeinen genauso wie die konkreten Rollenzuweisungen und Erwartungen. Migräne ist in die räumlichen, zeitlichen und moralischen Arrangements der Partnerschaft eingeflochten.

3.2 Die robusten Einstellungen des alten Mittelstandes

Ohne Zweifel zeigen sich alle Arten von angenehmen und unangenehmen Empfindungen in besonderer Weise in Familien und in Partnerschaften, die auf affektiven Handlungslogiken basieren. Familien bilden aber keinen abgeschlossenen Kosmos, sondern sind vielmehr Bestandteile sozialer Milieus, auf deren kulturelle Sichten und Praktiken sie ihre Mitglieder sozialisieren. Familiäre Umgangsformen mit Schmerzen unterscheiden sich demnach in den sozialen Milieus, was sich auch im Interviewmaterial andeutet und im Weiteren einer systematischen Analyse unterzogen wird. Es wird zu belegen sein, dass für die Vergesellschaftung von Schmerzen die ökonomischen Bedingungen sowie die kulturellen Praktiken, Normen und Weltsichten sozialer Milieus eine erhebliche Rolle spielen.

Es soll hier noch einmal daran erinnert werden, dass keine kausalen Aussage angestrebt werden, etwa in der Form, dass die Position innerhalb der Sozialstruktur den Schmerzumfang bestimmt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass der affektive Austausch, beispielsweise Schmerzdarstellungen und die Reaktionen darauf, in Beziehungen als Teil und nicht als Effekt der Sozialstruktur eingebettet sind. Er ist ein veränderlicher Moment in einem sich beständig strukturierenden Gefüge, in der Einzelnen ein Platz zugewiesen wird, die ihrerseits an den Zuweisungen aktiv teilnehmen. Affekte und Empfindungen sind also als Inkorporierung von Status und Position sowie ihrer Verläufe und Karrieren zu denken. In der Bindung zu konkreten Anderen und zu Kollektiven wird sich auf deren kulturelle, sozioökonomische und symbolische Erwartungen verpflichtet, damit auch auf die entsprechenden Gefühlsnormen.

Nicht alle Personen richten sich nach diesen Normen, etwa wenn sie sich unsicher fühlen oder für ihre Schmerzen keine typischen bzw. für sie zufriedenstellenden Erklärungen finden oder deren Schmerzdarstellungen von anderen abgewiesen wird. Solche Abweichungen können als Ausdruck von Statusinkonsistenzen und Rollenunsicherheiten aufgrund von widersprüchlichen Erwartungen oder als Ausdruck einer rigiden Verpflichtung an ihre zugewiesenen Rollen verstanden werden. Diskrepanzen können sich etwa dann ergeben, wenn sich sozioökonomische Lagen und kulturelle Erwartungen widersprechen und Einzelne nicht in der Lage sind, die Inkonsistenzen für sich angemessen zu lösen. Gefühle und Empfindungen sind für sie (wie auch für die Forschenden) ein Sensorium, inwieweit ihre eingenommenen Plätze und ihre Lebensentwürfe mit den Erwartungen vereinbar sind, an denen sie sich orientieren.

Bevor das Interviewmaterial ausgebreitet und analysiert wird, soll zunächst anhand eines historischen Fallbeispiels, das des amerikanischen Arztes Leo Davidoff (1953), das robuste Schmerzverständnis in seiner klassisch-bürgerlichen Version dargestellt werden. Davidoff repräsentiert die Vorstellungen der Industriemoderne der Nachkriegszeit mit ihrer starken Integrationskraft der großen Institutionen

von Wirtschaft, Sozialpolitik und Bildung sowie der kollektiven Solidarität, welche die Grundlagen für die individualisierte Leistungsethik sind. Sein tradiertes Schmerzverständnis, dessen Spuren noch immer auffindbar sind, wenngleich es sich gleichzeitig differenziert hat, kann daher als paradigmatisch angesehen werden. Die Migräne von Leo Davidoff soll deshalb hier gleichsam den Referenzpunkt bilden, aus dem sich im Zuge der Modernisierung neue Schmerzverständnisse gebildet haben, welche anhand der Interviews anschließend aufgezeigt werden sollen.

Der pedantische Chirurg

Leo Davidoff beginnt seine Darstellung mit dem Bericht eines Migräneanfalls, wie er ihn häufig nach einer Operation überfiel:

Sobald ich das Schweißband entfernt habe und die Kinnbacken entspanne, geht die Hölle los. Der Schmerz schießt aus seinem Versteck hervor wie ein Torpedo, und große dröhnende Schmerzstöße jagen durch meine Schläfen und über meine Schädelbasis. Ich werde grün im Gesicht und der kalte Schweiß bricht mir aus. Meine Hände und Füße sind kalt und ich friere am ganzen Körper. Das kleinste Licht wirkt auf meine Augen wie schmerzhafte Pfeile. Mein Magen scheint sich umzudrehen, und am liebsten möchte ich mich übergeben, aber gewöhnlich ist das unmöglich. Schon beim ersten Gedanken ans Essen wird mir übel. Der Gedanke daran wirkt wie Hohn. (122)

Der Migräneanfall hat sich schon vor der Operation angekündigt, dessen unweigerlichen Ausbruch der Arzt Davidoff durch verschiedene Vorkehrungen verzögert, um die nächsten drei oder vier Stunden am Operationstisch zu überstehen. Dafür hat er Techniken entwickelt: Aspirin einnehmen, das im Operationssaal um das Kinn zu tragende Schweißband enger als üblich anlegen und die Wangenmuskulatur dauerhaft anspannen. Diese Vorkehrungen sorgen dafür, dass der Anfall erst nach erfolgreich durchgeführter Operation mit aller Macht über ihn hereinbricht. Trotzdem werden noch die notwendigen Nacharbeiten erledigt: Diktieren des Operationsberichtes, Gespräch mit den Assistenten über den Verlauf der Operation sowie Patientenvisiten, bis er sich von einem Taxi in seine Arbeitswohnung bringen lässt und dort, ohne das Licht anzuschalten und ohne sich auszuziehen, ins Bett verkriecht und unruhig schläft. Am nächsten Morgen ist er wieder erholt.

Migräne ist in dieser Beschreibung eingebettet in Berufstätigkeit und bietet trotz starkem Unwohlsein keine Entschuldigung, Arbeiten nicht zu erledigen. Der Körper wird mit systematischer Aufmerksamkeit bedacht und Techniken angewendet, mit denen der Schmerz unterdrückt und kontrolliert wird. Kopfschmerzen werden nicht einfach schweigsam ertragen, sondern es wird sich methodisch mit dem Körper auseinandergesetzt – so kaltblütig und sachlich, wie Davidoff als

Chirurg die Patienten operiert. Dem bürgerlich-akademischen Habitus verpflichtet, gehört zu seinen Techniken auch, die Kopfschmerzen zum Gegenstand von Kontemplation zu machen. Nicht zuletzt deshalb kann Davidoff seine Selbstbeobachtungen in einem genauen Bericht niederlegen. Im Nachdenken über seine Kopfschmerzen resümiert er gleichzeitig seine ärztliche Tätigkeit: Es wurden wichtige Fälle operiert, er macht sich Sorgen um die morgige Operation, die Nachsorge eines Patienten gestaltet sich schwierig, und die Grübeleien darüber führt zu einer unruhigen Nacht. Er denkt an die Auslöser eines Anfalls: Nahrungsmittel, Alkohol, Unregelmäßigkeiten im Tagesablauf und Schlafmangel. Die Kopfschmerzen bekommen so einen eigenen Sinnhorizont und werden in sein Weltbild integriert: »Die tiefer liegenden Ursachen sind, davon bin ich überzeugt, Angst und seelische Spannungen«, die allerdings nicht für sich selbst, sondern in einer Kette von Geschehnissen zu denken sind, »die schließlich in der Migräne enden« (123). Das ist aber kein Automatismus, denn genauso gut können die Migräneschmerzen auch ausbleiben. Davidoff identifiziert für seine Kopfschmerzen ein Schmerzgegenüber in mentalen Prozessen, die er mit seiner Erwerbstätigkeit assoziiert.

Davidoff verfügt über eine Sprache für seine Kopfschmerzen, die es ihm gestattet, sie mit normativen Einstellungen zu belegen, mit denen er sich im sozialen Gewebe zu positionieren versteht. Als Arzt kennt er die maßgebliche Literatur dazu: Die vaskuläre Migränetheorie des Neurologen Harold Wolff (1948, 1972), womit er die anfallsaufschiebende Wirkung des WangenzusammenknEIFENS begründet. Dort findet sich auch die Zuschreibung des Perfektionismus für Migräniker. Anstatt jedoch darin eine Stigmatisierung zu sehen, unterstreicht das Etikett für ihn seine professionelle Einstellung, wie folgendes Zitat belegt:

Ich bezweifle nicht, dass die unter Migräne leidenden Menschen eine geschlossene Gruppe bilden, die [...] einen bestimmten »Typ« darstellt. [...] Eines der hervorstechendsten Merkmale dieser Gruppe ist nach Wolff der »Perfektionismus«.
(125)

Die Idee des Perfektionismus macht er zum Ausgangspunkt des Berichtes über eine Episode, in der er wegen »viel Aufhebens von einigen technischen Vorkehrungen in meinem Operationssaal« von einem Mitglied der Krankenhausverwaltung als »Pedant« (126) bezeichnet wurde:

Ich gab das zu und fragte ihn, ob er, falls er jemals einen Gehirntumor haben sollte, nicht lieber von einem Chirurgen behandelt werden wollte, der ein Pedant sei, als von einem, der sich damit begnügte, die Wunde zu vernähen, wenn nicht alle, sondern nur die meisten Blutungen aufhörten. (126)

Davidoff wendet die Zuschreibung des Perfektionisten auf sich selbst an und integriert die Migräne in sein Weltbild, wenn er seine Beschreibung mit folgenden Worten beendet:

Zum Glück für den Pedanten gibt es auf der Welt auch für ihn einen Platz, eben wegen dieses Charakterzugs. Und zum Glück für die Welt gibt es Genauigkeitsfanatiker, die man rufen kann, wenn es um Aufgaben geht, bei denen es nur eine vollkommene Lösung oder gar keine gibt. (126)

Obwohl Davidoff Schmerzzustände und unangenehme Symptome sehr eindrücklich schildert, belegt er sich nicht mit der Identität eines Migränikers, sondern sieht sich als Arzt – eine Darstellung, in der er die Migräne strategisch positioniert. Die gesamte Beschreibung belegt den hegemonialen Anspruch seines professionellen Habitus, selbst wenn es um so etwas Persönliches wie die eigenen Schmerzen geht. Die Migräne ist der Wissenschaftlichkeit, der Genauigkeit, dem Arbeitsethos, der Leistungsfähigkeit, der gesunden Skepsis, der Kommunikationsfähigkeit, der Differenziertheit und der Ausgewogenheit der Ansichten untergeordnet, wenngleich sie auch diese Eigenschaften befördert. Es verlangt eine gute Beobachtungsgabe und ein sicheres Gespür, die Migräne kaltblütig zu überlisten, jenen Instinkt, der auch als guter Chirurg gebraucht wird. Sicherlich ist Pedanterie in den meisten Situationen nicht angemessen, aber sie ist eine für den Chirurgen notwendige Eigenschaft, die er wie bei einem Pakt mit dem Teufel mit seiner Migräne erkauft. Migräne stärkt den Chirurgenhabitus, anstatt ihn zu schwächen.

Die Migräne wird genauso im täglichen Kampf besiegt, wie ein Patient geheilt wird. Davidoff ist der Migräne nicht ausgeliefert, sie kontrolliert ihn nicht, sondern er sie. Ihre Zähmung durch das genaue Studium der Körperzeichen – rational kalkuliert – hat geradezu Vorteile, denn sie weist Davidoff eine Rolle zu, die genau zu seiner Aufgabe passt. Der Platz in der Welt und sein Inhaber sind identisch, damit ist auch Identität sichergestellt. Migräne positioniert Davidoff als charakterfesten »Pedanten« in einer Welt, die Pedanten hin und wieder benötigt, und zwar an entscheidenden Stellen, dort, wo es um alles geht. Migräne ist hier das Leiden einer bürgerlichen Leistungselite. Aber nicht sie selbst ist das Distinktionsmerkmal, sondern die Leistungsfähigkeit beweist sich an deren Beherrschung.

Genau genommen ist der Beitrag von Davidoff in einem Buch mit dem Titel »Was Ärzte als Patienten erlebten« fehl am Platz, denn er selbst sieht sich nicht als Patient. Es wird kein Arzt-Patient-Kontakt geschildert, außer derjenige zu ihm selbst. Migräne ist zwar eine Krankheit, aber für ihn ist sie eine alltägliche Missempfindung. Ihre Gegenmittel sind alltagserprobt (auch das Aspirin ist ein Alltagsmittel) und werden erst nachträglich fachmedizinisch begründet. Davidoff unterrichtet den Leser auch nicht von Interaktionen mit Kollegen und Mitarbeitern, in denen Migräne unmittelbar adressiert wird.

Auch wird von keinem Gespräch mit seiner Ehefrau berichtet, das Migräne zum Gegenstand hat. In der Familie kann er sich ihr gegenüber nicht immer durchsetzen, etwa wenn sie am Sonntagabend noch Gäste einlädt, obwohl sich der Arzt schon in Gedanken mit dem Wochenanfang beschäftigt und in Vorbereitung der

Arbeitswoche früh zu Bett gehen möchte. Die Migräne ist dort nicht durchsetzungsfähig und der Familienalltag mit dem Migräneargument nicht dirigierbar. Davidoff macht die Schmerzen und sein Unwohlsein mit sich selbst aus. Diese Selbstverständlichkeit repräsentiert traditionelle Handlungsorientierungen, in der Empfindlichkeiten nicht weiter thematisiert werden.

Davidoff findet für die Migräne neben der Bestätigung als Arzt einen weiteren kollektiven Ort: Die Herkunftsfamilie ist über Generationen hinweg – Großmutter, Mutter, Schwestern und die eigene Tochter – durch Migräne miteinander verknüpft. In medizinischer Hinsicht ist nicht die Empfindlichkeit erblich, mit der Schmerz erlebt werden, sondern die physiologische Eigenart der »vasolabilen Hirngefäße« (120), die genauso vererbt werden wie etwa die Haarfarbe. Sozial über Generationen hinweg tradiert aber ist die Fähigkeit und die Charakterstärke, Schmerzen auszuhalten, »die bisweilen so stark werden wie die Schmerzen, die Kranke mit Gehirntumoren haben« (120). Nicht nur Davidoff ist robust, sondern seine gesamte Familie. Aus diesem Grund dürfte er auch klaglos hinnehmen, wenn seine Ehefrau sein sonntägliches Ruhebedürfnis hin und wieder ignoriert. Seine Schmerzen zeugen jedenfalls von der Leistungsfähigkeit, die »Anstrengungen des Alltags« zu meistern (120).

Der gezähmte Körper

Die Selbstdarstellung von Leo Davidoff korrespondiert mit dem Menschentypus der entwickelten Industriemoderne der 1930er- bis 1970er-Jahre, wie er von David Riesman und seinen Mitarbeitern (1958) beschrieben wurde. Der robuste Körper als Leistungsinstanz für die Arbeit ist demnach eine Eigenschaft des puritanisch-innengeleiteten Amerikaners. Dessen Verhalten ist durch einen starren und gleichermaßen eigenständigen Charakter kanalisiert, der ein gewisses Maß an Flexibilität in der Wahl der gesellschaftlichen Ziele erlaubt (Riesman 1958: 32). Diese normative Orientierung ist Anpassungen an bürokratische Organisationen und an die moderne Berufsarbeit in der funktional-differenzierten und arbeitsteilig organisierten Industriemoderne mit ihrer weitgehend kulturellen Homogenität geschuldet, was umso stärker für das Nachkriegsdeutschland zutrifft. Riesman beschreibt den lösungsorientierten Leistungsträger, der sich Autoritäten unterordnet und trotzdem individualistisch ist. Seine Stellung in der Gesellschaft und seine Identität werden vor allem durch Berufstätigkeit bestimmt, die ihrerseits produktorientiert ist. Über die Sozialisation dieses Persönlichkeitstyps schreibt er:

Die Kraft, die das Verhalten des Individuums steuert, wird verinnerlicht, d.h. sie wird frühzeitig durch die Eltern in das Kind eingepflanzt und auf prinzipielle, aber dennoch unausweichliche Ziele gerichtet. (Riesman 1958: 31)

Der Charakter des Kindes ist dergestalt, dass es sich in einer Umwelt wohl fühlt, die wie seine Eltern viel von ihm abverlangt und in der es kämpfen muss, um sich zu bewähren. (Riesman 1958: 59)

Die Charaktereigenschaften des innengeleiteten Menschen schlagen sich in mechanistischen Vorstellungen vom Körper nieder, dessen Funktionieren selbstverständlich vorausgesetzt wird. Die Orientierung an Charakterstärke und Durchhaltevermögen lässt den Körper schweigen, der kaum problematisiert wird und sich nicht bemerkbar macht. Die Charakterfestigkeit drückt sich in der Festigkeit und in der zeitlichen Stabilität des Körpers aus. Der Kopf führt den Körper, was die Unterwerfung der Welt unter den eigenen Willen repräsentiert – in eindeutigen Werten, klaren Strukturen und festgelegten Hierarchien. Der Körper als Diener des Willens geht unhinterfragt im Selbst auf. Er ist aber nicht komplett stumm wie bei traditionellen Einstellungen, sondern wird durch methodisch-objektivierendes Beobachten seiner mechanischen Handlungsfähigkeit zum Sprechen gebracht. Gesundheit ist das Selbstverständliche – ein gewichtsloser Gleichgewichtszustand (vgl. Gadamer 1993: 145).

Der Körper geht allerdings nur so lange im Selbst auf, wie er die von ihm erwarteten Aufgaben erfüllt. Ohne die Identifikationen mit Tätigkeiten und Leistungserfüllung werden Strukturen, Hierarchien und Werte vieldeutig. Beim Unvermögen zu handeln kommt es zu einer Krise, die umso problematischer erfahren wird, weil die Gewissheit des Körpers so selbstverständlich ist und bisher kaum infrage gestellt wurde. Die Orientierung auf Selbstbeherrschung, Kampf und Bewährung lässt keinen Raum für Reflexionen über Gebrechlichkeit. Daher auch die Anstrengungen, mit denen selbst bei Unwohlsein weitergearbeitet wird, um das »zu Bruch gegangene Selbstbild« (Strauss und Corbin 1993: 41) zu reparieren, was als besonders schmerzlich empfunden wird, weil das Selbst des Industriezeitalters als etwas Konstantes und Aktives konzipiert ist.

Mit dem Versagen des Körpers wird auch das Selbst infrage gestellt. Das Nicht-handelnkönnen ist eine Krise, bei der der einst fügsame Körper aus dem Selbst heraustritt und ungehorsam wird. Erst wenn der Körper durch seine Schmerzen neben das Selbst tritt, wird bemerkt, dass das Körper-Ich ausschließlich zum Erfüllen von Aufgaben konzipiert ist. Typischerweise für das Industriezeitalter ist Krankheit »gleichgesetzt mit Arbeitsunfähigkeit« (Herzlich und Pierret 1991: 208) und solcherart mit einer Beschädigung von Identität, die sich zum großen Teil aus der Erwerbsarbeit speist.

Auch auf diese Handlungskrise wendet der innengeleitete Typus seine auf Aktivität ausgerichteten Routinen an: Der Körper wird in Form der Krankenrolle objektiviert und Gegenstand der ärztlichen Expertise (Parsons 1958). Die medizinischen Verfahren sind genauso organisiert wie die arbeitsteilige Gesellschaft überhaupt, in der Funktionen und Positionen unabhängig von der Person erfüllt werden. Sie

beruhen auf der zweckrationalen Vorstellung vom objektivierten Körper: Befasst wird sich mit dem Leib der Patienten, deren Identität und soziale Stellung bleiben weitgehend unberücksichtigt. Mit der Institutionalisierung der Krankenrolle wird die moralische Unschuld an der Handlungseinschränkung angenommen, welche die Identität vor abweichenden Zuschreibungen gerade dadurch sichert, dass der handlungseingeschränkte Körper aus dem Selbst ausgeklammert wird (Gerhardt 1991).

Vor diesem Hintergrund sind auch die Migränepraktiken von Leo Davidoff zu deuten, für den Kopfschmerzen eine Bedrohung seiner professionellen Identität darstellen, da sie immer mit der Möglichkeit der Handlungsunfähigkeit verbunden sind. Genauso wie andere Bedrohungen des bürgerlich-stoischen Selbstverständnisses, etwa Faulheit, Nachlässigkeit oder Trägheit (Riesman 1958: 135), wird der »Dämon der Migräne« hart bekämpft, um zu zeigen, »wer hier der Herr ist« (Davidoff 1953: 122). Diese Bewährungsprobe bietet indes einen geradezu willkommenen Anlass, Standfestigkeit und Entschlossenheit zu beweisen, mit dem der Körper gezähmt wird. Dessen Widerstand wird gebrochen, wenn nicht aufgegeben und trotz Schmerzen weitergearbeitet wird. Der Sieg über den Körper, auch wenn manche Schlacht verloren gehen sollte, stärkt die stoische Selbstkonzeption und trägt zur Charakterbildung bei.

Solche Vorstellungen werden auch schon in Riesmans Studie thematisiert, sind hier aber nur für einen Teil der amerikanischen Gesellschaft der 1940er-Jahre gültig. Die Studie von Zborowski (1969) mit Interviewmaterial aus demselben Zeitraum zeigt die unterschiedlichen Schmerzeinstellungen von jüdisch-, irisch- und italienischstämmigen sowie alteingesessenen angelsächsisch-puritanischen Amerikanern auf. Eine später durchgeführte Studie weist indes darauf hin, dass das puritanische Schmerzverständnis die amerikanische Leitkultur der 1950er-Jahre repräsentiert, an dem sich die Nachfolgegenerationen der anderen ethnischen Gruppen orientieren (Sternbach und Tursky 1965).

Die Selbstbeherrschung der innengeleiteten Einstellung bildet, auch im Deutschland des frühen 21. Jahrhunderts, immer noch einen zentralen alltagspraktischen Erwartungshorizont, wenngleich sie den öffentlichen Diskurs nicht zu dominieren scheint. Der Journalist Harro Albrecht berichtet in seinen Erkundungen über die Welt der Schmerzen von Manfred Zimmermann, einem Medizinprofessor und Schmerzforscher, der ähnlich zäh wie Davidoff mit seiner Migräne umgegangen ist. Albrecht (2015: 34) schreibt über seinen Interviewpartner:

Wenn in seiner aktiven Zeit Tierversuche anstanden und er tagelang durcharbeiten musste, hatte er oft Migräne. Zimmermann wollte sich nicht in einem dunklen Zimmer verschanzen. »Ich habe bis zum Erbrechen Liegestütze gemacht«, erinnert er sich, »danach war alles wieder in Ordnung.« In weniger schweren Fällen

lenkte sich der Physiologe, der sonst über Mikroelektroden Stromimpulse durch Nervenfasern jagte, mit Blockflötenspiel ab. Und wenn er einmal im Hotel logierte, legte er sich in ein heißes Bad und füllte sich mit Kaffee ab.

Um den Körper in den Griff zu bekommen, werden starke Schmerzen mit harten Mitteln bekämpft, schwächere dann mit weniger harten Mitteln. Körper, Arbeit und Leben sind zu beherrschen, genauso wie die Störungen durch die Migränekopfschmerzen.

Kopfschmerzen als Abweichung

Leo Davidoff berichtet zwar aus dem Amerika der 1940er-Jahre, aber seine Darstellung ist für unsere Zwecke instruktiv. Er repräsentiert in beinahe idealtypischer Weise traditionell-robuste Körper- und Schmerzvorstellungen. Als kollektiv tradierte Sedimente des Körperbewusstseins haben sie selbst im frühen 21. Jahrhundert immer noch eine Bedeutung. In einer Teilstudie zur Schmerzversorgung in einer geriatrischen Abteilung wurden hochaltrige Patienten befragt, die die Kriegs- und Nachkriegszeit bewusst erlebt haben (vgl. Dreßke und Ayalp 2017). Üblich waren für sie Schmerzen im Bewegungsapparat, die neben harter Arbeit auch mit Mangel Erfahrungen und Erfahrungen existenzieller Nöte in Verbindung gebracht wurden. Von Kopfschmerzen wurde nur wenig berichtet, obwohl auch danach gefragt wurde. (Frauen berichteten übrigens noch weniger von Menstruations- und Geburtsschmerzen.) Eine der wenigen Patientinnen mit Kopfschmerzen, Frau Metzger (geboren 1924), die schon als Kind auf dem Gehört ihrer Eltern arbeitete und sich dabei vielfach verletzte, erinnert sich, dass sie aufgrund von Kopfschmerzen als 20-Jährige ihren Hausarzt konsultierte. Seine Reaktion hat sich ihr eingepägt. Der Arzt wies sie ab und sagte ihr: »Unsere Jungens müssen ganz andere Schmerzen aushalten« (40: 1263). Das war 1944. Die Kopfschmerzen stellte der Arzt in den Kontext des Krieges. Sie repräsentierten für ihn wie auch für unsere Informantin das kollektive Leid der Soldaten, das ganz selbstverständlich ausgehalten werden musste. Frau Metzger entrüstete sich nicht und klagte nicht. Heute ist sie nur darüber verblüfft, was sie damals auszuhalten in der Lage war, wenn sie die Reaktion des Arztes gegenüber der Interviewerin lakonisch kommentiert: »Das gab's auch« (40: 1264). Den Schmerz damals ausgehalten zu haben, ist auch heute für sie selbstverständlich.

Die Umgangsform des klaglosen Aushaltens ist nicht auf die Hochaltrigen mit ihren besonderen historischen Erfahrungen beschränkt. Auch in den Interviews mit jüngeren Informanten gibt es viele Aussagen, in denen Kopfschmerzen in Verbindung mit körperlichen Belastungen gebracht werden. Hier einige Beispiele: Frau Gerhold (68 Jahre alt) wuchs auf einem Bauernhof auf: »Ich musste als Kind viel arbeiten und da hatt' ich auch schon viel Kopfschmerzen« (4: 10f.). Sie erklärt

ihre Schmerzsymptome mit einem »Knick in der Wirbelsäule«. Herr Hintze (50 Jahre alt, Feuerwehrmann) wies die Migränediagnose rundheraus ab, die ihm seine damalige Ehefrau und sein Hausarzt nahelegten. Für ihn resultierten seine starken Kopfschmerzen aus seinem erheblichen Alkoholkonsum. Im Stillen befürchtete er einen Hirntumor, ging deswegen aber auch nicht zum Arzt. Stattdessen ließ er seine Weisheitszähne extrahieren.

Herr Richter (48 Jahre alt, Handwerksmeister) berichtet von starken Kopfschmerzen in seiner Kindheit und Jugend. Bei Kopfschmerzen »hab' ich noch nicht mal 'ne Tablette genommen, sondern eben weitergearbeitet. Da gab's kein Aufhören« (3: 32f.). Er erinnert sich an eine Episode während seiner Ausbildung zum Maurer, als er früh am Morgen starke Kopfschmerzen hatte. Die nächste Apotheke war jedoch vor und nach seinen Schichtzeiten geschlossen, sodass er sich eine Woche lang nicht mit Schmerzmitteln versorgen konnte. Unverrichteter Dinge fuhr er zur Werkstatt und arbeitete dort den ganzen Tag wie üblich. Bei seinen Kollegen fand er keinen Widerhall für seine Kopfschmerzen, die er schweigend ertrug. Zu diesem Zeitpunkt war er auch noch nicht in medizinischer Behandlung wegen der Migräne. Obwohl er seinem Körper später etwas mehr Aufmerksamkeit entgegenbringt, behält Herr Richter die Einstellung des Ertragens bei: Seit 17 Jahren ist er bei der Freiwilligen Feuerwehr seines Ortes. Gegenüber den Kameraden wird über die Migräne kein Wort verloren, sie wissen Bescheid, das reicht. Herr Richter schildert einen Einsatz um drei Uhr nachts, bei dem ihn ein Migräneanfall geplagt hatte: »So hab' ich mich wirklich da lang gequält und hab' das eigentlich nicht an die große Glocke gehängt oder irgendeinem gesagt« (14f.: 35ff.). Nachdem der Brand nach drei Stunden unter Kontrolle war, meldete er sich mit der Begründung ab, dass er nun in seine Firma müsse, erholte sich aber zu Hause.

Diesen fraglosen Umgang mit Schmerzen schildern alle Befragten, die ihre Existenz durch körperlich harte Arbeit sichern, das gilt für die Frauen wie für die Männer. Die typischen Schmerzen harter Arbeit sind aber nicht Kopfschmerzen, sondern Körperschmerzen des Rückens oder der Gelenke, die die Deutungsfolien bilden, vor denen auch Kopfschmerzen bewertet werden. Die Deutung von Kopfschmerzen als Körperschmerzen beanspruchen sie zudem, wenn sie in einer Schmerzklinik behandelt werden. Der Kopf ist gegenüber dem Körper nicht profiliert, so sind es auch nicht dessen Schmerzen. Kopfschmerzen, insbesondere wenn sie als Migräne diagnostiziert wurden, sind in den Arbeiter- und Handwerkermilieus sowie im ländlichen Milieu nicht anerkannt, geradezu unerwünscht. Männer jedenfalls bringen sie untereinander nicht ins Spiel. Sie assoziieren Kopfschmerzen mit Verweichlichung als unerwünschter sozialer Abweichung, wie die Beispiele von Herrn Hintze und Herrn Richter zeigen.

Durch den hohen Körpereinsatz haben Schmerzen ihr legitimes Gegenüber in stofflichen und mechanischen Belastungen: das Bewegen schwerer Lasten, einsei-

tige und eintönige Bewegungen und Körperhaltungen, Arbeit bei Wind und Wetter, bei Männern aber auch, einen kräftigen Körper zu präsentieren. Typisch für diesen Körpergebrauch sind Schmerzen des Muskel-Skelett-Apparates, eben Rücken- und Gelenkschmerzen, Schmerzen bei Verletzungen oder Muskelkater. Solche Schmerzen sind anerkannt, über sie darf man klagen und sich gegenseitig Linderung verschaffen. Kopfschmerzen passen zunächst nicht in dieses Schema, sie sind eine Irritation, da sie kein oder nur ein geringes Äquivalent in gegenständlich-fassbaren Belastungen haben, an denen sie sich beweisen lassen. Selbst wenn der Körpereinsatz auf den Arbeitsstellen erleichtert ist, so sind doch die älteren robusten Körperbilder habitualisiert. Pierre Bourdieu (1982: 587) hat diesen Körpereinsatz der unteren Schichten zum Ausgangspunkt ihres »Geschmacks am Notwendigen« genommen. Notwendig ist harte Arbeit, wofür sich gestärkt werden muss und wofür der Verschleiß des Körpers hinzunehmen ist (Boltanski 1976).

Schmerz wird also stillschweigend ertragen, es hilft Ablenkung, und man geht wegen geringfügiger Verletzungen nicht zum Arzt, schon gar nicht wegen Kopfschmerzen. Körperliche Tätigkeiten, mit denen sich identifiziert wird, sind zu erfüllen, und der Körper wird auf die Beanspruchungen dafür vorbereitet. Arbeit ist Schmerzursache und Heilmittel zugleich. Körperlicher Schmerz ist die Münze, mit der Erfolg, Identität und Zugehörigkeit bezahlt werden, und eine Investition, die auf soziale Gewinne hoffen lässt. Schließlich ist die physische Funktionsfähigkeit notwendig für die Existenzsicherung. Das Ertragen von Schmerzen symbolisiert die in Milieus mit hohem Körpereinsatz geforderten Eigenschaften Kraft, Mut, Entschlossenheit und Ausdauer (Boltanski 1976, Bourdieu 1982, Herzlich und Pierret 1991). Ethnografische Studien zeigen regelmäßig ein positives Verhältnis zu Schmerzen (vgl. Degele 2006, 2008, Peller 2003, Zborowski 1969).

Für Kopfschmerzen findet man Alltagserklärungen in unspezifischen Belastungen. Es wurde zu viel Alkohol getrunken oder zu wenig Flüssigkeit zu sich genommen, man hat sich den Hals verrenkt oder am Kopf verletzt. In den Milieus mit körperlich hart arbeitenden Angehörigen stehen kaum Erklärungen zur Verfügung, die einen Schutzraum und eine Krankenrolle legitimieren würden. In der Regel werden die Kopfschmerzen mit sich selbst ausgemacht. Vermutlich werden sie überhaupt nur deshalb erinnert, weil die spätere Krankenkariere in die Schmerzversorgung geführt hat, in der sich höhere Körperaufmerksamkeiten herausgebildet haben. Für die hochaltrige Frau Metzger jedenfalls waren Kopfschmerzen immer nur unangenehme Episoden, von denen sie weiß, dass sie ihr Leben begleitet haben. Die berichtete Episode hat vermutlich nur deswegen einen Eindruck hinterlassen, weil sie mit einem kollektiven Ereignis von hoher biografischer Prägkraft in Zusammenhang gebracht wurde. Zumindest erinnert sich Frau Metzger an keine weitere Kopfschmerzepisode.

Schmerzsozialisierung: Die Schule der harten Arbeit

Schmerzauffassungen und Schmerzungsformen werden in der Kindheit entsprechend den Normen sozialer Milieus sozialisiert, die im Elternhaus gelten. Für die Älteren waren das die Notwendigkeiten der Existenzsicherung durch körperlich schwere Arbeit, für die auch die Kinder herangezogen wurden, sowie die fraglose Unterordnung in familiäre Hierarchien. Über die Kindheit berichten sie allerdings nicht viel. Sie wird zumeist als glücklich eingeschätzt, hört aber bald auf, weil in bescheidenen Verhältnisse zum Familieneinkommen beigetragen und gearbeitet werden musste (und für die noch Älteren, wenn sie sich an Krieg, Vertreibung und Hunger erinnerten). Wenn es anstrengend war, wird das kaum als Skandal aufgefasst, eher als zeithistorische Besonderheit, über die man im Nachhinein stolz ist, sie erlebt und durchstanden zu haben. Dazu zwei Beispiele: Ursula Völkers (84 Jahre alt) ist wie Frau Gerhold auf einem Bauernhof im Osten Deutschlands groß geworden. Die Mitarbeit in der Landwirtschaft, in der Arbeit und Familie organisch ineinanderfloss, war für sie selbstverständlich. Frau Gerhold erinnert sich daran, als Kind im Dorf Milch ausgetragen zu haben, und an eine körperliche Züchtigung durch ihren Vater, weil sie ihre Arbeit vergessen und mit anderen Kindern gespielt hatte.

Gerade die älteren Interviewpartner waren schon als Kinder und Jugendliche als Arbeitskräfte eingeplant. Schmerzen wurden kaum thematisiert, sondern mit Schweigsamkeit bedacht, sodass sie unter Umständen sogar zu einem Suizid führen: Frau Gerhold berichtet von ihrem Großvater, der sich in den Hühnerstall zurückzog und seine Schmerzen im Alkohol ertrank. Später hat er sich dort erhängt – wegen seiner starken Kopfschmerzen, wurde in der Familie kolportiert.

Dass Schmerzen in den Familien kaum thematisiert und schon gar nicht skandalisiert wurden, bestätigt auch Herr Richter:

Wir waren als Kinder, ich habe noch drei Geschwister, sehr auf uns alleine gestellt. [...] Also das wussten wir auch so ziemlich, vom Elternhaus kam da nichts, dass wir zum Arzt gegangen sind [...] und da, wo ich auf'm Bauernhof war, ja das [Kopfschmerzen] habe ich dann einmal erwähnt, aber da wurde sich auch nicht drum gekümmert. (4: 6ff.)

Auf Schmerzáußerungen wurde in der Familie nicht besonders reagiert, mitunter wurden sie sogar rundweg abgewiesen. Es gab auch keine elaborierte Schmerzsprache, allerdings ein selbstverständlich familiär geteiltes Belastungserleben. Weder wurde ein Arztbesuch initiiert noch ein Schmerzstiller gegeben. Für Kopfschmerzen gab es nicht einmal Hausmittel. Jedenfalls ist von einer habituellen Arztferne auszugehen. Auch von empathischen Reaktionen in der Familie berichtet Herr Richter nicht. Sein Vater war Alkoholiker, für den er hin und wieder Bier in der Gastwirtschaft zu holen hatte. Herrn Richter blieb in seiner Jugend nur, durchzu-

halten und sich bei zu starken Kopfschmerzen zurückziehen: »Das hat man mit sich selbst abgemacht« (4: 13). Kopfschmerzen, die nicht die üblichen körperlichen Belastungen ausdrücken, sind nicht Teil des Schmerzuniversums der älteren Angehörigen des bäuerlichen Milieus oder der Arbeiter- und Handwerkermilieus. Ihr Aushalten ist nicht einmal mit Anerkennung verbunden. Vielmehr ist Herr Richter stolz darauf, seit seinem zwölften Lebensjahr gearbeitet zu haben.

Schmerz als Zeichen von Körperverbrauch

Die traditionellen Orientierungen, die David Riesman (1958: 27, 53f.) für das Nordamerika der 1940er-Jahre beschreibt, können auch auf unsere älteren Interviewpartnerinnen angewendet werden, die in einfachen, leicht überschaubaren Gemeinschaften im erweiterten Familienverband aufwuchsen. Solche Verhältnisse waren für die Kriegs- und Nachkriegskinder in Deutschland noch virulent, da sich auf die unmittelbaren Netzwerke verlassen werden musste (vgl. Dreßke und Ayalp 2017, Thurnwald 1948). Die Kinder wurden mit der Vorstellung erwachsen, dass soziale Rollen und Normen unverändert von Generation zu Generation tradiert werden. Das Leben der Erwachsenen erfordert wenig Unterweisung, das allermeiste wird von den Kindern sehr bald begriffen. Nachgeahmt werden äußerliches und wahrnehmbares Verhalten sowie besondere Eigenschaften wie Durchsetzungsvermögen und Findigkeit. Die soziale Reifung, das gesellschaftliche Leben zu verstehen, geht der körperlichen Reifung voraus. Sobald Kinder dazu in der Lage sind, werden sie zu Arbeiten herangezogen und sind dann genau genommen kleine Erwachsene (Aries 2007).

In solchen traditionellen Einheiten sind Stärke, Ausdauer, Unempfindlichkeit sowie Gruppen- und Familiensolidarität gefordert. Diese Eigenschaften spiegeln die ökonomische Realität wider, in der körperliches Leistungsvermögen das existenzsichernde Kapital darstellt (Bourdieu 1982). Vor diesem Hintergrund wird Leistung im unausweichlichen Verbrauch des Körpers gemessen, der langsam verschlissen wird. Schmerzen gelten als Zeichen des für alternativlos gehaltenen Körperverbrauchs. Diese Körpersemantik lässt sich auf Kopfschmerzen allerdings nicht anwenden, da hierdurch kein Verbrauch angezeigt wird. Kopfschmerzen gelten deshalb als nicht existent und werden, falls sie doch auftreten, noch stärker als die anderen Schmerzen ignoriert, wobei das Ertragen die weitgehende Missachtung der Körper widerspiegelt. Kopfschmerzen sind Nichtschmerzen. Würde der Körper jenseits der Leistungsnotwendigkeiten beachtet und mit Empfindlichkeiten bedacht, würde das die Existenzgrundlage infrage stellen.

Obwohl das bürgerliche und das traditionelle Schmerzverständnis beide robust sind, gibt es doch einen Unterschied: Kopfschmerzen werden im alten Mittelstand, das zeigt das Beispiel von Leo Davidoff, als Migräne im Austausch mit der Medizin zum Sprechen gebracht und zum Gegenstand vielfältiger Praktiken und

Deutungen. Die bürgerliche Empfindlichkeit wird – gerade weil sie robust ist – zum Motiv sozialer Distinktion, wenn sie Leistungsethik zur Schau stellt. Proletarier und Landarbeiterinnen haben dagegen unter den Bedingungen von materieller Knappheit und der Orientierung auf Existenzsicherung gar keine Sprache für ihre Kopfschmerzen.

Mit der Betrachtung der Lebenslagen und Reproduktionsnotwendigkeiten muss das robuste Schmerzverständnis unserer Informantinnen vom Schmerzheroismus unterschieden werden, wie ihn etwa die nationalsozialistische Ideologie propagiert hat (vgl. Witte 2017). Natürlich zeigen die Durchhalteparolen des Krieges ihre Wirkung, allerdings ist zu bezweifeln, ob sich die NS-Körperideologie wirklich so wie beabsichtigt niedergeschlagen hat. Vielmehr ist zu vermuten, dass Tradierungen und Milieunormen für den Schmerz Umgang eine weitaus größere Rolle spielten. Ein Beleg dafür sind die Schmerzauffassungen der hochaltrigen Geriatriepatientinnen wie von Frau Metzger, die ihre Kindheit in den 1930er-Jahren verbrachte, denn sie unterscheiden sich nicht von den etwas später Geborenen. Zudem haben hochaltrige Informantinnen aus dem bürgerlichen Milieu Schmerznormen verinnerlicht, die zwar stärker auf ästhetischen Körpergebrauch ausgelegt, aber dennoch robust waren.

Lebensleistung

Unsere Informantinnen und Informanten, die in einem traditionsgeleiteten Milieu groß geworden sind, haben im Laufe ihres Lebens zunehmend mittelständisch-bürgerliche Werte angenommen, wie sie sich auch am Fallbeispiel von Leo Davidoff zeigen. Familie Völkers ist dafür ein Beispiel, die einen klassischen Aufstieg in die bürgerliche Mittelschicht im Westdeutschland der Nachkriegszeit repräsentiert.

Mit 19 Jahren lernte Ursula Völkers (84 Jahre alt) ihren späteren Ehemann kennen, der aus derselben Gegend kam. Das väterliche Gehöft konnten beide jedoch nicht weiterführen, da es in der DDR nach dem Krieg in genossenschaftliches Eigentum überführt wurde. Im Alter von 25 Jahren flüchteten beide in die Bundesrepublik und heirateten dort. Unter schwierigen ökonomischen Bedingungen begannen sie ihr gemeinsames Leben. Er studierte Ingenieurwesen, sie war als Fabrikarbeiterin tätig. Bald wurde die erste Tochter geboren. Der Ehemann brach das Studium ab und nahm eine ungelernte Tätigkeit an, um die Familie zu ernähren. Ursula Völkers fand nach kurzer Erziehungszeit eine Teilzeitstelle als angelernte Bankangestellte. Die kleine Familie wohnte beengt, es gab kein Kinderzimmer, das Kind schlief im elterlichen Schlafzimmer. In dieser Zeit begannen die Kopfschmerzen.

Nach und nach wurden zwei weitere Töchter und ein Sohn geboren. Die Familie zog zwar in größere Wohnungen um, die Wohnverhältnisse blieben aber eng, und die Kinder waren laut. Zunächst traten die Kopfschmerzen am Wochenende auf,

später wurde Ursula Völkers nach einem Arztbesuch klar, dass es eine Migräne ist, die regelmäßig zur Menstruation auftrat. Dann zog sie sich ins elterliche Schlafzimmer zurück. Behandelt wurde die Migräne mit Alltagsmitteln: Aspirin und Kaffee mit Zitrone. Genauso wie sie selbst machte auch der Ehemann kein Aufheben um die Kopfschmerzen, die sie als zu akzeptierende Naturereignisse betrachteten, wogegen man nichts machen konnte. Im Interview werden keine Unzufriedenheiten der Ehepartner, keine Szenen oder besonderen Vorkommnisse erwähnt. Überhaupt weiß Ursula Völkers nur wenig über ihre Migräne und deren Behandlung zu berichten. Viel wichtiger im Interview ist der Stolz auf die Kinder.

Der Umgang mit den Schmerzen repräsentiert Notwendigkeiten und Härten ökonomischer und familiärer Reproduktion in einem ineinandergreifenden System von Abhängigkeit und gegenseitiger Bestätigung. Ursula Völkers arbeitete zwar gern und fand auf ihrer Arbeitsstelle auch Anerkennung, aber sie glaubt, dass sie sich mehr um ihre Kinder hätte kümmern müssen. Die Kopfschmerzen kamen während der Menstruation, verschwanden während der Schwangerschaften und hörten mit dem Klimakterium ganz auf. Sie mahnten somit die geschlechtliche Rollenverteilung an: Es sind die Schmerzen des Frauseins, der Mutterschaft und der schwierigen Integration von Familien- und Erwerbsarbeit für eine Frau mit traditioneller Geschlechter- und Familienvorstellung.

Ihre Kopfschmerzen und die Rückenschmerzen ihres Ehemannes aktualisieren die geschlechtliche Identität entsprechend der in Kindheit und Jugend sozialisierten milieutypischen Einstellungen. Sie werden in Praktiken des stoischen Ertragens und der ironischen Distanz bearbeitet, die Merkmale des relativierenden Schmerz Umgangs in gewerblichen Milieus zu sein scheinen. Es geht aber auch darum, die Identität des anderen und das Ensemble der Partnerschaft zu schützen. Die Schmerzen dürfen nicht zu ernst genommen werden. Ursula Völkers macht sich etwa über die Jammerei ihres Ehemannes lustig. Schließlich hat sie mit ihrer Migräne in ihrem Leben viel mehr ertragen müssen als er, der nun, im Alter, viel Rücksicht verlangt. Sie kritisiert zwar die Schmerzen ihres Ehemannes, den sie als empfindlicher als sich selbst einschätzt, gleichzeitig bewundert sie seine Kaltblütigkeit in brenzlichen Situationen und seinen Durchhaltewillen, trotz der schlechten Startbedingungen aus der Familie etwas zu machen.

Genauso ist der Ehemann stolz auf seine Ehefrau, die ihm die Kinder geboren und großgezogen hat. Schmerz repräsentiert über die Geschlechtervorstellungen hinaus auch die Leistungen des familiären Erfolgs. Nach dem Abstieg aus der bauerlichen Mittelschicht durch die Enteignung des Landgutes in der DDR arbeitet man sich wieder hoch, und es gelingt der Wiederaufstieg in die gewerbliche Mittelschicht: er als ungelerner Handwerker in einem Betrieb, sie durch eine Karriere als kleine Bankangestellte. Das Ehepaar kaufte sich ein Haus, besonders stolz aber ist es auf die vier Kinder, denn trotz der schlichten Lebensverhältnisse haben alle studiert. Am Fallbeispiel von Ursula Völkers wird deutlich, dass die Schmerzen

in die Lebensverhältnisse eingewoben sind und deshalb verstanden werden. Sie haben ein Gegenüber in den Leistungen, den erfüllten Anforderungen und den erworbenen bzw. den wiederangeeigneten bürgerlichen Wertvorstellungen. In fast idealer Weise wurde bei Familie Völkers das Aufstiegsversprechen der alten Bundesrepublik eingelöst.

Sozialer Aufstieg

Bei Personen, die den Krieg und die unmittelbare Nachkriegszeit noch miterlebt haben, hat sich die Aufmerksamkeit auf ihren Körper im Laufe ihres Lebens zwar etwas erhöht, sie sind aber noch gering medikalisiert. Das ändert sich bei Personen, die ab den 1960er-Jahren geboren wurden. Auch sie haben robuste Einstellungen, schätzen aber die medizinische Versorgung und übernehmen verstärkt deren Deutungen, was an der Biografie von Herrn Richter (48 Jahre alt) gezeigt werden soll.

Im Alter von 19 Jahren lernt er seine spätere Ehefrau kennen, drei Jahre danach heiratet das Paar und bekommt einen Sohn. Zunächst ist Herr Richter als Geselle in verschiedenen Handwerksbetrieben tätig und die Ehefrau als Angestellte geringfügig beschäftigt. Die Familie baut ein Eigenheim, als Herr Richter Anfang 30 ist. Zu dieser Zeit tritt er auch in die Freiwillige Feuerwehr ein. Im Alter von 36 Jahren macht er sich mit einem eigenen Betrieb selbstständig und absolviert mit 42 Jahren auf der Abendschule die Ausbildung zum Meister. Das familiäre und berufliche Projekt zielt auf bürgerliche Werte, auf Sicherheit und kleines Unternehmertum sowie darauf, in der kleinstädtischen Gemeinde geachtet und anerkannt zu werden.

Ab der Zeit des Hausbaus erhält die Migräne von Herrn Richter veränderte Aufmerksamkeit. Bisher hat die ärztliche Behandlung kaum Wirkung gezeigt. Nun wechselt er den Arzt, der ihn in eine Spezialklinik überweist. Dort beginnt er sich umfassend über Migräne zu informieren und tritt nach seiner Entlassung einer Selbsthilfegruppe bei. Obwohl die Medikation nun besser hilft, fährt er seitdem alle vier Jahre als Selbstzahler zur »Kur« (5: 27) in ein Schmerzzentrum.

Im Zuge der Behandlung verändert sich seine Selbstdarstellung bezüglich der Arbeit: Zunächst ist die »70-Stunden-Woche« noch »angenehmer Stress« (2: 22). Etwas später beklagt er sich, dass »die Arbeit so extrem im Vordergrund [ist] und dass ich dann vergesse, eben richtig zu leben und die schönen Sachen des Lebens ganz einfach zu genießen« (10: 8ff.). So vergleicht er sich mit seinem Bruder: »Der sieht das ganze Leben etwas lockerer« (9: 27). Die Veränderung in seinen Einstellungen basiert auf der Behandlung, Herr Richter berichtet vom Gespräch mit dem Psychologen beim ersten Aufenthalt in der Klinik:

Der hat mich so richtig aufgebrochen. [...] Da sprudelte alles nur noch aus mir raus. [...] Der hat so gezielte Fragen gestellt. [...] Ich hab da bei dem Mann sehr viel geweint und bin richtig so innerlich zusammengebrochen und konnte mich das erste Mal so richtig öffnen und alles aus meinem Leben so erzählen, über meine Kindheit angefangen und über mein ganzes Leben. Hat mir sehr viel geholfen so damals so das Gespräch. (31: 8ff.)

Die Interviews zeigen, dass mit der Verbürgerlichung der Arbeiterschichten und der Landbevölkerung in den 1960er- bis 1980er-Jahren die älteren Auffassungen des fraglos ausgenutzten Körpers und des traditionell-robusten Schmerzumfangs nicht mehr unwidersprochen praktiziert werden. Die robusten Einstellungen sind noch immer vorhanden, aber der Körper erhält nun mehr Aufmerksamkeit. Die Schmerzen werden nicht mehr schlicht ertragen und nicht mehr einfach weitergemacht, wie es etwa Herr Richter aus seiner Lehrlingszeit berichtet. Die Befragten suchen nun Ärztinnen auf, von denen sie die Migräne offiziell diagnostizieren und behandeln lassen. Sie nehmen Alltagsmittel, bringen ihre Kopfschmerzen in ihren Familien ins Spiel und beanspruchen dort Schutzräume. Selbst auf den Arbeitsstellen wird die Kopfschmerzdiagnose als offizielle Krankheit ausgewiesen.

Dabei ist typisch, dass die psychologischen Deutungen, wenn sie denn überhaupt präsent sind, die Klinik nicht verlassen, um im Alltag Platz zu greifen. Der pragmatische Habitus der Erwerbsmilieus wird beibehalten und die Psychologisierung nicht weiterverfolgt. Herr Richter sagt: »Andere Sachen waren wichtiger, und man hat's einfach schleifen lassen« (33: 18). Es bleibt beim einmaligen Weinen beim Psychologen, das als kathartisches Erleben geschildert wird. Vielleicht ist nicht alles gut, aber man hat sich immerhin ausgesprochen.

Mit der Aufwärtsmobilität in die bürgerliche Mitte geht ein instrumentelles und technisches Schmerz- und Selbstverständnis einher, das in der konventionellen Form der Krankenrolle sein institutionelles Pendant findet. Kopfschmerz ist nun eine eigenständige körperliche Erkrankung – daran ändern auch psychologische Episoden nichts – und belegt mit einer anerkannten Diagnose, etwa Spannungskopfschmerz, Migräne oder Clusterkopfschmerz. Der Umgang damit ist instrumentell und aktivistisch: Man beobachtet und berichtet die Symptome, befolgt die ärztlichen Anordnungen und lässt sich krankschreiben. Die Unterordnung unter ärztliche Autorität hat Vorteile: Die medizinischen Deutungen geben den Kopfschmerzen nicht nur eine Sprache, sondern ermöglichen auch Kontrolle. Man kann sie (medizinisch) erklären, mit Sinn belegen, etwas abmildern und eingrenzen. Gleichzeitig braucht das ältere Schema nicht verlassen zu werden. Kopfschmerzen sind weiterhin Naturereignisse, denen man erfolgreich mit einem robusten und gefestigten Selbstverständnis entgegentreten kann. Wenn alles nichts wirkt, werden sie eben ausgehalten. Die Schwäche des Körpers wird durch die Stärke des Ichs überwunden.

Dieser kämpferische Gestus wird nicht nur auf die Schmerzen angewendet, sondern auf das Leben insgesamt: Lebenskrisen – etwa das Scheitern der Ehe (Herr Richter, Frau Wert, Herr Hintze), Krankheiten (Frau Wert) oder Alkoholismus (Herr Hintze) – werden aktiv angegangen und mit der Orientierung am Normallebensentwurf (Erwerbsarbeit, Familie, Ortsgebundenheit, Sparsamkeit, Stattsicherheit) bewältigt. Wichtig dafür ist eine feste Verankerung im Leben. Lebensweltlich drückt sich das in der Erfahrung eindeutiger Positionierungen im gesellschaftlichen Gefüge und in Leistungs- und Wertvorstellungen des kleinen Unternehmer- und Beamtentums sowie in der Verpflichtung in übersichtlichen lokalen Gemeinschaften aus. Die Vermeidung von Ambiguitäten und Unsicherheiten beruht auf einem starken Vertrauen in die Sicherheitsversprechen der großen gesellschaftlichen Strukturen und Mechanismen der industriellen Moderne, in denen das Gleichgewicht der sozialen Kräfte gewahrt wird (Reckwitz 2019, Riesman 1958).

3.3 Die demonstrative Ignoranz der sportlichen Studierenden

Reproduktionsbedingungen und habituelle Dispositionen sozialer Milieus haben sich seit den 1990er-Jahren noch einmal gravierend verändert. Mit der Bedeutung des Körpers müssten sich in einer Gesellschaft, in der immer weniger körperlich hart gearbeitet wird, auch die Schmerzungsformen verändern. Anhand des empirischen Materials ist zu erkennen, dass sich ältere konzeptionelle Zugänge auf Sozialisierungsformen, wie die von Riesman (1958), darauf nicht mehr umstandslos anwenden lassen, wenngleich ein Teil der jüngeren Befragten ältere Schmerzvorstellungen weiterhin für sich beansprucht. Nun ist offensichtlich, dass solche Übernahmen nicht ungebrochen erfolgen, sondern mit vielfältigen neuen Deutungen angereichert werden, schließlich haben selbst die Älteren ihre Körper- und Schmerzdeutungen im Laufe ihres Lebens den neuen Lebensumständen angepasst und sind empfindlicher geworden. Es ist nun nach den Brechungen und Deutungen zu fragen, die einen neuen Stil des robusten Schmerzgangs ausmachen. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Ideal der Selbstbeherrschung nicht mehr universell angewendet wird, sondern situativ, entsprechend der jeweiligen Anforderungen. Trotz Abwandlungen, Anpassungen und vielfachen Brüchen bildet es ein Sediment für die praktizierten robusten Schmerzvorstellungen. In einer Teilstudie, die zur Aufgabe hatte, den pathologisierenden Umgang mit Kopfschmerzen mit dem Normalumgang zu kontrastieren, wurden Studierende befragt. Innerhalb dieser Gruppe wurden wieder Unterschiede hinsichtlich robusterer und empfindlicherer Schmerzeinstellungen identifiziert. Von den robusteren soll nun berichtet werden.

Kopfschmerzen als Körperschmerzen

Nach Kopfschmerzen gefragt, konnten unsere Informanten zunächst wenig damit anfangen. Ihr Schmerzumfang und ihre Schmerzeinstellungen ähneln denen der Älteren und körperlich hart Arbeitenden. Auch stärkere Kopfschmerzen bildeten für sie keinen Schwerpunkt in der Aufmerksamkeit für ihren Körper. Sie gehen im allgemeinen Schmerzgeschehen auf und werden nicht als eigenes Phänomen identifiziert. Hier einige Beispiele: Meira (23 Jahre alt, Maschinenbauingenieurstudentin) hat neben Kopfschmerzen auch Handgelenksschmerzen – nicht verwunderlich bei einer Nebentätigkeit als Kellnerin. Obwohl sie aufgrund ihrer Kopfschmerzen zum Interview gebeten wurde, hat sie zunächst ihre Körperschmerzen im Blick, wenn sie berichtet: »An der Arbeit ignoriere ich meistens den Schmerz. Also durch die Arbeit spürt man das irgendwie gar nicht mehr« (21: 1030f.). Bei der körperlich anstrengenden Arbeit gehen ihre Kopfschmerzen offenbar in den Komplex der Körperschmerzen ein. Auf ihre Kopfschmerzen angesprochen, spielt sie diese herunter: »Wenn man dann so eine Acht-Stunden-Schicht hat, dann ist man eh kaputt« (22: 1053). Kopfschmerzen werden genauso ertragen wie alle anderen Schmerzen. An ihnen lässt sich nichts demonstrieren, und sie hinterlassen keine Beweise von Belastbarkeit. Meira führt erst auf Nachfrage ihre Kopfschmerzen auf der Arbeit an. Sie spielen, selbst bei stärkerer Intensität, im Schmerzspektrum eine untergeordnete Rolle.

Auch Johannes (28 Jahre alt, Sozialwesenstudent) spielt die einmal wöchentlich auftretenden Kopfschmerzen herunter:

Also nur wegen Kopfschmerzen, nee. Also, wenn noch etwas anderes dazukommt, dass ich »ne Grippe hab' oder so was. Klar, dann leg' ich mich auch für ein, zwei Tage hin, bis es einem halt auch wieder gut geht, und dann geht's weiter. (14: 683)

Kopfschmerzen gehen in der Vielzahl möglicher Empfindungen und Missempfindungen unter, obwohl sie, wenn man nachfragt, durchaus genannt werden. Sie werden mit körperlichen Aktivitäten und Anstrengungen in Verbindung gebracht und wie Körperschmerzen behandelt. Lars (21 Jahre alt, Bauingenieurstudent) berichtet über eine Episode mit starken Kopfschmerzen nach einem anstrengenden und schweißtreibenden Paintballspiel. Sowohl die Ursache ist physisch – er hat zu wenig getrunken – als auch die Umgangsweise: Flüssigkeitszufuhr aufstocken, Ruhe und Augenübungen (12 3: 93ff.).

Besonders für Befragte, die sich körperlich als hoch belastbar präsentieren, stehen Körperschmerzen im Vordergrund ihrer Schmerzdarstellungen. Johannes betreibt American Football. Nach dem Training hat er »riesengroße blaue Flecken, weil ich dann auch meistens auch dann bisschen rumangebe, weil die ja schon sehr cool sind« (12 23: 1107ff.). Er spricht aber nicht von den Schmerzen, sondern von Körpermarkierungen und deren Distinktionswert für ihn. Die blauen Flecken

sind Trophäen, sie symbolisieren Körpereinsatz, Mut, Entschlossenheit, Kampfgeist, den Willen, durchzuhalten, und Siegeswillen – Eigenschaften, die notwendig für ein gutes Football-Spiel sind und von einem Spieler erwartet werden. Verletzungsintensiver Kontaktsport kann nur betrieben werden, wenn die damit verbundenen Schmerzen ausgehalten werden. In den Verletzungen, den Hautabschürfungen und den blauen Flecken sind die Schmerzen objektiviert – für sich selbst und für andere sichtbar, deshalb muss man Schmerzen auch nicht mehr ansprechen, sondern kann sie ignorieren.

Das demonstrative Ignorieren der Schmerzen in unserem Studierendensample lässt sich jedoch ebenso wenig wie das stillschweigende Ertragen der gewerblichen Milieus auf Kopfschmerzen anwenden. Johannes prahlt zwar vor den weiblichen Interviewenden mit seinen Verletzungen vom Footballtraining, aber nicht mit seinen regelmäßigen Kopfschmerzen. Ihnen kommt kein besonderer Distinktionswert zu, sie werden im Komplex mit Körperschmerzen durch Sport und Arbeit gesehen. Ohne dieses stoffliche Gegenüber wird darüber geschwiegen.

Schmerzen kommen plötzlich, sind zeitlich befristet und an körperliche Leistungen gebunden. Schmerzen ohne Leistung gibt es nicht; so ist Lars der Meinung, dass man »ohne Schmerz keine Fortschritte macht« (I2 4: 160). Dieses Motto gilt stillschweigend auch für ausschweifende Partys, für die Katerkopfschmerzen als Erlebnisindikator einer durchfeierten Nacht dienen. Mit der Repräsentation von Kopfschmerzen als Körperschmerzen hat Lars seine »Männer-WG« als Gegenüber, womit er die Idee des einsamen Schmerzertragens aufnimmt:

Da leidet jeder so'n bisschen für sich selbst. Also es ist jetzt nicht so, dass jetzt mein Mitbewohner ankommt und mir Tee kocht und mich zudeckt und Gute-Nacht-Geschichten erzählt. [...] Ich nenn's einfach mal männlich, und jeder erträgt das so für sich selbst dann. (7: 279ff.)

Bei traditionell-robustem Schmerz Umgang wird die Verfeinerung der Symptometikettierung abgewiesen und selbst stärkere Kopfschmerzen nicht als Migräne angesehen, obwohl die Symptome durchaus so beschrieben werden, auch von Johannes: »relativer stechender Schmerz auf der linken Seite« (I2 20: 978). Auch seine Umgangsformen sind typisch für eine Migräne: »Also Raum jetzt groß abdunkeln, wenn's so hell ist, wie jetzt [während des Interviews]. Auf jeden Fall, dass ich dann bisschen was zuziehe« (I2 21: 1021). Außer diesen groben Richtlinien wird dem Schmerzgeschehen wenig Aufmerksamkeit gewidmet, so werden kaum genaue Schmerzverläufe formuliert:

Manchmal pulsiert es, manchmal ist es durchgehend. Es kommt, wie es möchte. Es kommt darauf an, wo es herkommt.

[Interviewerin: Woher kann es denn kommen?]

Na ja, vom Saufen und sonst was. (I2 22: 1040ff.)

Der Körper wird zwar beachtet, aber es wird sich wenig Gedanken über die Herkunft der Schmerzen gemacht, deren Ende absehbar ist: »Am nächsten Morgen sind ja meistens sowieso die Kopfschmerzen weg« (I2 21: 1029). Die Kopfschmerzen werden ertragen, man distanziert sich davon lakonisch, und einfache Erklärungen sind immer noch die besten.

Kopfschmerzen werden als Missempfindungen wahrgenommen, denen kein besonderer Krankheitswert zugewiesen wird. Kranksein bedeutet Alltagsunfähigkeit, was zu vermeiden ist, Kopfschmerzen aber zählen nicht dazu. Benjamin (23 Jahre alt, Umweltingenieurstudent) meint, mit ihnen ist man »nur kurzfristig außer Gefecht gesetzt. Was heißt krank? Definitiv nicht!« (I2 38: 1232). Kopfschmerzen sind eine Unpässlichkeit, aber nicht bedrohlich, sie kommen und gehen, und man muss ihnen nicht viel Aufmerksamkeit widmen. Auch Meira normalisiert ihre Kopfschmerzen: »Das ist jetzt nicht etwas, was mich beeinträchtigt im Leben. [...] Das ist ja jetzt keine Behinderung« (I1 22: 1065f.).

Genau wie bei den älteren Vorstellungen sind Gesundheit und Krankheit dichotom organisiert und schließen sich gegenseitig aus. Unpässlichkeiten und Missempfindungen sind normale Zustände, eine Variation des gesunden Körpers, auch wenn man deshalb mal zu Hause bleibt. Aus diesen Grund werden Kopfschmerzen auch nicht rhetorisch heruntergespielt, dafür hat man keinen Grund, sondern sie relativieren sich ganz selbstverständlich an den üblichen Anforderungen. Wie in den gewerblichen Milieus findet man weitgehend unspezifische Alltagserklärungen und einfache Gründe: zu wenig Flüssigkeit, zu viel Alkohol, zu wenig Schlaf, Krankheit, falsche Nahrung, schlechte Luft, zu wenig Bewegung. Damit liegen die Gegenmaßnahmen bereits auf der Hand.

Schmerzsozialisation: aushalten, auskurieren, abhärten

Schmerzeinstellungen werden in der Kindheit von den Eltern und Großeltern erworben, darin drücken sich auch die Einstellungen zum Körper in der Familie insgesamt aus. Für unsere Befragten sind Eltern und Großeltern Vorbilder, denn sie repräsentieren eine Schmerzeinstellung der körperlichen Selbstbeherrschung, über die im vorangegangenen Kapitel schon berichtet wurde. Matthias (29 Jahre alt, Maschinenbauingenieurstudent) etwa betont: »Aber früher ham die alles so weggesteckt, ham nichts erzählt darüber, was wehtut« (13: 411ff.). Das Ertragen von Schmerzen wird auch hier vor allem in den Kontext körperlicher Tätigkeit gesetzt. Matthias nimmt die Norm des schweigsamen Schmerzertragens auf, die für die Großelterneneration noch leitend war und die auch für seinen Vater gilt:

[Der] hat auch viel hart gearbeitet [...] hat sich halt durch seine Berufe seinen Arm kaputtgemacht. Da musste er immer so'n Schlauch halten [...] und hat so'n Tennisarm gekriegt. Seine Schulter wurde schon operiert. (13: 411ff.)

Der Körper wird durch körperliche Arbeit abgenutzt und schmerzt deshalb. Arbeit und Tätigkeit sind aber auch Heilmaßnahmen. Nicht nur körperliche Schmerzen, auch psychische Erkrankungen werden damit behandelt bzw. durch Aufgaben relativiert. Benjamin berichtet:

Meine Oma hatte Depressionen, und der Arzt damals hat ihr empfohlen, ein Kind zu machen [...] Also drei Kinder hatte sie dann insgesamt, und sie hatte auch Pflegekinder. [...] Das war halt also meine Oma. (I2 30: 981ff.)

Gegen Verstimmungen und Niedergeschlagenheit helfen Aufgaben, mit denen das Leben sinnvoll ausgefüllt wird, die ablenken und motivieren, die Einbindung und Verpflichtung an die Gemeinschaft erlauben und Gratifikationen bieten. In der Familie wurde die Depression nicht medikalisiert, sondern mit Alltagsfloskeln besetzt: Die Oma »hat halt schon irgendwie so'n kleinen Knacks« (I2 30: 986). Körperliche Aktivität wird einen hohen Wert beigemessen.

Johannes' Schmerzvorbild ist seine Brustkrebskranke Mutter, die versuchte, ihre Schmerzen »so gut zu verbergen, wie es ging. Dass wir jetzt so wenig mitbekommen, wie es ihr geht« (I2 13: 629). Als die Firma des Vaters, ein Fliesenleger, nicht gut läuft, hilft die Mutter im Familienbetrieb mit: »Da hat die dann gewischt, geputzt, ausgeholfen, wenn sie's halt konnte« (I2 14: 670). Johannes erinnert sich an eine Situation aus seiner Jugend. Als er seine Verletzungen nach einem Footballspiel im Bett auskurierte, durfte er nicht zu viel Aufmerksamkeit erwarten:

Meine Mutter [...] hat mir noch ›ne Schmerzsalbe ins Zimmer geworfen und dann war das okay. Halt auch immer mit so ›nem kleinen Unterton mit drin: »Beweg' dich doch selber!« »Ich kann nicht« [lacht] »Ja, ja, ja, großer Typ auf'm Feld, Weichei auf'm Bett drin, ist klar.« (I2 15: 703ff.)

Johannes ist sich der Zuwendung seiner Mutter sicher, die mit liebevollem Spott seine Schmerzen relativiert und an seine Männlichkeit appelliert. Die robusten Schmerzvorstellungen werden so zum Bestandteil von Identitätsansprüchen, was sich auch in seinem weiteren Leben herauslesen lässt. Die Probleme in der Familie verschärfen sich durch die Trennung der Eltern, durch den Konkurs der väterlichen Firma und durch die tödliche Krankheit der Mutter. Johannes zieht sich zunehmend aus der Familie zurück und wird Mitglied einer Jugendgang. Dort herrscht ein rauer Ton. Es wird vandalisiert, kriminelle Delikte verübt und »geprügelt ohne Ende« (I2 4: 148). In einer solchen Gruppe muss man einstecken und austeilen können. Zu Hause, beim American Football und in der Jugendgang herrschen die Schmerznomen des stoischen Ertragens, die auch später in seinem Leben leitend sind. Nach einem Strafverfahren konnte der Footballtrainer, ein väterliches Vorbild, Johannes für die ehrenamtliche Leitung eines Schulteams gewinnen und so eine mögliche kriminelle Karriere abwenden, während andere Mitglieder der Jugendgang Haftstrafen verbüßen müssen. Johannes ist ein Beispiel dafür, dass Kör-

pernormen verschiedene Bezugssysteme miteinander verknüpfen und trotz Brüchen eine Basis für biografische Konsistenz bilden. Mit den robusten Einstellungen geht das sozialisatorisch erworbene Vertrauen in den eigenen Körper einher.

Ein anderes Beispiel dafür ist Benjamin, in dessen Familie »immer alles auskuriert wurde [...] Windpocken hatten wir auch, ja, muss man dann aushalten« (14: 453ff.). Das kranke Familienmitglied wird fürsorglich betreut, und die Krankheit ist nach einiger Zeit vorüber. Auch in der Familie von Björn (25 Jahre alt, Wirtschaftsingenieurstudent) wird »den eigenen Abwehrkräften vertraut« (8: 239). Solche Erfahrungen des Vertrauens in die Widerstandskraft des eigenen Körpers gegen Krankheit und Schmerzen übernimmt Björn auch als Erwachsener:

Wenn ich jetzt zum Beispiel also Fieber hab' oder solche Sachen, wo ich eben ganz genau weiß, dass ich das im Endeffekt selber ausstehen muss [...] dass andere mir überhaupt nicht helfen können, dann macht es ja auch gar keinen Sinn, [...] dass ich mich denen [der Familie] mitteile. (11: 336ff.)

Das Mitteilen der Schmerzen zielt allein auf pragmatische Hilfeleistung, alles andere wäre Jammerei, die nichts bringt. An einem bestimmten Punkt wird aus dem im Hintergrund mitlaufenden unangenehmen Körpergefühl allerdings ein Schmerz, der handlungsunfähig macht, sodass man sich zurückziehen muss. Schmerzen sind aber auch dann nicht gefährlich, sie gehen ja vorbei. Man inszeniert sie durch demonstrativ heroisches Ertragen bzw. Ignorieren – und bekommt dafür auch Anerkennung. Kopfschmerzen werden mit einfachen Gegenmaßnahmen wie Bettruhe, leichten Schmerz- oder Hausmitteln auskuriert. Man nimmt eine Auszeit, ohne die Privilegien der Krankenrolle vollständig zu beanspruchen. Das beruht auf einem großen Vertrauen in den eigenen vitalen Körper und dem von der Elterngeneration übertragenen Bewusstsein, dass der viel zu leisten in der Lage ist. Mit der Gleichsetzung von Körper- und Kopfschmerzen werden auch den Kopfschmerzen stoffliche Verursachungen zugewiesen bzw. diese mit physischen Belastungen kontextualisiert.

Sport als Schmerzfeld

Die von unseren jüngeren Informanten erinnerten Schmerzepisoden deuten schon auf einen Unterschied zu den älteren: Für die Studierenden, insbesondere für die Männer unter ihnen, bildet Sport das typische Feld der Schmerzplausibilisierung, weniger dagegen die unregelmäßig ausgeübten Nebentätigkeiten. Dabei haben die Studierenden ähnliche Einstellungen wie die älteren Befragten.

Ganz fraglos gehört für die Befragten zum Sport auch der Schmerz: »Schmerz ist Schwäche, die den Körper verlässt«, so Lars (I2 7: 153), ein Wettkampfruderer, der damit ein bekanntes heroisches Motto für sich reklamiert. Schmerzen dürfen aber nicht zu stark zum Ausdruck gebracht werden, am besten nur sehr diskret.

Schmerzen, die ihren Ausdruck in Verletzungen finden, sichern Identität und Zugehörigkeit. Bei sichtbaren Sportverletzungen, so Johannes, ist jeder aufgefordert, Stellung zu nehmen: Für die Mitspieler sind sie Zeichen der Verbindlichkeit und Handlungskompetenz, die Nichteingeweihten begegnen ihnen dagegen mit Unverständnis. Mit den Körpermalen werden Grenzen gezogen: Diejenigen, die Verletzungen und Schmerzen nicht ertragen, gehören nicht zum Bezugs Kollektiv, ebenso wenig Personen, die sich fragen, warum man solche Belastungen überhaupt auf sich nimmt. Im Sport als expressivem Handlungsfeld wird dem Schmerz heroisch ausgetragen, aber ohne Überbetonung und ohne zu übertreiben (vgl. Curry 1993, Degele 2006).

Obwohl die Studierenden die robuste Haltung des Ertragens von ihren Eltern und Großeltern übernehmen, gibt es doch einige Unterschiede. Sowohl die Eltern als auch die interviewten Älteren wie Frau Gerhold oder Herr Richter haben ihre Belastungen ebenso wie ihre Schmerzen ganz selbstverständlich ertragen, schlicht aus der Notwendigkeit heraus, da es hierzu keine Alternative gab. Das aber trifft für die Jüngeren nicht zu, für sie ist Schmerzertragen vielmehr eine Option – ihnen ist bewusst, dass es auch anders ginge. Man entscheidet sich selbst für Belastungs- und Schmerzsituationen, die man auch vermeiden könnte. Ihr Ertragen ist eine Investition in Anerkennung und Zugehörigkeit, die einen Mehrwert verspricht. Johannes' Footballsport ist ein eindrückliches Beispiel, aber nicht das einzige. Benjamin hat ein Bronchialasthma, gegen das er sich in seiner Jugend regelrecht abhärtet:

Wenn dann halt die Lunge zugeht, und ich hab' halt meine komplette Jugend Saxophon gespielt und Fußball gespielt [...] Das hab' ich einfach so gemacht, also natürlich, das wurde schon mal gesagt, dass es gut ist. Definitiv, das ist Training für die Lunge. (I2 20: 628ff.)

Das »Training für die Lunge« ist sicherlich nachträgliche Rationalisierung, trotzdem zeigt auch diese Episode, dass die Fähigkeit, Belastungen zu ertragen, von den Jüngeren demonstrativ übernommen wird. Die Demonstration des Schmerzertragens darf aber nicht zu weit gehen, sonst würde sie unglaubwürdig, weil die Schmerzen zu stark in den Mittelpunkt rücken und von den eigentlichen Belastungen ablenken. Benjamin dramatisiert sein Asthma nicht weiter, sondern spielt es im Gegenteil herunter und belegt es mit Leistungs- und Alltagsmotiven. Nur um sich aus der Bundeswehr ausmustern zu lassen, spielt es noch einmal eine Rolle. Aber auch hier wird es nicht als besondere Empfindlichkeit ausgedrückt, sondern instrumentalisiert und dann wieder vergessen, weil Benjamin Besseres zu tun glaubt, als in der Bundeswehr zu dienen. Sportliches Training ist gleichermaßen Metapher und Praxis von Alternativen, von denen unsere Informanten glauben, sie nutzen zu können. Diese Vorstellung steht im Gegensatz zur Alternativlosigkeit,

mit dem die gewerblichen Milieus sowie Eltern und Großeltern ihren Körpergebrauch als notwendig und unumstößlich belegen.

Wenn die Existenzsicherung nicht mehr auf körperlichen Anforderungen beruht, müssen auch Schmerzen nicht mehr selbstverständlich ertragen werden. Belastungsbereiche können nun weitgehend selbst ausgesucht werden, womit dem Körper mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird und sich Möglichkeiten einer Verdichtung der Körperkontrolle ergeben. Für Körper- und Schmerzkontrolle ist Sport das paradigmatische Praxis- und Experimentierfeld. Obwohl es für die Jüngeren durchaus als Abweichung gesehen werden kann, keinen Sport zu treiben, gilt Sport doch zunächst als freiwillig verbrachte Freizeit. Zudem lassen sich Sportarten wechseln, was auch getan wird, wenn sie als zu schwierig erscheinen oder wenn sie nicht mehr zur aktuellen Lebenssituation passen. Dieser Voluntarismus bedeutet, dass unsere Informanten von der Vorstellung geleitet sind, ihre Körper weitgehend willkürlich formieren zu können und dass es für die Körperformierung keinen Automatismus gibt. Damit sind Schmerztoleranzen nicht alternativlos, da sie viel stärker als bei den Älteren aus den gewerblichen und bürgerlichen Milieus von jeweilig sich wechselnden Anforderungen abhängig sind.

Schon der Gehirnochirurg Leo Davidoff und später der Schmerzmediziner Manfred Zimmermann bearbeiten ihren Körper willentlich und rational: Beide beobachten und deuten ihren Körper systematisch auf abweichende Symptome, die hinderlich für die zu erbringende Leistung sind. Und beide greifen systematisch kalkulierend in den Körper ein, um ihn wiederherzustellen und seine Leistung zu steigern. Sie sind ihrem Körper nicht fatalistisch ausgeliefert, wie es diejenigen andeuten, die ihren Schmerz stumm ertragen. Vielmehr greifen sie aktiv ein, modulieren, verzögern und unterdrücken die Symptome. Das ist auch die Haltung der puritanischen Amerikaner, die Zborowski (1969: 49-94) untersucht hat. Sport ist nun die methodisch-reflexive Steigerung solcher auf Leistung abzielenden Körperpraktiken. Dafür braucht man allerdings auch die stoische Einstellung der Älteren als Basiskompetenz. Tatsächlich modulieren unsere Informanten nicht nur ihren Körper, sondern auch ihren Willen. Schmerzen zu ertragen ist für sie viel stärker als in den Großelterngenerationen vom eigenen Willen abhängig.

Leo Davidoff, unsere älteren robusten Interviewpartnerinnen sowie Zborowskis Amerikaner verweisen darauf, dass die älteren Formen des Schmerzertragens die gesamte Person vereinnahmen. Das lässt sich noch besser bei diejenigen Informanten sehen, die aus dem bäuerlichen Milieu stammen, in dem die Lebenssphären der Arbeit und des Privaten ineinander übergehen, also nur gering differenziert sind. Ähnliche Schmerz- und Körpervorstellungen werden dort auf alle Lebensbereiche gleichermaßen angewendet.

Die Einstellungen der Jüngeren differenzieren dagegen stärker zwischen Rollenprofilen, Lebensphasen und Leistungserwartungen, die eben nicht mehr zu ei-

nem gleichförmigen Einstellungsmuster zusammengefasst sind und nicht mehr ein einziges Körperbild benötigen, das zudem noch einseitig auf eine gegenständliche Körperlichkeit ausgerichtet ist. Bei körperlich herausforderndem Kontaktsport wie Fußball oder American Football muss man einiges aushalten können, um mitzumachen. Einzelsportarten wie Leichtathletik oder Schwimmen verlangen dagegen weniger Aggressivität und Härte gegen andere, stattdessen Ausdauer und Härte gegen sich selbst. Beim Basketball muss der schnelle Wechsel von körperlicher Aktivität zur mentalen Konzentration beherrscht werden. Im Fitnessstudio werden Körpersilhouette und Körperpartien formiert. Tanzsportarten haben dagegen Körperausdruck und Eleganz zum Ziel. Schmerzen werden darin jeweils unterschiedlich ausgelegt und sind nicht mehr Gegenstand unausweichlicher Formation des Körpers. Letzterer wird aufmerksam beobachtet und seine Leistungsbereitschaft und Leistungsgrenzen für den jeweiligen Sport eingeschätzt. Es gibt Bereiche für robustere Schmerzhaltungen, weil einiges ertragen werden muss, und Notwendigkeiten für empfindlichere Schmerzhaltungen, weil verfeinerte Bewegungsabläufe koordiniert werden müssen.

Unsere Informanten wenden das Schmerzverständnis ihrer Eltern zwar auf den Sport an, aber durch den ihm zugeschriebenen Voluntarismus (Sport zu treiben ist trotzdem selbstverständlich) wird der Körper mit einer erhöhten Aufmerksamkeit reflektiert. Sport gehört bei den Studierenden mit robuster Schmerzeinstellung zur habituellen Grundausstattung der Körperformierung und erfordert einen aktiven, weitgehend bewussten Umgang mit dem Körper, etwa um bestimmte Körpertechniken zu lernen oder die Leistungsgrenze zu bemerken, bevor ein Komplettausfall droht. Unseren Informanten ist bewusst, dass sie dafür den Körper entsprechend der Leistungsanforderungen zu beobachten haben. Auch die robusten Älteren achten selbstverständlich auf ihren Körper – aber eben vor dem Hintergrund der fatalistischen Notwendigkeit ihres Körpergebrauchs, der bis zur in Kauf genommenen körperlichen Vernachlässigung gehen kann. Bei den Jüngeren steht der Körper entsprechend der jeweiligen Leistungsbereiche unter spezifischer Kontrolle.

Sportpraktiken und Schmerzeinstellungen korrespondieren bei den Studierenden mit den Lebensphasen, insbesondere mit dem Auszug aus dem Elternhaus und dem Beginn des Studiums. Insbesondere der am Herkunftsort betriebene Fußball wird in der Universitätsstadt regelmäßig aufgegeben, statt Kontaktsport werden Sportarten mit geringerem Verletzungsrisiko oder generell weniger Sport getrieben. Üblich sind Fitness im Studio, Joggen oder Schwimmen. Dieser Wechsel zu Einzelsportarten hängt sicherlich mit dem höheren Koordinationsaufwand für Mannschaftssport in einer neuen Stadt und mit der auf einer höheren Flexibilität abgestellten studentischen Lebensweise zusammen. Insofern korrespondiert Einzelsport mit dem Experimentierfeld der studentischen Lebensphase (vgl. Vosgerau 2005). Trotzdem gibt es organisierten Studentensport oder lokale Vereine, in denen

die alte Sportart weiter betrieben werden könnte. Der Wechsel der Sportarten kann daher auch mit dem Wegbrechen der tradierten alten Kontakte und dem Eintritt in das studentische Milieu begründet werden, in dem, insbesondere für soziale Aufsteiger aus den gewerblichen Milieus, neue, verfeinerte, auf Individualismus ausgelegte Körpertechniken angeeignet werden, die weniger Aggressivität verlangen. Die neuen Lebensumstände und das Gewahrwerden der auf Kopfarbeit sowie auf Attraktivität für das andere Geschlecht beruhenden Aspirationen lassen plötzlich bestimmte Schmerzen als sinnlos erscheinen. Insbesondere das Fitnessstudio zielt neben der Körperertüchtigung auf die Ästhetik eines attraktiven Körpers und damit auf den mit der postadoleszenten Lebensphase verbundenen Eintritt in den Heiratsmarkt. Mit Beginn des Studiums scheinen unsere Informanten empfindlicher zu werden.

Leistung im Studium

Sportarten verlangen ihre eigenen Körpertechniken, deren Beherrschung unsere Informanten zum Vorbild für andere Lebensbereiche nehmen. Sport ist Leitmotiv für Schmerz Umgang und Schmerzlernen und ergänzt bzw. ersetzt den für die Älteren typischen Sozialisationsbereich der Arbeit. Die zunehmend sich differenzierenden Aufmerksamkeiten, mit denen der Körper bedacht und ausgedeutet wird, werden im Sport eingeübt, beziehen sich aber nicht allein darauf, sondern werden auch auf Studium, Arbeit, Heiratsmarkt oder in der Freizeit angewendet, also Bereiche, die immer auch Leistungseinstellungen verlangen. Schmerz Umgangsformen sind zudem für intellektuelle Tätigkeiten vorgesehen, wobei empfindlichere Einstellungen als für den Sport vorliegen. Auch für das Lernen im Studium werden Körpersignale dechiffriert.

Das Vertrauen in den eigenen Körper ist das von den Eltern weitergegebene Körperkapital, das spätestens im Studium in Bildungskapital umgemünzt werden kann, wenn es darum geht, kognitive und mentale Leistungsanforderungen zu erfüllen. Obwohl Kopf- und Körperschmerzen immer noch weitgehend gleichgesetzt sind, gewinnen Kopfschmerzen durch konzentriertes Lernen nun an Distinktionswert. Im Kontext des Studiums wird der Kopf als eigenständige Schmerzlokalität mit eigenem Aufmerksamkeitsschwerpunkt figuriert. Meira hat ihre Kopfschmerzen in der zwölften Klasse bekommen, sie lässt ihren Vaters für sich sprechen:

Mein Vater sagt meistens: »Du hast die Kopfschmerzen, weil du dich so anstrengst.« Der sagt immer: »Du bist immer so vollbepackt mit irgendwelchen Plänen, Arbeit, Uni, dies, das. Irgendwann sagt dein Körper zu dir: ›Es reicht, ruh dich jetzt aus!« (22: 1079)

Das Zitat ist aus mehreren Gründen aufschlussreich. Der Vater, ein aus der Türkei stammender Facharbeiter, repräsentiert die Vorstellung von Kopfschmerzen als

Körperschmerzen, sieht dabei aber das Belastungsgeschehen seiner Tochter in ihrem Studium und nicht mehr in körperlichen Aktivitäten. Meira lässt ihn als eine wichtige Vertrauensperson für sich sprechen. Unter Umständen sind ihr die Herkunft und Kontexte der Kopfschmerzen nicht deutlich genug, genauso wie auch der Vater sie nur diffus verorten kann. Nichtsdestotrotz demonstriert das Sprechenlassen des Vaters dessen unmittelbare Gratifikation von Leistung. Meira stellt sich als durchsetzungsfähig und leistungsorientiert dar und bekommt dafür auch Bestätigung. Damit ist der Leistungsbereich der Universität anerkannt, der allerdings für den Vater wie auch für Meira als Aufsteigerin in ein Männermilieu noch etwas fremd erscheinen mag.

Matthias ist sich dagegen sehr sicher, was die Herkunft seiner Kopfschmerzen betrifft: Er bewältigt in kurzer Zeit einen umfangreichen Lernstoff und hat Kopfschmerzen »in den Klausurphasen hauptsächlich« (12: 404). Es ist »viel zu tun, alles nachvollziehen, alles mit der Hand noch einmal durchrechnen und dann das Fach auswendig lernen, hier wieder rechnen. Das war schon extrem« (11: 363f.). Geistiges Arbeiten und gedankliche Konzentration werden als typische Belastungen gesehen. Es wird sich zwar auf den Kopf als eigene Schmerzlokalisierung berufen, aber es dominieren immer noch mechanische Vorstellungen mit weitreichenden Verknüpfungen der Kopfschmerzen zu den übrigen Körperarealen. Dem Kopf wird keine eigenständige Rolle zugewiesen. Auch hier sind Kopfschmerzen Körperschmerzen.

Die Vorstellungen von Kopfschmerzen sind gegenständlich und an die Handlungsfähigkeit sowie den Gebrauch des Körpers gebunden. Schmerzen zirkulieren so lange, bis sie den Kopf erreicht haben und eine Verknüpfung zu mentalen Leistungen herstellen. Für Kopfschmerzen werden mechanische, hydraulische, informationstechnische oder elektrotechnische Metaphern gefunden, auch von Matthias: »Bei mir ist der Druck noch gar nicht so richtig da, deshalb hab' ich auch noch keine Kopfschmerzen« (12 2: 48). Der Kopf ist ein Gefäß, das nur mit einer begrenzten Menge an Lernstoff gefüllt werden kann, bis man einen »vollen Kopf« bekommt – für Björn (7: 205) ein Synonym für leichte, eigentlich unerhebliche Missempfindungen, die sich aber zu Kopfschmerzen entwickeln können. Bei Überfüllung entstehen Kopfschmerzen, sie sind wie ein Ventil, durch das »Druck« abgelassen wird.

Jens-Paul (32 Jahre alt, Wirtschaftsingenieurstudent) hat »öfter beim Lernen Kopfschmerzen, aber es ist mehr bedingt durch das viele Lesen und wenig schlafen« (10: 327f.). Belastungen durch hochkonzentriertes Arbeiten werden mit dem Vokabular körperlicher Anstrengung beschrieben, die sich dann als Kopfschmerz äußert: »Durch das ständige Auf-die-Skripte-Gucken, Runtergucken [...], dann tun die Augen weh, was auch zu Kopfschmerzen führt« (10: 314ff.). Die Augen sind angestrengt, und man schläft in den Prüfungsphasen wenig. Mechanische Belastungen durch einseitige Haltung, langes Sitzen und schlechtes Liegen führen zu Nackenschmerzen, die dann Kopfschmerzen verursachen.

Körperschmerzen und Kopfschmerzen beziehen sich beide jeweils auf abgrenzbare Leistungsbereiche und Leistungsnormen. Der Zeithorizont ist auf Prüfungen und Prüfungsvorbereitung befristet, sie treten plötzlich auf (aber nicht unerwartet), und die Betroffenen wissen, dass sie nach der Prüfungsphase wieder verschwinden. Teilweise werden sie schon erwartet, etwa bei Matthias: »In den nächsten zwei Monaten werden da wahrscheinlich ein paar Symptome kommen« (I2 2: 49), wenn für Prüfungen zu lernen ist. Kopfschmerzen sind auch hier nichts Besonderes. Haben die Schmerzen einmal die Lokalität des Kopfes erreicht, markieren sie Zeiträume und Intensitäten mentaler Anstrengungen. Jens-Paul hat im aktuellen Masterstudium weniger Kopfschmerzen als im vorangegangenen Bachelorstudium:

[...] weil die Prüfungen mal so weit auseinander liegen, dass man eigentlich genug Zeit hat, die drei, vier Wochen zu lernen. Das war beim ersten Studium anders. [...] Innerhalb von drei Wochen zehn bis 15 Prüfungen. Da war dann natürlich Stress pur, und man musste wirklich viel lernen. Dann gab es natürlich auch Kopfschmerzen. (10: 307ff.)

Kopfschmerzen markieren für ihn die Erfolge der ersten beiden Semester mit einem hohen Lernpensum.

Die Umgangsweisen mit den Kopfschmerzen entsprechen den Vorstellungen ihrer Ursachen und sind alltagsweltlich, aber nicht mehr ganz so körperbetont wie die Reaktionen auf die Sportschmerzen. Der Kopf wird als empfindlicher als der übrige Körper wahrgenommen und seine Schmerzen mit distinguierten Methoden behandelt: »Ich mach' dann ein Püschchen, trink' einen Cappuccino, ess' einen Apfel«, sagt Matthias (12: 374f.). Jens-Paul trinkt vor dem Schlafengehen ein Glas Cola-Whiskey. Meira hält während der Vorlesungen oder in der Bibliothek ein Nickerchen. Es werden freiverkäufliche Medikamente genommen, oder man bleibt auch mal einen Tag zu Hause, was an der Universität nicht weiter begründet werden muss.

Man kann vielleicht nicht von Statuspassagen sprechen, doch scheinen Kopfschmerzen das Fortschreiten der Studienkarriere zu markieren. Schon Jens-Paul macht den Unterschied zwischen Bachelor- und Masterstudienphase an geringer werdenden Kopfschmerzen fest. Abgegrenzt wird sich zu Oberschülern (wenn das Studium begonnen wurde), zu Erstsemestern (wenn die ersten wichtigen Prüfungen bestanden sind) und zu den Bachelorstudenten (wenn man selbst im Masterbereich studiert). Die Schmerzen im Kopf repräsentieren Leistungen und Leistungseinstellungen des Denkens und der kognitiven Eignung, genauso wie Rückenschmerzen körperliche Tätigkeiten oder blaue Flecken sportliche Leistung repräsentieren. Für unsere Informanten werden kognitive Fähigkeiten und Merkmale professioneller Ethik, die für die berufliche Karriere gefordert sind, mit Kopfschmerzen markiert, etwa Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit, Genau-

igkeit, Gewissenhaftigkeit, intrinsisches Interesse am Studienfach, Findigkeit und Scharfsinn sowie die Beharrlichkeit, an längerfristigen Aufgaben zu arbeiten, und das Vermögen, Enttäuschungen und Misserfolge zu bewältigen.

Auch im Komplex des Studierens wird an Vorstellungen des Sports festgehalten. Der dient hier allerdings nicht zur Abhärtung oder zur Körperformierung, sondern als gutes Gegenmittel und Präventiv, »um den Kopf einfach auch abzuschalten«, sagt Björn (I2 12: 384), bis eben wieder neuer Lernstoff aufgenommen werden kann. Sport wird nebenbei betrieben, denn unseren Informanten ist klar, dass ihre Lebenschancen nur mittels Studium zu verwirklichen sind. Trotzdem wird zu argumentieren sein, dass Umgangsformen des Sports auf das Studium übertragen werden. Durch Joggen oder Schwimmen wird ein Reset ermöglicht, dadurch kriegt man »den Kopf immer auch frei«, wie Björn (8: 217) meint, der darin einen »Ausgleich« (I2 12: 379) zum Lernen sieht. Leitend ist die Vorstellung von einer Balance zwischen Belastung und Entlastung, zwischen kognitiver und körperlicher Aktivität. Mit dieser zunehmend sich verfeinernden Körperkontrolle werden nicht zuletzt Arbeitsrhythmen geschaffen: Es gibt Zeiten für das Lernen und Zeiten für Bewegung. Dabei stehen Kopf und Körper in einem hierarchischen Verhältnis. Dass der Kopf den Körper steuert, macht Benjamins Einstellung zum Sport deutlich. Für ihn ist Sport zwar wichtig, aber nicht Lebensinhalt: »Sich zu bewegen [...] ist »ne Ergänzung zum Geistigen, also einfach dann körperliche Er-tüchtigung« (I2 35f: 1156f.).

Sport als habituelle Grundausrüstung ist nicht nur Motiv für den Erfolg, sondern auch für die Bewältigung schwieriger Situationen und von Misserfolg. Es entspricht dem Fairnessgebot des Sports, auch als Verlierer gehobenen Hauptes vom Platz zu gehen, solange man sein Bestes gegeben hat. Mit dem Scheitern wird sportlich umgegangen: Eine verhaufene Prüfung wird wiederholt, man wechselt das Studienfach von der abstrakten Elektrotechnik zum eher handfesten Bauingenieurwesen und macht dort das Beste daraus. Das Einüben des Umgangs mit Härten bedeutet auch das Einüben von Scheitern, ohne dass man dabei das Gesicht verlieren muss. Es ist nur wichtig, nicht aufzugeben, aber nicht alles liegt in der eigenen Hand. Das sportliche Motiv hilft hier weiter: Manchmal hatte man schlichtweg Pech, manchmal war der Gegner einfach stärker. So werden auch Leistungsgrenzen akzeptiert, alles kann eben nicht erreicht werden.

Die Kopfschmerzen im Studium kommen einer Initiation in die Härten der Berufsausübung gleich. Die in der Kindheit und Jugend vermittelten Schmerzvorstellungen wurden den Notwendigkeiten der neuen Arbeitsformen und der neuen sozialen Milieus angepasst, in die Großeltern und Eltern aufgestiegen sind. Für soziale Aufsteiger aus den handwerklichen Milieus gibt es für Kopfschmerzen nur wenige positiv assoziierte Vorbilder. Die neu entdeckte Schmerzlokalisierung repräsentiert daher einen vorsichtigen Abstand zum Herkunftsmilieu, dem das Studium noch fremd ist, obwohl es als erstrebenswert gilt. Die abgewandelten Schmerzvor-

stellungen markieren leichte Risse in der Zugehörigkeit zum Herkunftsmilieu sowie deuten auf Statusunsicherheit und mitunter auf Statusinkonsistenz hin, aber auch auf die Sondierung neuer Lebensentwürfe.

Die Wehleidigkeit der anderen

Selbst Zborowskis (1969) standhafte amerikanische Puritaner waren sich ihres Körpers nie ganz sicher. Gerade weil sie so selbstbeherrscht waren, beobachteten sie ihren Körper sehr genau, um dessen Leistungsfähigkeit einschätzen zu können. Nichts fürchteten sie so sehr wie den Verlust ihrer Selbstkontrolle. Dabei war selbst die Krankenrolle eine zu beherrschende Leistungsrolle, denn um ein guter Kranker zu sein, mussten sie schon ernsthafte Symptome vorzeigen können, die auf ernsthafte Krankheiten hinweisen. Die Entscheidung, ob ein Symptom für einen Arztbesuch qualifiziert, war deshalb mit Unsicherheiten belegt, die deutlich machen, wie fragil der Körper doch sein kann, der nun mithilfe der Medizin umso beharrlicher verteidigt werden musste.

Dieses Muster der Verteidigung eines leistungsbereiten Körpers lässt sich auch für die interviewten Studierenden beobachten. Die Unsicherheit ihrer Schmerzdarstellungen bezieht sich auf den Vergleich mit anderen, entweder als Vorbild oder als Abweichung von den Schmerznormen. Die Schmerzumfangsformen der Herkunftsfamilien sind nicht uniform, und es gibt immer wieder Familienmitglieder oder ganze Familienteile, die Schmerzen weniger gut ertragen und empfindlicher sind. Unsere Informanten verorten sich dabei selbst auf einer Landkarte der Schmerzumfangsformen. Sie vergewissern sich der eigenen Robustheit und ordnen ihren eigenen Schmerzumfang in ein Raster ein. Ihre Berichte sind auch deshalb aufschlussreich, weil sie im Vergleich mit empfindlicheren Schmerzdeutungen die eigenen Schmerznormen verdeutlichen, markieren und befestigen sowie auch als individualisierte und selbst gewählte sichtbar machen, die mit der Uniformität des älteren, traditionellen Schmerzverständnisses brechen. Möglicherweise wird unseren Befragten erst in diesen Erzählsträngen bewusst, dass Schmerzen überhaupt ein Problem darstellen können, dass auch sie nicht immer selbstbeherrscht sind und dass ihr Bild vom stoischen Selbst Risse bekommen kann.

Die Abweichung vom robusten familiären Schmerzideal, dem man sich verpflichtet fühlt, wird als Wehleidigkeit abklassifiziert. Der Bruder von Benjamin repräsentiert unangemessene oder übertriebene Schmerzáußerungen: »Der ist halt »n bisschen wehleidig.« Bei Kopfschmerzen

ist der dann halt die kleine Diva, 'ne Zicke und will nichts mehr machen und geht dann halt auf sein Zimmer und pennt oder ja findet alles Scheiße und macht halt nichts mehr. (I2 38: 1248ff.)

Dabei spielen die auszuhaltenden Belastungen kaum eine Rolle. Auch bei hohen Beanspruchungen dürfen Schmerzen nicht dramatisiert werden, und selbst lebensbedrohende Erkrankungen sind stoisch zu ertragen. Der Vater von Dominik (24 Jahre alt, Bauingenieurstudent) ist an Leukämie erkrankt. Dominik honoriert, dass er weiter seiner Tätigkeit als Polizist nachgeht, was nach den familiären Tradierungen allerdings auch eine Selbstverständlichkeit ist. Gerade vor dem Hintergrund dieses Leistungsideals ist die väterliche Schmerzdarstellung aber nicht akzeptabel: Er ist »wenn's um Sachen geht wie Krämpfe ziemlich wehleidig« (7: 322). Der Vater verstößt mit seiner Schmerzdarstellung, nicht aber mit seiner Leistungseinstellung gegen die familiäre Tradierung, die durch den Großvater, einen Brauereibesitzer, personifiziert ist:

Der [Opa] hat gemeint: »Stell dich nicht so an! Was dich nicht umbringt, macht dich stärker!« [...] Da wurde quasi überhaupt keine Rücksicht drauf genommen. [...] Zähne zusammenbeißen, hab's meist totgeschwiegen. [...] Da wird eher mal gesagt: »Da ist nichts.« Obwohl man sieht, der hat sehr wohl irgendwas. (6: 296ff.)

Dominik weiß allerdings auch, dass er damit ein älteres Schmerzideal referiert, und er betrachtet das Schmerzverständnis seines Großvaters durchaus skeptisch. Trotzdem bildet es ein zentrales Handlungsmotiv für ihn selbst, wenn er, ein kollektiv bindendes Ideal anführend, fortsetzt: »Wir sind wohl alle so der Meinung: ›Man muss da nicht so wehleidig hinterherrennen!« (6: 342). Schmerzen können zwar dargestellt werden, aber eben nur beiläufig, auch wenn sie noch so stark sind. Stattdessen stehen Leistungen und Belastungen im Mittelpunkt, auch wenn es darum geht, eine schwere Krankheit gut zu bewältigen – das meint, dass Schmerzen im Alltag aufgehen.

Der Großteil der Schilderung nicht akzeptierbarer Schmerzungsformen in den Familien betrifft Beschwerden und Missempfindungen, die unsere Informanten nicht unmittelbar mit körperlichen Belastungen in Zusammenhang bringen. Wenn keine körperlichen Aktivitäten, Arbeit oder schwere Krankheiten als Erklärung von Schmerzen herangezogen werden können, bleiben auch die Schmerzen kaum erklärbar, etwa wenn sich Matthias von der Familie seiner Tante abgrenzt:

Mir hat auch nie etwas weh getan [...] Von meiner Mama die Schwester, die Familie, die hat immer irgendwas. Die sind allergisch gegen alles Mögliche, haben Nierensteine, auch OPs am laufenden Band. Ich weiß auch nicht, wieso. Ich weiß nicht, ob das an den Genen liegt, aber bei uns ist irgendwie nicht so viel. (13: 420ff.)

Die Schmerzen der anderen bleiben im Unklaren, sie sind nicht genau bestimmbar, und man hat für sie nur wenig Verständnis. In der Vulnerabilität des Körpers werden die Grenzen zur Familie der Tante gesehen. Die ist empfindlich und abweichend, die eigene robust und normal.

Vor allem die elaborierte Form der Migräne wird bei anderen als Kopfschmerzfiguration gesehen, die sich aus dem Alltag heraushebt und stört. Die Mutter von Lars hat Migräne, die er sich nicht erklären kann: »Meine Mutter macht sich extrem viel Stress wegen allen möglichen Kleinigkeiten« (8: 327). Die »Kleinigkeiten«, etwa Erkältungen, für die die Mutter »relativ anfällig« ist (8: 320), sieht Lars nicht als starke Belastungen, und sie stehen auch in keinem Verhältnis zu den als unangemessen betrachteten Schmerzäußerungen. So beschreibt Lars auch nicht, dass sich seine Mutter darum bemüht, ihre Schmerzen zu relativieren: »Man merkt es halt, wenn's der Mutter halt schlecht geht und wenn sie sich absolut matschig und kaputt fühlt. Das äußert sie auch so ein bisschen« (I2 4: 172f.).

Dabei scheint es weniger ein Problem zu sein, dass die Mutter die Krankenrolle einnimmt und Lars ihre »Alltagslasten« (I2 4: 175) übernimmt, sondern dass der Körper Macht über die Person erhalten hat. Lars versucht die Schmerzklage der Mutter zu entschuldigen, was aber auch, gerade weil er es entschuldigt, als verdeckte Kritik gehört werden kann: »Da kann man ja gar nicht anders« (I2 4: 174). Die Kontrolle über ihren eigenen Körper kann die Mutter mit ihren Migränekopfschmerzen nicht aufrechterhalten, die »Tiefpunkte« (I2 5: 178) repräsentieren:

Wenn halt alles nicht mehr mitspielt, und dann hat sie mehr oder weniger so'n, ich nenn's mal Zusammenbruch, und dann spielt der Kopf nicht mehr mit, und dann treten diese Kopfschmerzen extrem auf. (I2 5: 181ff.)

Was Lars konsterniert, ist, dass die Schmerzen seiner Mutter für sich selbst auftreten und kein legitimes Gegenüber, etwa eine Krankheit oder Anstrengung, haben. Die unklaren »Tiefpunkte« und »extrem viel Stress« gehören seines Erachtens offenbar nicht zu den legitimen Belastungen. Nicht nur die Ätiologie ist unklar, diese Schmerzen sind zudem nicht eindeutig lokalisierbar und die Zeitpunkte ihres Auftretens sowie ihre Dauer nicht gut bestimmbar. Die Migränekopfschmerzen der Mutter verweigern sich einer genauen Definition. Lars versteht schlicht das Schmerzverständnis seiner Mutter nicht, wovon er auch nichts wissen will: »Die Kommunikation da ist ein bisschen eingeschränkt« (8: 336). Ihre Kopfschmerzen haben einen nahezu komplett anderen Bedeutungshorizont als seine eigenen Schmerzen. Sie sind eben nicht Ausweis des Bestehens von Belastungen (wie etwa die Krebschmerzen von Johannes' Mutter), sondern, im Gegenteil, sie repräsentieren für ihn mangelnde Alltagsfähigkeit, vor allem aber mangelnde Selbstbeherrschung. Für diese Schwäche wird die Krankheitslösung gesucht, die Lars akzeptieren muss, die er aber für unangemessen hält, denn für ihn kann nur der Körper krank sein, aber nicht das Selbst.

Das Leck der Robustheit

Für die Informanten dieser Gruppe gibt es zwei Schmerzwelten: die empfindliche der anderen, für die sie wenig Verständnis aufbringen, und die robuste eigene. In den Interviews zeigt sich jedoch auch, dass die Grenzen zwischen diesen Welten verteidigt werden müssen. Immer wieder werden Risse im Robustheitsideal sichtbar – Risse, die aber sofort gekittet werden. Ein Beispiel dafür ist Lars, der von eigenen emotionalen Problemen berichtet. Während er aber der Mutter Psychopathologisierung unterstellt, stellt er klar, dass er seine Probleme selbst in den Griff bekommt:

Da kriselt's bei mir ab und zu mal ein bisschen, aber da versuch' ich mich einfach konstant oben zu halten [...] und erst gar nicht locker zu lassen und von meiner soliden Basis irgendwie abzuweichen, das gar nicht erst zuzulassen. (I2 3: 113ff.)

Das Kriseln ist ein Leck im robusten Schmerzverständnis. Der Wettkampfruderer Lars wendet auf sich selbst die Mentalregeln eines Sportlers für die Körper- und Weltbeherrschung an, der jede Schwäche als Motivationsproblem sofort bekämpft und dafür auch schon die richtigen Rezepte vorhält. Die Befindlichkeiten, von denen er spricht – »da kriselt's bei mir ab und zu mal ein bisschen« –, bedeuten eine Irritation seiner Vorstellung von Ordnung und von seiner Identität. Die Lösung besteht darin, die Ordnung als verkörperte Ordnung zu begreifen und in einem ihm bekannten Raum-Zeit-Gefüge Identität wieder zurechtzurücken. Das Selbst wird in einem Raum hierarchisch »oben« verortet, ihm wird eine logische innere Konsistenz und zeitliche Kontinuität (»konstant«) gegeben. Von dieser »soliden Basis« bekommt Lars systematisch die Missempfindung mit Kraft und Spannung in den Griff (»erst gar nicht locker [...] lassen«).

Das Beispiel zeigt, dass unsere Informanten auch psychologische Erklärungen von Schmerzen aufgrund von »Stress«, »Burn-out« und emotionalen Problemen kennen. Diese Kenntnisbestände übersetzen sie aber in ihre eigenen Belastungsvorstellungen, die immer konkret, lokalistisch, zeitlich befristet und gegenständlich sind. Für sich selbst reklamieren sie die psychologischen Erklärungen nicht und stehen den Schmerzen der anderen ratlos gegenüber, die diese Konzepte auf sich anwenden.

Es soll hier aber nicht der Anschein erweckt werden, dass immer nur eindeutig robuste Einstellungen vorliegen, vielmehr sind vielfältige Übergänge und Abstufungen beobachtbar, in denen sich die Schmerzungsformen an den jeweiligen Handlungskontexten und Handlungsmotiven orientieren. Ein Beispiel dafür ist Johannes, dessen Kopfschmerzen stärkere Aufmerksamkeit auf sich ziehen, nachdem er das Studium des Sozialwesens aufgenommen hat. Er berichtet eine Episode: Bei den Proben für die Hauptrolle in einem Theaterstück vor Kommilitonen bekam er starke Kopfschmerzen, die sich über mehrere Tage bis zur Aufführung

hinzogen: »Hab' ich halt die Show durchgezogen, die Proben durchgezogen, und danach hab' ich mich für zwei, drei Tag erst mal hingelegt. Dann ging's auch wieder« (14: 699f.).

Das Sozialwesenstudium markiert eine Begradigung seiner abweichenden Biografie, sie ist gleichzeitig ein Aufstieg aus dem Handwerkermilieu seines Vaters. Damit ändern sich auch die Schmerznormen. Der raue Umgangston seiner früheren Lebensphasen wird durch stärker emotionalisierende Kommunikationsformen überschrieben. Selbst wenn er als Mann diese nicht in aller Konsequenz übernehmen muss, gehen sie als neue Empfindlichkeitsnormen in den Körper ein. Die Kopfschmerzen erhalten eine stärkere Aufmerksamkeit, worüber Johannes aber selbst etwas überrascht wirkt. Dabei scheint es für die Sozialwesenstudierenden typisch zu sein, ihre Kopfschmerzen in den Kontext von Emotions- und Kommunikationsanforderungen (Theaterspielen) zu setzen und nicht, wie die Ingenieurwesenstudierenden, als Ausdruck des konzentrierten Lernens zu sehen. Mentalintellektuelle Anforderungen gelten für Sozialwesenstudierende nicht als signifikante Belastung und sind damit auch keine legitime Bezugsgröße für Schmerzen.

Die Theaterepisode von Johannes repräsentiert jedenfalls einen Riss in seinem robusten Schmerzverständnis. Das Identitätsleck bleibt aber nur ein kurzer Zwischenfall, es wird schnell repariert, indem Johannes im Interview sofort seine Schmerzrobustheit anhand von starken Verbrennungen beweist, für die er notfallmäßig im Krankenhaus behandelt wurde. Auch in der Theaterepisode werden die Kopfschmerzen weiterhin wie Körperschmerzen behandelt, und Johannes macht so lange weiter, bis die Pflicht erfüllt ist, erst danach ruht er sich aus. Kopfschmerzen werden also auch hier in den Kontext von Leistung, Zuverlässigkeit und Durchhaltevermögen gesetzt. Ein Theaterstück mag nicht ganz so hart sein wie ein Fußballspiel, dafür sind es die Kopfschmerzen im Vergleich zu den Verbrennungsschmerzen aber auch nicht.

Nicht immer gelingt es allerdings, den neuen ungewissen Schmerzformen mit sportlichen Idealen zu begegnen, vor allem dann nicht, wenn mit Anforderungen nicht zurechtgekommen wird, auf die im Ingenieurstudium nicht vorbereitet wird. In den Praktika auf den zukünftigen Arbeitsstellen werden auch kommunikative Fähigkeiten erwartet, deren Einübung nicht Gegenstand des offiziellen oder des heimlichen Lehrplans im Studium ist. So müssen unsere Informanten widersprüchliche Interessen ausgleichen, die sie nicht mit fachlichen (d.h. akademischen) Argumenten begründen können. Solche unerwarteten Konflikte können mit neuen befremdlichen Symptomen einhergehen.

Dass erhöhte Empfindlichkeit eine Ausdrucksform in Situationen ist, die hohe kommunikative Leistungen erfordert, zeigt das Beispiel von Jens-Paul. Neben den bekannten Kopfschmerzen in Prüfungsphasen berichtet er über das Gefühl einer »gewissen Niedergeschlagenheit« (14: 430) während eines Praktikums, das er in einem großen Konzern absolviert. Er beschreibt seine Tätigkeit wie folgt:

Ich bin da mehr freischaffender Künstler, könnte man sagen, oder Berater. Hab' zwar einen Chef, der mich begleitet, aber ansonsten bin ich da auf mich alleine gestellt und kann mehr oder minder machen, was ich will und was ich für richtig halte. Muss dann nur die Abfolge und das Ergebnis vertreten – die Workshops so wochenweise zum Thema Energieeinsparung, und solange das Thema passt, bin ich da eigentlich sehr frei in meiner Wirkung und Tun. (14: 435ff.)

Diese Eigenverantwortlichkeit findet bei Jens-Paul indes nicht nur Anklang, sondern auch Kritik. Das selbstständige Arbeiten hat nämlich seine Schattenseiten. Er muss Verantwortung tragen, hat aber in der Zwischenposition als Nachstudent und Berufsanfänger Probleme, seine Standpunkte durchzusetzen. Zusätzlich laviert er zwischen Einzel- und Teamarbeit. Jens-Paul klagt nicht über gegenständliche Belastungen, etwa über einen hohen Stundenumfang oder über die Intensität der Arbeit, sondern über emotionale und kommunikative Belastungen, wenn es ihm gelingen muss, die unterschiedlichen Interessen der Kollegen und Vorgesetzten zu vereinbaren, »weil das Thema Energieeinsparung auch nicht bei allen Mitarbeitern beliebt ist und dann viele Diskussionen mit den Chefs hat, ist das natürlich dann auch immer belastend« (13: 425ff.). Verschärfend kommt hinzu, dass ein Vorgesetzter »Probleme [hat], dass er nicht studiert hat, und dadurch einiges sehr praktisch sieht und wir dann öfter mal Diskussionen führen« (14 : 443ff.).

Seine Niedergeschlagenheit (das pathologisierende Etikett Depression lehnt er ab) setzt Jens-Paul in den Kontext mit der für ihn kommunikativ schwierigen Situation und der Statusunsicherheit. Die Anforderungen des Praktikums sind für ihn als Neuling in seiner Position zwischen Anleitung und Ausführung und mit den entsprechenden Statusinkonsistenzen nicht leicht zu erfüllen, vor allem auch weil er nicht über die institutionellen Mittel verfügt, seine Positionen durchzusetzen. Die kommunikativen Seiten seines Berufes, die des »freischaffenden Künstlers« oder die Aushandlung von Problemstellungen, Lösungen und Anwendungen, sind nicht Teil seiner Ausbildung gewesen, sodass er sie sich ad hoc selbst erarbeiten muss – im Gegensatz zu Johannes, dessen Sozialwesenstudium auch emotional-kommunikative Kompetenzen schult. Die Niedergeschlagenheit, die Jens-Paul während des Praktikums empfindet, scheint für ihn problematischer und befremdlicher zu sein als die Prüfungskopfschmerzen, die eben die gegenständlichen Aspekte seiner Arbeit repräsentieren und ihm bekannt sind. Trotzdem sieht er einen Ausweg für sich, indem er seine Situation als strukturelle Falle deutet, an der weder er selbst noch die anderen schuldig sind. Mit dieser Deutung braucht er seine Niedergeschlagenheit nicht als persönlichen Fehler anzunehmen, kann sie von persönlichen Eigenschaften abstrahieren und muss sie nicht pathologisieren.

Robustes Weltbild

Die robusten Einstellungen der Studierenden zu Schmerzen, Körper und Gesundheit korrespondieren mit einem weitgehend dichotomen Weltbild, in dem Ordnung und Unordnung klar definiert und voneinander abgegrenzt sind. Die Vorstellung des widerstandsfähigen festen Körpers repräsentieren eindeutige Weltdeutungen mit wenig Graubereichen. Soziale Positionierungen ebenso wie Hierarchien sind festgefügt, anerkannt und weitgehend tradiert. Es gibt wenige Unsicherheiten. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verknüpfen sich zu einem konsistenten Entwurf eines Normallebenslaufs. Das bedeutet aber nicht, dass alles so gemacht wird wie die Eltern oder dass diese nicht kritisiert werden.

Das trifft auch auf Johannes zu, dessen Eltern sich scheiden ließen und die Mutter an Brustkrebs gestorben ist, der auf die schiefe Bahn geriet und dessen jüngerer Bruder einen Suizid verübt hat. Gerade an ihm zeigt sich, dass er sich auf von den Eltern tradierte selbstverständliche Werte beruft, deren Auftrag er weiterführt. Das Studium des Sozialwesens begründet seinen abweichenden Lebenslauf und wirft soziale Gewinne ab. Für solche Lebensverläufe spielt die generative Tradierung eine zentrale Rolle – Großeltern, Eltern, die eigene Altersgruppe und die Zukunftsplanung werden in einen Zusammenhang gesetzt, in dem Werte transportiert, weitergegeben, aber auch relativiert werden. Und obgleich die Lebensentwürfe der Großeltern nicht mehr erstrebenswert sind (sie werden aber nie abgelehnt), werden deren Schmerzvorstellungen, wenn auch variiert, beibehalten.

Diese Art der selbstverständlichen Beherrschung und Deutung der Welt geht zurück auf eine innengerichtete Sozialisation in Kleinstädten und ländlichen Gemeinden mit ihren gewerblichen und kleinbürgerlichen Milieus und deren älteren Maßstäben eines weitgehend geschlossenen Familienverbands. Unseren Informanten wurde, um das Bild von Riesman (1958: 33) aufzugreifen, in ihrer Kindheit und Jugend ein »Kreiselkompass« eingebaut, mit dem sie später auch ohne elterliche Weisung ein stringentes Normalerwerbs- und Normalfamilienleben verfolgen. Die Kraft ihrer Sozialisation scheint so stark zu sein, dass sie sich auch nicht von den an der Universität dominierenden alternativen Lebensentwürfen ablenken lassen.

Es ist auffällig, dass eine Reihe unserer Befragten in diesem Teilsample (aber eben nicht alle) das Studium nicht als Lebensphase auffassen, in der sie mit Lebens-, Wohn- und Partnerschaftsentwürfen experimentieren (vgl. Vosgerau 2005). Das Studium gilt für sie als notwendiger Durchgang, um die schon vorher festgelegten Lebensziele zu verwirklichen. Man ist noch sehr stark seinem Heimatmilieu verbunden und fährt häufig heim zu den Eltern. Entweder haben unsere Studierenden noch keine Partnerin, oder sie besuchen ihre Freundin regelmäßig am Heimatort. Am Studienort wohnt man in einer Zweckwohngemeinschaft und nimmt mit Ausnahme gelegentlicher Partys kaum am kulturellen oder politischen studentischen

schen Leben teil. Über die Zukunft haben unsere Informanten klare Vorstellungen: Sie wollen sich am Heimatort im eigenen Haus mit Ehefrau und Kindern niederlassen. Man steckt sich realistische Ziele – ein Pragmatismus, der schon von den Eltern übernommen wurde und auf dem man sich weiterhin beruft. »Man versucht halt, das Beste aus sich rauszuholen [...] Man will ja seine Eltern stolz machen«, sagt Matthias (10: 305ff.).

Diese Art der generativen Tradierung ist ein Kapital, aus dem Selbstvertrauen geschöpft wird. In der Anbindung an die Werte und Normen der Gruppe und der Familie ist man selbst auch stark. Unsere Informanten fühlen sich als Teil der Solidargemeinschaft ihres Herkunftsmilieus. Die soziale Positionierung wird über Leistungsbereitschaft aufgenommen, was aber nicht gegeben ist, sondern woran man zu arbeiten hat. Kopfschmerzen sind Markierungen konkreter Leistungen, die ihren Ausweis in Qualifikationszertifikaten haben. Mit diesem symbolischen, aber dennoch konkreten Gegenüber des eigenen Erfolgs sind Kopfschmerzen keine Irritation. Sie können erklärt werden und sind nicht weiter legitimationsbedürftig.

Die damit einhergehende robuste Einstellung zum eigenen Körper beruht auf dem sozialisatorisch erlernten Bewusstsein, Schicksalsschläge und Härten überstanden zu haben und daran durch Unterstützung gewachsen zu sein. Das Wissen, dass man sich und seinem Körper vertrauen kann, zielt auf die Erwerbsarbeit ab, deren Imperativ fraglos übernommen wird. Was und wer man ist, zeigt sich durch sichtbare Leistungen, mit denen soziale Positionen zugewiesen werden. Die zusätzlich im Sport erfahrene sekundäre Schmerzsozialisation festigt diese Haltung vor dem Hintergrund zunehmend pluralistischer Einstellungen und Lebensentwürfe in einer unübersichtlichen Welt. Sport fungiert als Lern- und Einübungsbereich, der auf Sieg und Erfolg, aber auch auf die Regeln des Wettkampfes verpflichtet und in dem Härten zu ertragen sind.

Die Beispiele von Jens-Paul, aber auch von Johannes zeigen Schmerz- und Empfindlichkeitsreaktionen, wenn feste Ordnungsvorstellungen unterlaufen werden, die neu strukturiert werden müssen. Dabei liegen kommunikative Anforderungen vor, in denen Situationen unscharf und nur schwer zu durchschauen sind. Die zu verknüpfenden Interessenlagen der Beteiligten sind nicht nur gegenständlich, sondern auch mit persönlichen und emotionalen Motiven aufgeladen. Um in solchen Interaktionen zu reagieren, braucht man Antennen, um die Kalküle der anderen aufzuspüren – man muss selbst empfindlicher werden. Diese neue Empfindlichkeit und ihre Konsequenzen für die Deutung von Kopfschmerzen in der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit sind Gegenstände des Kapitels zur Empfindlichkeit der Sozialberufe.

3.4 Die veröffentlichten Leiden der Angestellten

Schmerzrobustere Informanten, seien es Angehörige des alten Mittelstandes oder jüngere Studierende, stehen im Sample Personen mit empfindlicheren Einstellungen gegenüber. Genauso wie Robustheiten nicht uniform ausgeprägt sind, unterliegen auch die Empfindlichkeiten unterschiedlichen Deutungen und Motiven. In den nächsten Kapiteln wird die milieuspezifische Typisierung weiter vorangetrieben. Dabei werden die Angehörigen der Sozialberufe betrachtet, die ihre Schmerzen bedenkenlos mit anderen teilen und für die Schmerzen als von anderen verstandene Empfindlichkeitsäußerungen in ihr Beziehungsgeflecht eingehen (Kapitel 3.5). Diese selbstverständliche Weise der solidarisierenden Affekte spitzt sich bei Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus weiter zu, die ihre Empfindlichkeitsdispositionen – dazu gehört auch ihr Verhältnis zu Schmerzen – für ihre Lebensführung kapitalisieren (Kapitel 3.6). Schließlich wird in einem Sample von Personen mit psychosomatischen Krankenkarrieren genau das Gegenteil identifiziert (Kapitel 3.7): Sie können mit ihren empfindlichen Einstellungen keine Gewinne verbuchen. Ihre Leiden führen sie vielmehr in eine Abwärtsspirale, die nur durch sozialstaatliche Alimentationen gestoppt wird.

Alle Informanten dieser Gruppen eint, dass Kopfschmerzen nicht mehr relativiert, sondern zum offiziellen Gegenstand des Leidens werden. So wird der Grenzbereich zwischen Alltagsbeschwerden und pathologischen Schmerzen auszuloten und nach den Arrangements zu fragen sein, die getroffen werden, wenn sich Kopfschmerzen aus dem Bereich der Alltagsbeschwerden herauslösen und in jeweils spezifischer Weise zur Sprache gebracht werden.

Zunächst aber geht es um eine Personengruppe, die Angestellten in den Büros und des Fachhandels, die ihre Schmerzen in demonstrativer Weise ins Spiel bringt, sie zum Gegenstand medizinischer Behandlung macht und eine besondere Stellung damit beansprucht. Genau genommen gehört diese Gruppe kulturell und sozioökonomisch dem alten Mittelstand an, zwar sicherlich nicht in der uniformen Ausprägung wie noch bis zu den 1980er-Jahren, aber Werte und Einstellungen ähneln sich doch. Wir müssten es also eigentlich mit einer schmerzrobusten Gruppe zu tun haben. Tatsächlich wird zu zeigen sein, dass die demonstrierten Empfindlichkeiten Abweichungen von der Robustheitsnorm sind, die sowohl auf Widersprüche der Sozialisationsprozesse als auch auf die Struktur der Erwerbstätigkeit verweist.

Demonstratives Leiden

Die höhere Empfindlichkeit der Angestellten gegenüber den Robusteren im Sample wird dadurch belegt, dass Kopfschmerzen hier mit einem pathologischen Etikett, meist als Migräne, versehen ist, wofür regelmäßig niedergelassene Neurolo-

gen konsultiert und Behandlungen nachgefragt werden. Unsere Informanten bringen ihre Migränekopfschmerzen auf der Arbeitsstelle ins Spiel und treffen vielfältige Vorkehrungen, von denen sie hoffen, dafür Anerkennung zu finden. Sie haben eine geringe Hemmschwelle, die Kopfschmerzen gegenüber den Kolleginnen zu veröffentlichen, und verfügen dafür über ein differenziertes Vokabular. Von den Robusteren unterscheiden sich die Empfindlicheren durch eine verdichtete und verfeinerte Schmerzdarstellung, mit der sie das Pathologische in Stellung bringen. Ein Beispiel dafür ist Frau Gude (41 Jahre alt, Modefachverkäuferin), die einen Migräneanfall während eines Betriebsausflugs sehr eindrücklich schildert:

Da waren wir zu fünfunddreißigst, und wir kommen freitags da an und waren den ganzen Samstag da und den Sonntag. Und von Freitagnacht auf Samstag hab' ich so einen schweren Migräneanfall bekommen, dass meine Zimmernachbarin, also meine Arbeitskollegin, den Notdienst holen musste. Und meine Kollegen hatten also-, haben also gesehen: »Scheiße«, selbst wenn ..., ich hatte mich-, wir hatten uns alle riesig gefreut, weil Köln war total witzig und so und selbst dann ... Es hat also wirklich jeder gesehen, einschließlich meiner Chefin und meiner Bereichsleitung, wie schlecht es mir geht. Und [ich] war also 24 Stunden komplett außer Gefecht gesetzt. Und dadurch war's dann auch für mich im Endeffekt noch besser, wobei ich nie sagen würde: »Es war toll!« Es war einer der schlimmsten [Migräneanfälle], die ich seit über einem halben Jahr hatte. [...] Dadurch war das Verständnis [der Kolleginnen] mir gegenüber im Grunde noch größer. Wobei man ja oft auf Unverständnis stößt, oder irgendeiner arbeitet um einen rum und sagt: »Och, ich hab' so Migräne heut'«, wo du denkst, »Schätzchen, du hast Kopfweh«. (22: 8ff.)

Obwohl Frau Gude über ihre Migräneepisode sehr emotional spricht, leitet nicht eine diffuse Affektivität – etwa Scham – ihren Bericht, sondern die Suche nach Zuweisungen für ihre Schmerzen und nach Positionierungen auf ihrer Arbeitsstelle. Zu sichten sind die strategischen Motive, mit denen sie ihre Kopfschmerzen erfolgreich mit einem Krankheitswert belegt und ihre Leistungseinschränkungen formal absichert.

Die Episode sieht Frau Gude als einen Wendepunkt in ihrer Migränebiografie, nach der sie auf der Arbeitsstelle Ansprüche durchsetzen kann, die sich aus den als schwerwiegend dargestellten Kopfschmerzen ergeben. Der dramaturgische Mehrwert des Zusammenbruchs ist ihr sehr wohl bewusst, selbst wenn sie ihn nicht vorsätzlich herbeigeführt hat. Ihre Migräne war auf der Arbeitsstelle schon bekannt, und Frau Gude wurde des Öfteren »brechenderweise« (22: 3) nach Hause geschickt: »Wo die mich da wirklich rausgeprügelt haben« (22: 3f.). Nach der Migräneepisode während des Betriebsausflugs kann sie ganz offiziell die Solidarität ihrer Kolleginnen für sich in Anspruch nehmen.

Die generelle Skepsis der Kollegen gegenüber den mit Kopfschmerzen begründeten Leistungseinschränkungen wird auch von anderen Informantinnen regel-

mäßig mit der Überzeugungskraft von Zusammenbrüchen ausgeschaltet, mit denen sich die Grenzen von Alltagsbeschwerden und Pathologie in Richtung Pathologie verschieben: Unsere Informantinnen machen ihre Kopfschmerzen als Migräne sichtbar und markieren sie damit unumstößlich als Krankheit. Die Kollegen werden qua Appell an ihr Mitleid auf ihre Seite gezogen und deren Solidarisierung mobilisiert. Männer berichten nicht in solch emotionaler Weise über ihre Zusammenbrüche, dennoch machen auch sie ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen in eindrücklicher Weise deutlich, wenn sie Kopfschmerzen haben: Herr Sulzbacher (31 Jahre alt, Versicherungsangestellter) beschreibt seine Migränezeichen wie folgt:

Man sieht's ja auch [...]. Ich habe einen sehr verkrampften Gesichtsausdruck. Im Moment wahrscheinlich auch gerade, weil ich Migräne hab'. Normalerweise sitz' ich immer so da. Dadran merkt man halt, dass ich Schmerzen hab'. Das sehen dann auch die Leute. (24: 24ff.)

Regelmäßig stellen diese Informantinnen heraus, dass ihre Kopfschmerzen für alle anderen sichtbar sind. Der Raum der Alltagsbeschwerden wird durch Erbrechen, Blässe, verzogene Mundwinkel, verkniifene Augen, verbissene Gesichtszüge, fahriges, unkontrollierte Bewegungen und geistige Abwesenheit verlassen. Oder sie helfen sich mit Requisiten, mit denen Schmerzen und Symptome, die geschwächte Konstitution sowie die Licht- und Geräuschempfindlichkeit repräsentiert werden, wenn die Migränezeichen nicht unmittelbar ablesbar sind: Sie nehmen eine Schmerztablette ein oder fragen andere danach, wenn sie gerade nicht zur Hand sein sollte, sie bitten um ein warmes Getränk, um eine Massage der schmerzenden Kopfareale mit Pfefferminzöl, das vorsorglich schon im Schreibtisch griffbereit liegt, ebenso wie Kälte- oder Wärmekissen und Sonnenbrille. Hinzu kommen eine Verdunkelung des Raumes, territorialer Rückzug und die Bitte um Ruhe. Frauen berichten davon etwas eindrücklicher als Männer, aber die Unterschiede sind nur graduell. Körperäußerungen, Praktiken und Requisiten repräsentieren das Unangenehme des Zustands und werden zu einem Handlungs- und Interpretationsrahmen zusammengefügt, in dem in einem symbolischen Raster jedes Element auf andere Elemente verweist, in dem die Kopfschmerzen als Migräne – also als Krankheit – Geltung beanspruchen.

Das Gespür für Kopfschmerzen

Die höhere Empfindlichkeit bedeutet nicht, dass Schmerzen nicht ertragen werden. Man macht sich nur größere Sorgen um seinen Körper, geht geringere Risiken ein und wägt Belastungen ab. Aus der medizinsoziologischen Literatur ist bekannt, dass Angehörige der Mittelschichten über eine empfindlichere Körpervorstellung verfügen als Angehörige der gewerblichen Schichten (z.B. Herzlich und Pierret 1991), was sich auch in der vorliegenden Studie bestätigt. In den mittleren

Milieus gilt der Körper generell als fragiler und wird mit größerer Aufmerksamkeit belegt. Kopfschmerzen sind legitime Beschwerden des ganz normalen Alltags, die allerdings nicht notwendigerweise als pathologisch gelten. Eine empfindlichere Körpervorstellung bedeutet im Vergleich zu der robusteren der gewerblichen Schichten auch, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit flüssiger und durchlässiger sind.

Das demonstrative Zurschaustellen der Kopfschmerzen findet sich vor allem bei den Angehörigen der mittleren Angestelltenschichten (einschließlich Beamten) im Verwaltungsdienst sowie bei einigen Fachverkäuferinnen des mittleren und gehobenen Einzelhandels. Im Unterschied zu den Angehörigen der Milieus der Land- und Industriearbeit sowie des Handwerks werden dort keine anstrengenden körperlichen Tätigkeiten verrichtet, sondern es dominieren Schreibtischtätigkeiten sowie Beratungs- und Fachverkaufstätigkeiten. Die Angestellten­tätigkeit in den Büros und im Fachhandel muss von anderen Berufsgruppen unterschieden werden, deren Belastungsspektrum auf anderen Ebenen liegt. Verkäuferinnen oder Kassiererinnen in Discountern (also keine Fachverkäuferinnen) üben eher körperlich anstrengende Tätigkeiten aus und haben ein ähnliches Körper- und Schmerzverständnis wie die Angehörigen der gewerblichen Berufe. Sozial- und Pflegeberufe sehen ihre Belastungen eher im emotional-kommunikativen Bereich, was auch mit einem anderen Körperverständnis korrespondiert, wie im Kapitel 3.5 anzusprechen sein wird. Schmerzvorstellungen der technischen und der Ingenieurberufe ähneln denen der Studierenden, die ja selbst aus diesen Milieus stammen.

Es soll also nahegelegt werden, dass die Vorstellung von den fließenden Grenzen zwischen gesund und krank mit den typischen Belastungen und Arbeitsverhältnissen der Angestellten­tätigkeit zusammenhängen. Die Tätigkeiten unserer Informantinnen sind nicht an einen hohen Körpereinsatz gebunden, vielmehr sind die Belastungen mit einer erhöhten Nerventätigkeit für die Verarbeitung von ständig ein- und abfließenden Reizen und Informationen assoziiert. Der Kopf nimmt als Symbolisierung der Nerventätigkeit eine herausragende steuernde Funktion ein. Daher sind Kopfschmerzen bei Angestellten als Alltagsbeschwerden weitgehend akzeptiert und repräsentieren Belastungen des hochkonzentrierten Arbeitens, wenn es um Verwaltungs- oder Verkaufstätigkeiten geht. Genauso wie Informations- und Affektströme gelten auch Kopfschmerzen als immateriell und unkörperlich. Kopfschmerzen hinterlassen keine körperlich sichtbaren Spuren (wie etwa Operationsnarben) und gelten als ungefährlich. Die Breschen im Kopf werden vielmehr auf die ständigen Anschläge durch Reize zurückgeführt. In paradigmatischer Weise repräsentieren sie daher die empfindlichen Körpervorstellungen von Personen, die nicht hart körperlich arbeiten (z.B. Rittner 1982).

Die Angestellten sehen den Kopf als eigenständige Schmerzlokalität und orientieren sich weniger an der Idee einer stofflichen Schmerzursache. Die Schmerzur-

sache wird in der erhöhten Empfindlichkeit für Reize gesehen, während die Angehörigen der gewerblichen Milieus sowie die sportlichen Studierenden ihre Kopfschmerzen als Körperschmerzen mit einem gegenständlichen Belastungsgegenüber betrachten. Die zugeschriebene Abstraktheit und Nichtstofflichkeit von Reizen, die in den Kopf eindringen, wie Wetter, Geräusche, Gerüche oder Licht, verlangt allerdings eigene Formen der Schmerzplausibilisierung, die sich von der offensichtlichen und konkreten Gegenständlichkeit physischer Belastungen abhebt.

Obwohl Kopfschmerzen als ungefährlich gelten, verweisen sie auf die Verwundbarkeit des Kopfes, ohne dass er wirklich verwundet ist. Der Schmerz ohne Wunde wird in ein Narrativ des Nichtgegenständlichen verwandelt, um anerkannt zu werden. Dieses Narrativ (und nicht mehr das Gegenständliche der Verletzung) verlangt, dass der Körper, vor allem der Kopf, unentwegt beobachtet wird, dass seine Zeichen genau verfolgt werden und dass er durch diese Daueraufmerksamkeit (im Vergleich zu den Robusten) für fragil und vulnerabel gehalten wird. Damit verdeutlichen Kopfschmerzen die durchlässige Grenze zwischen gesund und krank, also die Potenzialität von Krankheiten. Allerdings gibt es, wie überall, Toleranzgrenzen des Akzeptierbaren: So muss das Belastungsspektrum, etwa die Reize sowie die tatsächlichen Tätigkeiten, mit den gezeigten Schmerzen korrespondieren, die auch im Angestelltenmilieu nicht als übertrieben dargestellt werden dürfen.

Die Fähigkeit, aus Kopfschmerzen ein eigenes Narrativ zu gestalten, sie also effektiv im Rahmen der normalen Belastungen darzustellen, macht einen Unterschied zu den Angehörigen der gewerblichen Milieus aus. Die höhere Empfindlichkeit ermöglicht unseren Informantinnen ein feines Gespür für die Kopfschmerzen, mit dem sie deren Zeichen erkennen, die Schwere des Leidens demonstrieren und ihr Leiden organisieren. Herr Sulzbacher unterscheidet etwa typische Migränezeichen von denen der »normalen Kopfschmerzen« (23: 25):

Stechen hinterm Auge, also auf'n Sehnerv fangen die Schmerzen an [...] und gehen über die Schläfe meistens über eine Kopfhälfte [...] Das wechselt auch. [...] Selten hab' ich's auf der linken Seite, meistens hab' ich's auf der rechten Seite. (22: 31ff.)

Es sind nicht schlicht Schmerzen im Kopf, sondern es werden Stärken, Lokalitäten, Verschiebungen und Verläufe beschrieben. Die Selbstbeobachtung bildet die Grundlage für die Verbalisierung der Schmerzen, die in vielfältige Präsentationen und Interaktionen eingehen. Je differenzierter die Symptomschilderungen sind, desto eher lassen sich die nicht gegenständlichen Kopfschmerzen plausibilisieren und mit einem Krankheitswert belegen. Außerhalb ihres akuten Auftretens leben Kopfschmerzen in der Erinnerung und in den Requisiten weiter. Sie sind nicht selbstevident durch medizinische Diagnostik abbildbar, sondern durch Akte des Zurschaustellens, der Gestik, aber vor allem durch Sprache – Zeichen, die den anderen verständlich gemacht und von ihnen gelesen werden müssen.

Kopfschmerzen sind aber alltäglich und nur die wenigsten Personen, die als Angestellte arbeiten, dramatisieren sie als etwas Besonderes, selbst wenn man eine empfindliche Konstitution unterstellt. Es müssen also die Bedingungen verstanden werden, die auf die Entschlossenheit unserer Informantinnen und Informanten wirken, die Besonderheit ihrer Kopfschmerzen herauszustellen und damit eine besondere Position einzunehmen. Diese Bedingungen sind zum einen mit den besonderen Umständen des Aufwachsens und der Schmerzsozialisation und zum anderen mit den typischen Arbeitsverhältnissen der Angestelltentätigkeit zu identifizieren.

Robustes Körperverständnis der Eltern

Um die Arrangements und Verläufe zu verstehen, in denen die Informanten dieses Teilsamples für Kopfschmerzen eine akzeptierte Pathologie beanspruchen, wird zunächst auf deren Schmerz- und Körpersozialisation eingegangen. Die Väter waren Facharbeiter und kleine Angestellte mit Aufstiegsaspirationen, die also versuchten, sich hochzuarbeiten. Auszugehen ist daher mit Riesman (1958) von einer innengeleiteten Sozialisation, daran zu erkennen, dass unsere Informantinnen schon früh Familienpflichten übernahmen. Frau Ahlgrimm (73 Jahre alt, ehemalige Verwaltungsbeamtin) kümmerte sich in der Kindheit um ihre Geschwister und trug schon als Jugendliche in den 1950er-Jahren zum Familieneinkommen bei. Frau Talhoff (50 Jahre alt, Steuerfachgehilfin) übernahm als Kind aufgrund der Krankheit ihrer Mutter Aufgaben im Haushalt und kümmerte sich ebenfalls um ihre Geschwister. Frau Beil (38 Jahre alt, Verkäuferin) berichtet von einer anstrengenden Kindheit: Wegen der Berufstätigkeit beider Elternteile half sie viel im Haushalt und passte wie auch Herr Hellmann (52 Jahre alt, Finanzcontroller) auf die jüngeren Geschwister auf.

Den Kindheitsschilderungen kann man entnehmen, dass sich unsere Informanten in ihrer Kindheit in einem Milieu mit einem robusten Schmerzverständnis aufgehalten haben, etwa so wie es im Kapitel über die robusten Älteren aus den gewerblichen Milieus dargestellt wurde. Nur Frau Gude und Frau Klabusch (29 Jahre alt, Industriekauffrau) berichten von eigenen längeren Krankheitsverläufen in Kindheit und Jugend. Aber nur bei Frau Gude liegt eine empfindlichere Einstellung in ihrer Familie nahe. Bei anderen Informantinnen wurden Schmerzen hier jedenfalls abgewiesen oder kaum thematisiert. Mit Krankheiten arrangierte man sich, ohne dass es zu einem offiziellen familiären Gespräch kam. Selbst wenn die Eltern Kopfschmerzen hatten, war das den Kindern nicht bekannt, zumindest nicht unter dem Etikett Migräne. Herr Hellmann erfuhr erst, nachdem bei ihm die Kopfschmerzen stärker wurden, dass auch seine Mutter Migräne hatte, und Herr Sulzbacher erst in der Ausbildung von der Migräne seines Vaters. Die eigenen Kopfschmerzen, so vorhanden, erregten im Elternhaus keine besondere Auf-

merksamkeit. Sie wurden heruntergespielt und mit einfachen Mitteln, meist mit Bettruhe, behandelt und nicht mit pathologischen Etiketten versehen, selbst wenn auch die Eltern unter Migräne litten.

Wenn man näher auf das robuste Schmerzmilieu in Kindheit und Jugend unserer Informanten schaut, kann man allerdings über den Eifer überrascht sein, mit dem sie später als Erwachsene ihre Kopfschmerzen und ihre Empfindlichkeit gegenüber anderen ins Spiel bringen. Im Folgenden richtet sich der Blick auf die Widersprüche in der Sozialisation in der Kindheit, um ihr empfindliches Verhältnis zu den Kopfschmerzen zumindest teilweise zu verstehen. Mit den Sozialisationstheorien lässt sich davon ausgehen, dass Körper- und Schmerzverständnisse schon in der Kindheit entsprechend der jeweiligen aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse des Körpergebrauchs erzogen und einverleibt werden (Riesman 1958, Bourdieu 1982). Mit dem elterlichen Habitus und Milieu sind durch die jeweiligen Kommunikations- und Erziehungsstile spezifische Einverleibungspraktiken des Körper- und des Schmerzverständnisses assoziiert.

Verknüpft man die strukturalistische Vorstellung der Erziehungsstile von Basil Bernstein (1982) und Mary Douglas (1974) mit der Charaktertypologie sozialer Gruppen von Riesman (1958), lassen sich für die Schmerzsozialisation folgende konzeptionelle Aussagen treffen: Personen mit einem innengeleiteten Charakter, die typisch für das Industriezeitalter sind, müssten über ein robustes Körperverständnis verfügen. Die robusten Körper werden mit einem restriktiven bzw. statusorientierten Erziehungsstil sozialisiert: mit klaren Regeln und Hierarchien, körperlichen Sanktionen und den definierten Grenzen eines geschlossenen und einheitlichen Milieus. Empfindlichere Körper werden dagegen durch einem elaborierten bzw. personenzentrierten Erziehungsstil herausgebildet, bei dem Aushandlungen, der Appell an Einsicht, vernunftmäßige Begründungen und geringere Hierarchisierung dominieren, selbst wenn es darum geht, den Körper zu stählen (auch: Hochschild 1990: 123ff.).

Die robusten Erziehungsideale der Herkunftsfamilien unserer Informantinnen müssten daher bei ihnen eigentlich zu einer stoischen Einstellung gegenüber Schmerzen führen, so wie es etwa für die Angehörigen des alten Mittelstandes dargestellt wurde. Dennoch wird zu zeigen sein, dass nicht in jedem Fall die Umstände für eine Sozialisation gegeben sind, mit denen sich ein habitus- und statuskonformes robustes Körperverständnis effektiv realisiert. Oder, mit Riesman (1958) gesprochen: Die Abweichungen vom innengeleiteten Ideal der Selbstbeherrschung kommen dadurch zustande, dass der »Kreiselkompass«, der die Richtung auf einen vorgefassten Lebensentwurf und ein festgefügtes Weltbild vorgibt, in der Charakterbildung nicht ausreichend fest installiert wurde. Genauso wenig aber waren kulturelle Ressourcen vorhanden, mit denen eine empfindliche Einstellung eines aushandlungsorientierten außengeleiteten Charakters sozialisiert werden konnte. Die Betroffenen sind daher unsicher, an welchen Schmerznormen sie sich orientie-

ren sollen und suchen nach möglichst stabilen Arrangements für ihre Schmerzen in formal-rechtlichen Rahmungen, wie noch zu sehen sein wird.

Widersprüche in der Schmerzsozialisation

Auffallend ist, dass alle Informantinnen mit Ausnahme von Frau Zanitsch (56 Jahre alt, Betreuerin), Frau Grote (40 Jahre alt, Bürokauffrau) und Frau Gude in ihrer Kindheit brüchige oder problematische Familienbiografien aufweisen, was für eine innengeleitete Schmerzsozialisation nicht unerheblich ist, deren Erfolg auf den personalstabilen Strukturen einer zeitresistent vorhandenen Kernfamilie mit erwartungsgesättigten Rechten und Pflichten basiert. Herr Sulzbacher berichtet von einer alkoholkranken Mutter, Frau Talhoff von einer depressiven Mutter und einem homosexuellen Vater, einem Verwaltungsangestellten, der wegen Unterschlagung eine Zeitlang im Gefängnis war. Alle anderen Eltern trennten sich während der Kindheit und Jugend unserer Informanten dieses Samples. Frau Beil kannte als Kind ihren leiblichen Vater nicht und wuchs bei Mutter und Stiefvater auf. Auch Herr Heußner (37 Jahre alt, Industriekaufmann) wuchs bei Mutter und Stiefvater auf, von dem sich die Mutter trennte, die mit weiteren Partnern zusammenlebte, von denen sie zwei Söhne hat. In seiner Kindheit und Jugend ist er viel umgezogen. Herr Hellmann wurde nach der Trennung seiner Eltern von seiner Großmutter erzogen. Der Vater von Frau Klabusch ist Alkoholiker, die Eltern trennten sich, mit dem neuen Partner hatte die Mutter zwei Kinder. Die Ehe der Eltern von Frau Ahlgrimm verlief sehr schlecht. Nach der Scheidung ging die Mutter für einige Jahre eine neue, glückliche Ehe mit einem 25 Jahre älteren Mann ein. Frau Klausen (49 Jahre alt, Sekretärin), die keine Beziehung zum Vater hatte, wird von ihrer Mutter ins Kinderheim gesteckt. Beide sehen sich zwar, aber ihre Beziehung ist sehr konfliktuell.

Unsere Informantinnen wuchsen also nicht in den zeittypischen Normalfamilien, bestehend aus leiblichen Müttern, Vätern und ein bis zwei Geschwistern, auf. Stattdessen wechselten die Bezugspersonen, und die Beziehungen zu ihnen schienen nicht einfach zu sein. Da die jüngeren Vorstellungen heterogener Familienformen und pluralisierter Lebensentwürfe zu ihrer Jugendzeit im Wesentlichen noch nicht Platz gegriffen hatten, fehlten Ideale für akzeptierte Alternativen, an denen sich die Erziehung durch die Eltern orientieren konnte. Scheidungen und familienbiografische Brüche waren kaum tolerierte Abweichungen von einem Normallebensentwurf im Nachkriegsdeutschland. Daher ist zu vermuten, dass unsere Informantinnen in einem Widerspruchsverhältnis zum milieutypischen robusten Erziehungsideal aufgewachsen sind. Für die Erziehung des Schmerzverständnisses könnten drei Aspekte ihrer Sozialisationserfahrungen ausschlaggebend sein:

(1) Zunächst muss die Bedeutung und die Qualität der elterlichen Bindung angesprochen werden. Man kann davon ausgehen, dass für die effektive und nach-

haltige Sozialisation der für die Herkunftsmilieus und für die Nachkriegszeit typischen robusten Schmerznormen die ständige Ermahnung der Eltern sowie Kontinuität und Wachsamkeit in der elterlichen Erziehung nötig sind, selbst wenn diese bei abwesenden Vätern (etwa durch Tod oder weil sie sich in Kriegsgefangenschaft befanden) nur symbolisch sein sollte. Repräsentieren die Eltern aber ein nur schwaches Vorbild, weil die Bindung zu ihnen relativ unbeständig und nicht erwartungsgesättigt ist, so werden die robusten Schmerzideale auch nur schwach inkorporiert sein. Insbesondere die Scheidungen der Eltern und die Wiederverheiratungen der Mütter deuten darauf hin, dass unsere Informanten in Kindheit und Jugend vielfach eine vergleichsweise schwache und instabile Beziehung zu ihren Eltern entwickelten, was sich bis in die Gegenwart hinzieht: Selbst mit den Müttern, bei denen sie aufgewachsen sind, besteht bzw. bestand ein problematischer Kontakt und zu den Vätern und Stiefvätern eher lockere Bindungen mit geringer Vorbildwirkung und Identifikation, sodass von ihnen keine robuste Schmerzerziehung durchgesetzt werden konnte.

(2) Die Schwäche der elterlichen Bindung könnte durch stabile Bindungen an das umliegende Milieu, etwa die Verwandtschaft oder Nachbarschaft, an Schule, Gleichaltrige und Sportvereine ersetzt werden, mit denen die Dissonanz zwischen milieutypischer Orientierung auf Robustheit und milieuntypischer schwacher familiärer Einwirkung ausgeglichen werden könnte. Das ist allerdings nicht der Fall: Bei einigen Informantinnen bauten sich zwar stabile Beziehungen zu Bezugspersonen auf, etwa zur Großmutter, dennoch wird weder von besonderen sportlichen Aktivitäten noch von Freundschaften berichtet. Die Scheidung der Eltern und die Wiederverheiratung der Mütter gingen nämlich in der Regel mit Ortswechseln einher, sodass auch außerhalb der Familien kein stabiles Erziehungs- und damit Schmerzmilieu nachhaltig gesichert wurde.

(3) Entsprechend der innengeleiteten Erfolgseinstellung strebten die Eltern, insbesondere die Mütter, trotz der schwierigen Familienverhältnisse nach sozialem Aufstieg und entfernten sich symbolisch von ihrem Ursprungsmilieu. Die alten Orientierungen wurden jedoch nicht ganz aufgegeben, und die Erziehungsstile der neuen Milieus, für die die Mütter noch nicht das symbolische Kapital besaßen, wurden noch nicht gänzlich übernommen. Man hatte wenig Zeit für die Kinder, lebte unbeständig und war mit der Existenzsicherung beschäftigt. Damit besteht wenig Spielraum für die Aneignung von kommunikativen Umgangsformen, die mit einem weniger robusten Schmerzverständnis korrespondieren, etwa indem Empfindlichkeit zum Teil des Familiengesprächs wird, wobei Schmerzen eine akzeptierte Sprache finden, in der sie geäußert, aber auch relativiert werden, wie es etwa bei den Sozialberufen noch gezeigt wird. Mit der Besserstellung erhöhte sich indes die Empfindlichkeit, die allerdings noch keine eigene Sprache bekam. So scheint es plausibel, dass es für Schmerzen noch keine gesicherten Umgangsformen gab, in denen sich Alltagsbeschwerden sowohl ausdrücken als auch normalisieren. Ei-

nerseits lag also eine nur schwache Inkorporierung körperlicher Robustheit vor, andererseits setzten sich alternative Formen der Schmerznormalisierung auch nur unvollständig durch.

Nicht alle drei Aspekte treffen bei unseren Informantinnen gleichermaßen stark zu, nichtsdestotrotz sind sie vorhanden. Folgende These lässt sich daraus bezüglich ihres Schmerzverständnisses ableiten: Ihre Schmerzsozialisation zeichnet sich durch die Diskrepanz zwischen stabilen (geforderten) Milieunormen und ihrer unsteten und schwachen Realisierung in der Erziehung aus. Ohne die schon in der Kindheit festgefügteten und stabilen Erwartungen dürfte die Entwicklung ihres Körperverständnisses stark von fraglichen äußeren Gegebenheiten abhängig sein, denen sie sich anzupassen haben. Auf solche Anpassungsprozesse sind sie allerdings ungenügend vorbereitet, da sich ihre Erziehung an den Normen der Herkunftsmilieus orientiert. Durch die Sozialisationsbedingungen ist davon auszugehen, dass unsere Informanten nur eine schwache Schmerzsozialisation mit uneindeutigen Schmerznormen erfahren haben und zwischen dem robusten Körperverständnis ihres Herkunftsmilieus und dem empfindlicheren Körperverständnis ihres aktuellen Milieus pendeln. Es wäre daher plausibel, dass die Uneindeutigkeit der Schmerznormen zu überspitzten und für die neuen Milieus unangepassten Darstellungen von Empfindlichkeiten führt.

Wenn man die Metapher von Kopf und Körper klassifikatorisch auf die Stellung in der Sozialstruktur anwendet, wie es etwa mit Jeggle (1986) nahegelegt werden kann, ergibt sich folgende Deutungsfigur: Entsprechend der älteren robusten Vorstellungen hat der Körper die Eigenschaften von Härte, Festigkeit und Widerstandsfähigkeit. Kopfschmerzen, sobald sie stärker werden, unterlaufen dieses Idealbild einer uneinnehmbaren Festung, vor allem wenn sie als Migräne identifiziert sind. Darüber wurde schon beim alten Mittelstand berichtet, wo diese Schmerzen dem Körper zugeschlagen wurden. Die Informanten des Angestellten-samples tun dies aber nicht. Aufgestiegen in das neue mittlere Milieu, ändert der Kopf seine Bedeutung, der nun auch die neue soziale Stellung symbolisiert – den Beruf, in dem mit geringem körperlichem Einsatz gearbeitet wird. Unsere Informantinnen oszillieren somit zwischen zwei unterschiedlichen Werterastern, die dem Kopf und dem Körper jeweils eine andere Position zuweisen.

Der Wert des Körpers für die Existenzsicherung wird nun nicht mehr ausschließlich in seiner Gegenständlichkeit, Festigkeit und Härte gemessen. Vielmehr wird er zunehmend mit symbolischen und immateriellen Werten belegt, die vor allem mit dem Kopf assoziiert sind. Mit einer insgesamt verfeinerten Aufmerksamkeit wird auch dem Körper mehr Interesse geschenkt. Die Körperfestung wird dann plötzlich als brüchig wahrgenommen, Lücken darin werden bemerkt, und zwar dort, wo sie – das haben sie in ihrer Kindheit gelernt – am allerwenigsten sein dürften, am Kopf. Der erlangt nun eine Bedeutung, die er vorher nicht hat-

te, und damit auch seine Schmerzen, allerdings fehlt dafür noch eine Sprache, die diese neue Bedeutung normalisiert. Dafür muss man sich der Medizin bedienen.

Arbeit und Krankheit

Angesichts der Sozialisationsbedingungen kann die erhöhte Empfindlichkeit der hier betrachteten Gruppe nachvollzogen werden, allerdings gibt dies noch keinen Hinweis darauf, unter welchen Umständen unsere Informantinnen Kopfschmerzen pathologisieren und, wie noch zu sehen sein wird, dafür rechtlich und formell unterstützte Schutzräume beanspruchen. Bevor die Zusammenhänge erörtert werden, in denen sie ihre Kopfschmerzen als Pathologie auf ihren Arbeitsplätzen präsentieren, werden einige konzeptionelle Überlegungen zum Verhältnis von Erwerbsarbeit, Alltagsbeschwerden und Krankheiten darzulegen sein.

Am Arbeitsplatz ist Belastbarkeit gefragt; er ist nicht für Erkrankungen ausgelegt. Die arbeitsteilige Organisation erfordert, dass jede Arbeitnehmerin entsprechend ihrer Position das dort geforderte Leistungsprofil erfüllt und Tätigkeiten in einer synchronisierten Leistungskette erledigt. Anforderungen der Position und Leistungsfähigkeit (in die sich Körpertechniken, Qualifikationen und Umgangsformen einspeisen) sind aufeinander abgestimmt, ansonsten kommt es zu Störungen der Abläufe. Erholung, Krankheit und Rekonvaleszenz sind dagegen der Privatsphäre und dem Krankenversorgungssystem vorbehalten. Auf Dauer gestellte Hilfebeziehungen finden dort in zwei Figurationen statt: einmal die der emotional-diffusen Solidarität in gewohnheitsmäßigen Beziehungen in Familien und Freundschaften, zum anderen die der sachlichen Spezialisierung in der Beziehung zu professionellen Helfern in Form der Krankenrolle, die auch auf das informelle Helfernetz ausstrahlt (Corbin und Strauss 1993, Parsons 1958). Arbeitsbeziehungen sind in der Regel weder das eine noch das andere. Sie sind funktional spezifische Sachrollen, die krankheitsbezogene Dauerhilfen ausschließen.

Konventionell gibt es deshalb auf den Arbeitsstellen ein dichotomes, klar abgegrenztes Verständnis von Krankheit als vollständiger Leistungsunfähigkeit und von Gesundheit als vollständiger Leistungsfähigkeit. In diesem binären Verhältnis ist eine Teilleistungsfähigkeit nur als Ausnahme akzeptiert. Das gilt auch für behindertengerechte Arbeitsplätze, deren Anforderungen und Ausgestaltungen an die Leistungsfähigkeit der Inhaber angeglichen sind. Entweder kann man also alles leisten, was für eine Position erwartet wird, und ist gesund, oder man bleibt zu Hause bzw. im Krankenhaus und ist krank. Davon abgesehen würden Teilleistungsfähige auch die Arbeitsmoral erheblich stören, etwa wenn die Phasen der Leistungsunfähigkeit als Pausen angesehen werden.

Alltagsbeschwerden unterlaufen nun diese Dichotomie. Sie schleichen sich ein und mindern eine Zeit lang die Leistungsfähigkeit, können aber nicht – eben weil sie so alltäglich und Ausdruck üblicher Belastungen sind – als Krankheit ange-

hen werden, wofür man zu Hause bleibt. Gefordert ist folglich, dass solche Beschwerden – Erkältungen, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden – ertragen werden. Solidarisierungen und Hilfe – Trost, Ratschläge, Hausmittel und freiverkäufliche Heilmittel – auf den Arbeitsplätzen zielen auf Arbeitsfähigkeit, nicht auf Leiden und Krankheit. Alltagsbeschwerden werden im polaren Verhältnis von gesund und krank auf der Gesundheitsseite verbucht, und Angeschlagenen wird es als Schwäche ausgelegt, wenn sie ihre Beschwerden nicht angemessen bewältigen. Das bekommen sie dann zu spüren, wenn Schmerzen und Symptome stärker werden und aus der erträglichen Missempfindung eine zunehmende Beeinträchtigung wird, wenn also die Alltagsbeschwerden die Schwelle zur Krankheit überschreiten.

Weil Alltagsbeschwerden alle betreffen, halten sich hierin auch alle für Expertinnen. Alltagsbeschwerden unterliegen vornehmlich informeller sozialer Kontrolle und werden an der Schwelle zur Krankheit mit erhöhtem Augenmerk betrachtet. Die allgegenwärtigen Mitspracherechte bei Beschwerden und die Leistungskalküle des Arbeitsplatzes setzen die Betroffenen in Erklärungsnot. Unsere Informanten etwa müssen dann entscheiden, inwieweit sie ihre Beeinträchtigungen veröffentlichen, bevor ihre Leistungsunfähigkeit sichtbar wird, oder ob sie abwarten, bis sie den Grund dafür nennen.

Herbeiführen affektiver Solidarität

Nach diesen Überlegungen zum Verhältnis von Leistungsmoral und Krankheit wird nun auf die Demonstration der Kopfschmerzen zurückgekommen. Wenn es aufgrund von Kopfschmerzen zur Arbeitsunfähigkeit kommt, sind die Betroffenen auf den Arbeitsstellen diskreditiert (Goffman 1963). Ihre Identität ist beschädigt, und sie bemühen sich um Reparatur. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob die Veröffentlichung der Kopfschmerzen absichtlich oder unabsichtlich geschieht, ob aufgrund von deren Stärke und Dauer oder schlicht weil es keine Möglichkeit zum Verstecken gibt. Wenn die Veröffentlichung keine Einzelepisode ist, die mit geringem Aufwand erklärt werden kann, versuchen unsere Informantinnen, ein stabiles Arrangement zu finden, in dem sie ihre Leistungseinschränkung aufgrund der Kopfschmerzen verhandeln können.

So vermutet Herr Sulzbacher zunächst, dass seine Kopfschmerzen nicht als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit akzeptiert worden wären, als er auf den Anfang seiner Karriere zurückblickt: »In meiner Ausbildung war's sehr schwierig. Da hat jeder gedacht: ›Du willst blau machen‹« (24: 4f.). Später lernt er, dass er seine Kopfschmerzen tatsächlich demonstrieren muss, um die Krankenrolle zugewiesen zu bekommen. Auch im Interview betont er: »Man *sieht's* ja auch. Ich hab 'n sehr verkrampften Gesichtsausdruck« (24: 24). Die Glaubwürdigkeit der Schmerzdarstellung steigt bei gelegentlichen, vielleicht auch einmaligen Zusammenbrüchen, wie in der Erzählung von Frau Gude.

Unsere Informantinnen versuchen – mit unterschiedlichem Erfolg – das Verständnis ihrer Kollegen herbeizuführen und sie emotional auf ihre Kopfschmerzen zu verpflichten. Zunächst geben sie Anhaltspunkte, wie die Schmerzen zu dechiffrieren sind. Zudem solidarisieren sie sich mit ebenfalls betroffenen Kolleginnen, und im Ensemble der Gleichgesinnten werden die Symptome gegenseitig als schwerwiegend bestätigt. Herr Sulzbacher etwa tauscht sich mit Kollegen aus, die ebenfalls Kopfschmerzen haben:

Kollegen kommen immer wieder auf dich zu: »Hier, ich hab' da was in der Apothekenrundschau gelesen [...] Vielleicht hilft's dir« oder Schüsslersalze. [...] Hab' ich Kollegen, die schwören drauf. (37: 5ff.)

Nach und nach stellt sich die Akzeptanz der Kopfschmerzen auf den Arbeitsstellen ein. Bei Herrn Sulzbacher wurde es jedenfalls

mittlerweile besser. [...] Nachdem man dann ein paar Jahre in einem Abschnitt gegessen hat und sich die Leute auch irgendwo damit auseinandersetzt haben, sag' ich mal, ist das auch sehr stark akzeptiert. (24: 4ff.)

Er kann inzwischen auf regelmäßige Hilfe bauen. Die Kollegen »gehen sehr freundlich damit um: ›Ach, wir machen deine Arbeit« (24: 9f.). Nach Ausbruch der Kopfschmerzen wissen sie schon, was zu tun ist, um das Schlimmste abzuwenden und die Situation erträglich zu gestalten. Bei Herrn Sulzbacher hat sich folgendes Arrangement eingestellt: Schon beim Herannahen eines Migräneanfalls geht er

so schnell als möglich nach Hause. [...] Ich muss in mein Zimmer, alles dunkel, hinlegen und so schnell als möglich, bevor der richtige Migräneschmerz anfängt, versuchen einzuschlafen. (23: 26ff.) [...] Die [Kollegen] sehen dann auch schon: »Ja, wenn du heimgehen willst, geh' heim«, sagen sie morgens schon zu mir. (24: 33f.)

Die Kopfschmerzarrangements richten sich an eine verschworene Gemeinschaft, die auf Empfindlichkeitsäußerungen zugewandt reagiert. Mit der demonstrativen Darstellung ihrer Kopfschmerzen geben unsere Informanten den anderen eine Anleitung an die Hand und setzen auf deren Grundlage am Arbeitsplatz Sonderrechte durch. Zentral ist nicht so sehr, dass die anderen die Kopfschmerzen verstehen oder sich einfühlen können – das wird in der Regel gar nicht erwartet –, sondern dass Vereinbarungen für die Übernahme der Tätigkeiten gefunden werden.

Das Problem besteht allerdings darin, dass die informellen Arrangements nicht notwendigerweise von Dauer sind. Frau Mende (34 Jahre alt, Mediengestalterin) spricht dies an. Ihr Vorgesetzter und eine befreundete Kollegin haben Migräne. Ihre eigene Migräne versuchte sie zu verstecken oder zu verharmlosen: Zunächst »wussten die Leute aber noch nicht so Bescheid« (24: 26). Ähnlich wie Frau Gude wird die emotionale Unterstützung durch einen Zusammenbruch mobilisiert. Nach der Veröffentlichung ihrer Migräne durch andauerndes Weinen haben die

Kollegen »zum ersten Mal mitgekriegt, wie schlimm es eigentlich ist« (24: 31f.). Dennoch ebte das Interesse langsam wieder ab. »Der engste Kreis« – der Vorgesetzte und die befreundete Kollegin – versteht ihre Migräne, »die anderen wissen es nicht so wirklich« (5: 31f.). Das emotionale Engagement der Nichtbetroffenen ergibt sich ad hoc, nur durch beständige Reinszenierungen lässt sich die Aufmerksamkeit für die Kopfschmerzen aufrechterhalten. Das ist der Fall bei Frau Ahlgrimm, der im Laufe ihrer langjährigen Tätigkeit zahlreiche Ausgleichs zugesprochen wurden. Ihr Kollege hatte gelernt, einen Migräneanfall schon vor ihrem tatsächlichen Auftreten zu entziffern:

Ich musste immer vorne durch das Büro. Mein Kollege, der dort saß, schaute über den Brillenrand und sagte zu mir, dass ich etwas nehmen solle, es würde jetzt losgehen. Er sagte: »Ich war im Krieg Pferdeaufkäufer in Norwegen.« Deshalb hatte der solch guten Blick. Der sah mir das schon an, bevor ich überhaupt das Erste [die ersten Anzeichen eines Migräneanfalls] merkte. (2: 8ff.)

Mit den laufenden Kopfschmerzdarstellungen und der affektiv-sinnlichen Dechiffrierung werden Kontexte routinemäßiger Schmerzinteraktionen geschaffen, die allerdings auf zufälligen Sympathien beruhen. Frau Ahlgrimm's Beispiel ist ein seltener Fall einer fast symbiotischen Beziehung zu einem Kollegen, mit dem sie in selbstverständlicher Verständigung (ähnlich wie mit ihrem Ehemann) eine routinemäßige Hilfebeziehung eingeht.

In solchen informellen Arrangements zielt die Darstellung der Kopfschmerzen auf Schonung und Dispens am Arbeitsplatz. Dafür allerdings schätzen unsere Informanten ein, was für ihre Kolleginnen noch ertragbar ist, um deren Solidarität nicht über die Maßen zu beanspruchen. In den Kopfschmerzpräsentationen sind deswegen schon die Gesten der Relativierung und der Zurückhaltung enthalten, um den informell gewährten Dispens nicht zu überreizen. Sie sind um Kompromisse bemüht und versuchen das fragile Arrangement zu festigen.

Deutungen von Kopfschmerzen und die Reaktionen darauf hängen vor allem davon ab, ob die anderen überhaupt in der Lage sind, die neuen Körperzeichen zu dechiffrieren. Das heißt, dass das Symbolsystem des Bezugsmilieus definiert, welche Körperzeichen in welcher Weise verstanden werden und daher auch sinnvoll veröffentlichbar sind. Unsere Informantinnen greifen nun in dieses Symbolsystem ein, indem für die Kopfschmerzen Deutungen und Praktiken vorgehalten werden, die die Außenstehenden zu stillen und folgsamen Teilhabern ihres Leidens machen. Um ihre Kolleginnen im Sinn von Goffman (1963) zu entgegenkommenden Mitwissern (zu »Weisen«) zu machen, die die geheimen Leiden teilen, ohne dass sie selbst davon betroffen sind, rufen unsere Informanten, je nach Sichtbarkeit der Kopfschmerzen, entsprechende Reaktionen hervor: Mithilfe beim Überspielen, Hilfe beim Bewältigen oder Entgegenkommen beim Erfüllen der Aufgaben.

Die Kolleginnen und Kollegen werden so zu Mitspielern im Ensemble des Kopfschmerztheaters.

Migräne als Krankheit

Das Beispiel von Frau Mende zeigt, dass man sich nicht auf informelle Arrangements verlassen kann, da sie nicht automatisch greifen, weil Kopfschmerzen nach wie vor in die Rubrik Alltagsbeschwerden fallen. Die auf Sympathie basierende kollegiale Unterstützung ist stets nur auf den einzelnen Fall bezogen und wird begleitet von der Mahnung, etwas gegen die Kopfschmerzen zu tun und sich nicht gehen zu lassen. Die informellen Arrangements beruhen nicht auf Gewohnheit, sondern müssen immer wieder neu erarbeitet werden. So bleibt bei Herrn Sulzbacher das auch für die anderen Informantinnen typische »Gefühl, dass es [die Migräne] bei manchen noch nicht so wirklich akzeptiert ist« (24: 21f.). So ist er sich auch der Unterstützung seines Arbeitgebers nicht ganz sicher und nimmt sicherheitshalber für Fehltage aufgrund von Migräneanfällen Urlaub, anstatt sich krankschreiben zu lassen. Sein Beispiel zeigt die typischen Konfliktlinien am Arbeitsplatz, wo Kopfschmerzen zwischen Alltagsbeschwerden und Pathologie oszillieren: einerseits informelle Unterstützung, andererseits Zweifel der Kolleginnen und Vorgesetzten. Zudem gibt es immer Quertreiber: rauchende Kollegen, Chefs, die Fehlzeiten monieren, Kolleginnen, die sich an der Verdunkelung stören, denen die Mehrarbeit zu viel ist, wenn vorzeitig nach Hause gegangen wird, die die Arbeit mit der Sonnenbrille lächerlich finden oder schlicht an der Stärke der Kopfschmerzen zweifeln, die sie als übertrieben sehen.

Sollen Dispens, Sonderansprüche und Schonung aber nicht mehr nur vom wechselhaften Wohlwollen der Kolleginnen abhängig sein, müssen Kopfschmerzen als Pathologie beansprucht werden. Tatsächlich braucht deren Akzeptanz am Arbeitsplatz die formelle Unterstützung einer ärztlichen Diagnose, sollen Arrangements auf Dauer gestellt werden. Dafür durchsetzungsfähig sind allerdings nicht die normalen Kopfschmerzen, sondern pathologische Etiketten wie Migräne oder Clusterkopfschmerz, ab und an sogar Spannungskopfschmerzen. Damit ist auch die zentrale Rolle der ärztlichen Zuweisung erklärt, auf deren Basis Kopfschmerzarrangements errichtet werden. Während in der Familie oder gegenüber Freunden Kopfschmerzen mitunter als Kopfwegh und Übelkeit heruntergespielt werden, wird auf der Arbeitsstelle durchgängig das medizinische Vokabular gebraucht, womit weniger die Stärke des Leidens in Anschlag gebracht wird als vielmehr der Dispens institutionell abgesichert ist.

Die Medikalisierung der Kopfschmerzen beginnt regelmäßig mit dem Eintritt in das Erwerbsleben. Während sie in der Kindheit noch als Alltagsbeschwerden mitgelaufen sind, wird spätestens mit der Berufsausbildung ein niedergelassener Neurologe zur Abklärung und Klarstellung aufgesucht, der dann die Migräne of-

fiziell bestätigt. Wie wichtig ärztliche Atteste sind, zeigt das Beispiel von Herrn Sulzbacher, der keine für ihn zufriedenstellende ärztliche Zuweisung bekommt und sich darüber beschwert.

Herr Sulzbacher erklärt seine Kopfschmerzen zunächst mit der veränderten Lebenssituation, als er für die Ausbildung in eine neue Stadt zieht (was auch ein Hinweis auf die Vorstellung der nichtstofflichen Verursachung ist): »Ich bin in einer anderen Stadt, der Körper reagiert drauf« (12: 23f.). Als sich die Kopfschmerzen hinzogen, ging er zum Hausarzt, der ihn zum Neurologen überwies, der die Migräne diagnostizierte. Herr Sulzbacher bekam Kopfschmerzmedikamente und Alternativtherapien, was nach der Ausbildung und dem Umzug zurück in seine Heimatstadt fortgesetzt wurde. Dort wechselte er mehrmals die Neurologen, von denen er aber enttäuscht ist. Vom ersten vermutet er, dass »er mir nicht wirklich glauben würde, weil halt bei diesen [...] Gehirnstrommessungen nichts 'rüberkam für ihn. Und ich weiß nicht, ob er mich als Simulant dargestellt« (18: 20ff.) hat.

Die Neurologen bezweifeln allerdings nicht die Migräne, schließlich verordnen sie Herrn Sulzbacher Migränemittel und schreiben ihn krank, aber sie gewähren ihm nicht die von ihm erwarteten Erleichterungen:

Ich muss immer wieder am ersten Tag 'ne Krankmeldung [...] vorlegen. [...] Und hab' dann halt mit ihm auch besprochen, wie man dem entgegenwirken kann, dass man zumindest schreibt: »Es sind zwar keine Indikatoren da, aber es ist abzusehen, dass derjenige wirklich Migräne hat.« (18: 26ff.)

In der Versicherungsbranche arbeitend und durch seine gewerkschaftliche Tätigkeit geschult, weiß Herr Sulzbacher, dass mit einer ärztlichen Attestierung Erleichterungen auf der Arbeitsstelle besser durchzusetzen sind, die dann nur noch in einem geringeren Maß vom Wohlwollen der Kolleginnen und der Vorgesetzten abhängen – daher seine Klage über die Ärzte. Er möchte schon beim ersten Anzeichen eines Migräneanfalls zu Hause bleiben und nicht jedes Mal erst bei starken Kopfschmerzen für eine Krankschreibung seinen Arzt konsultieren müssen. Vor allem möchte er für migränebedingte Fehltage nicht den Urlaub opfern. Von den Ärztinnen wird weniger eine effektive Behandlung erwartet, sondern die richtige Diagnose und Atteste sowie die Begründung von Erleichterungen auf der Arbeitsstelle und die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Dass die Kopfschmerzmittel oder die alternativen Therapien nicht richtig wirken, stört Herrn Sulzbacher weniger, der seine Schmerzen durchaus auch mal ohne Medikation auskuriert. Andere Migränepatienten haben mehr Glück mit ihren Ärztinnen und können mit ihren Arbeitgebern Karenzregelungen vereinbaren. Unsere Informantinnen aus den Verwaltungsabteilungen sehen die Ärzte genauso, wie sie sich selbst sehen: als bürokratische Verfahrensarbeiter, die, indem sie über über Krankheit und Gesundheit entscheiden, Ansprüche zu- oder abweisen.

Formelle Arrangements

Mit Diagnosen und Attesten lassen sich vielfältige Privilegien durchsetzen, etwa ein ruhiger Arbeitsplatz mit geringen Expositionen für Migräneanfälle. Frau Mende versucht, wenn ein Migräneanfall heranzieht, »einen Raum zu erwischen, der ein bisschen dunkel ist und wo nicht so viele Geräusche sind« (4: 27). Oder es werden Vereinbarungen getroffen, etwa dass der Arbeitsplatz bei einem Migräneanfall ohne große Umstände verlassen werden darf bzw. freizügige Karenzregelungen bei Fehlzeiten oder flexibel gehaltene Dienstpläne.

Solche Arrangements werden durch Senioritätsrechte, lange Anstellungszeiten, geringe Fluktuation der Kollegen und wenige Arbeitsplatzwechsel gestützt. Frau Gude ist schon 23 Jahre in ihrer Verkaufseinrichtung und war zwischendurch stellvertretende Filialeiterin, auch Frau Ahlgrimm hat ihre Arbeitsstelle nie gewechselt. Herr Sulzbacher ist zwar noch jung und seine Migräne nicht allseits anerkannt, aber er arbeitet an derselben Stelle wie ehemals sein Vater, der ebenfalls Migränekopfschmerzen hat. Herr Heußner nimmt als Gewerkschafter und Behindertenvertreter eine Autoritäts- und Expertenposition ein. Darüber hinaus gibt es auf den Arbeitsstellen nicht nur die üblichen sozialstaatlichen Absicherungen im Fall von Krankheit und Behinderung, sondern zusätzliche betriebliche Vereinbarungen, die gesundheitliche Einschränkungen betreffen (Kündigungsschutzregeln, behindertengerechte Arbeitsplätze, Informationsmöglichkeiten über Alimentationen und ein Mitspracherecht der Arbeitnehmer zur Verteilung der Arbeit). Auch informell herrscht eine im Vergleich zur Privatwirtschaft größere Akzeptanz von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit. Ansprüche auf Schonung können jedoch nur mit einer offiziellen Diagnose im Zusammenhang mit der Darstellung des Leidens durchgesetzt werden.

Mit den vereinbarten Sonderbehandlungen und mit der Unterstützung der Kollegen installieren unsere Informantinnen ein formell und informell abgesichertes Migränearrangement. Damit können zweifelnde Kollegen sogar offen zurechtgewiesen werden, wofür Herr Hellmann ein Beispiel gibt:

Eine Kollegin hat mal was fallen lassen: »Der ist ja so oft krank.« Die hab' ich mir dann gegriffen. Ich hab' gesagt: »Was bildest du dir eigentlich ein, dir hier solche Bemerkungen rauszunehmen?« Hab' ich auch vor versammelter Mannschaft gemacht. (31: 8ff.)

Die Regel sind solche offenen Anklagen allerdings nicht, davon wurde nur einmal berichtet, zumal in der dargestellten Episode die zurechtgewiesene Kollegin ohnehin in der Firma nur schlecht integriert schien, die sie alsbald verließ.

Es ist anzunehmen, dass sich zufriedenstellende Migränearrangements unter dem sicheren Schirm des Sozial- und Arbeitsrechts gut herstellen lassen. Staatliche Verwaltung, Sozialadministration, mittelständische Traditionsbetriebe mit hoher

Mitarbeiteridentifikation oder Großbetriebe mit starkem gewerkschaftlichem Einfluss und überdurchschnittlichen betrieblichen Sozialregelungen haben in der Regel hohe Toleranzen für arbeits- und sozialrechtlich abgestützte Arrangements für chronisch Kranke und Behinderte. Solche Rahmenbedingungen befördern Sicherheitsorientierungen.

Mittels pathologischer Etikettierungen wird zudem die Wahrnehmung der Kollegen für die Kopfschmerzsymptome geschult, sodass sich das Klassifikationssystem der Migräne weiter verdichtet, bis es sich sogar institutionalisiert. Auf dieser Grundlage werden (möglichst) günstige Reaktionen herbeigeführt. Informelle Arrangements werden durch formelle unterstützt und stabilisiert. Das bezieht sich auf die Verteilung der Aufgaben und die Darstellung einer hohen Arbeitsmoral. Migränearrangements können darüber hinaus emotional-sinnliche Züge annehmen. In solchen Fällen spielen neben der Arbeitsteilung quasifamiliäre Solidarisierungen eine Rolle, die typisch für personenbezogene Tätigkeiten sind, was im nächsten Kapitel erörtert wird. Welches Arrangement herbeigeführt werden kann, hängt zu einem großen Teil vom typisch verlangten Tätigkeitsspektrum und den organisatorischen Rahmenbedingungen ab, mitunter aber auch von den Reaktionen einzelner Kollegen und Vorgesetzter, die Ansprüche aufgrund der Migräne aufnehmen, aber auch vollständig abweisen können.

Nichtzufriedenstellende Arrangements

Hin und wieder scheitern allerdings auch die Anstrengungen, ein zufriedenstellendes Arrangement herbeizuführen. Wenn Kopfschmerzansprüche in robusten Arbeitskontexten geltend gemacht werden, können sie abgewiesen werden, weil man sie für Alltagsbeschwerden hält. In unserem Sample kommt das nicht häufig vor, das Beispiel von Frau Sell stellt hier eine Ausnahme dar. Als Abweichung von den üblichen Arrangements werden daran aber die sonst üblichen Praktiken und Strategien sichtbar.

Nachdem Frau Sell (47 Jahre alt) einige Jahre als Erzieherin gearbeitet hatte, begann sie ein Studium der Archäologie, das in eine wissenschaftliche Karriere mündete. Nach Auslaufen der Mitarbeiterstelle an einer Universität findet sie sich in der Rolle einer wissenschaftlichen Hilfskraft wieder, die auch Sekretariatsaufgaben zu erledigen hat, wofür sie überqualifiziert ist. Ihre Kopfschmerzen werden von ihrem Vorgesetzten weitgehend ignoriert:

Der hat das schon mitgekriegt mit dem Kopfweh, aber der will das nicht so wahrhaben. [...] Der kann sich das gar nicht vorstellen, wie das ist, weil der ist so ein Arbeitstier, unverwüsthlich, robust. [...] Wissenschaftler irgendwie, so immer so 'ne Berufung. (26: 11)

Obwohl ihr Habitus einer Leidgeprüften auch von Laien zu entziffern ist, zeigt Frau Sells Vorgesetzter kein Mitleid für ihre Kopfschmerzen. Ihre hohen Ansprüche an ihre Arbeit, die sich am Vorbild des akribischen Professors orientieren, und die unsichere berufliche Position stehen der effektiven Durchsetzung eines stabilen und auf bürokratischen Füßen stehenden Kopfschmerzarrangements entgegen. Die intrinsisch motivierte Arbeitsethik des akademischen Betriebs verhindert augenscheinlich, dass Frau Sell Ansprüche durchsetzen, sich etwa eine Auszeit bei Kopfschmerzen nehmen kann. Auch nach einem Aufenthalt in einer Schmerzklinik und nach der Intervention ihres Lebenspartners beim Vorgesetzten hat sich die Situation für sie nicht geändert. Ihre Migräne wird schlicht abgewiesen.

Das Beispiel von Frau Sell macht die Konfliktlinien in Migränearrangements deutlich, die sich so beschreiben lassen: Auf der einen Seite stehen Kolleginnen und Vorgesetzte, die an der Arbeitsfähigkeit unserer Informanten interessiert sind und die Kopfschmerzen für Alltagsbeschwerden halten, welche zu ertragen sind. Deren informelle Solidarität bezieht sich auf Beschwerden, die jeder einmal hat und die sie für normal halten. Sie sind nicht daran interessiert, dass aus Kopfschmerzen Pathologien werden und sie dadurch möglicherweise Nachteile und Mehrarbeit hinzunehmen hätten. Ihre Strategien laufen darauf hinaus, Kopfschmerzen als Alltagsbeschwerden zu relativieren, über die sie die informelle Kontrolle hätten und für die sie Sanktionsmöglichkeiten bereitstellen könnten.

Für unsere Informantinnen sind die Kopfschmerzen dagegen zu stark, als dass sie wie üblich arbeiten könnten. Mithilfe formeller Arrangements auf der Basis einer akzeptierten Pathologie entziehen sie sich den Zumutungen und der sozialen Kontrolle auf der Arbeitsstelle. Sie belassen ihre Kopfschmerzen nicht mehr dem Zufall und nehmen Schmerzdemonstrationen zum Anlass, Arrangements herbeizuführen, die Schonung, Zuwendung und Dispens gewährleisten, worin sie je nach den Reaktionen auf der Arbeitsstelle unterschiedlich erfolgreich sind. Die medizinischen Diagnosen ziehen eine deutliche Grenze zwischen Gesundheit, wozu auch Alltagsbeschwerden gehören, und Krankheit.

Neue Spielregeln: Subjektivität und Leistungsfähigkeit

Die Medikalisierung der Kopfschmerzen hat allerdings auch Nachteile: Unsere Informanten suchen zwar die Rücksichtnahme ihrer Kolleginnen, aber sie wollen sich auch nicht auf die Identität eines Migränikers als Masterstatus festlegen lassen oder, wenn dies nicht abwendbar ist, diese Identität zumindest mit positiven Eigenschaften besetzen. Man arbeitet immer noch in Leistungsketten, in denen die Arbeitsergebnisse durch Vorgesetzte einfach zu kontrollieren sind oder in denen sich in einem Team zugearbeitet wird. Jedenfalls wird bei Fehlzeiten die Arbeit durch die Kolleginnen mit zu erledigen sein, und man gilt als schwaches Glied in der Leistungskette. Somit richtet sich im Folgenden der Fokus auf rhetorische

Strategien, mithilfe derer dieses Dilemma gelöst werden soll, indem kommuniziert wird, dass der Sonderstatus, der Privilegierungen ermöglicht, desgleichen dafür steht, dass man ein kompetentes Mitglied der Leistungskette ist.

Die Deutungshoheit ihrer Kopfschmerzen erlangen unsere Informanten darüber, dass sie deren solipsistische Subjektivität behaupten, die nicht mit anderen geteilt werden kann: Zwar können die äußeren Zeichen für die Schmerzen dechiffriert werden, aber niemand könne sich darin einfühlen. Zunächst sehen es unsere Informantinnen als eine Zumutung, wenn ihre schweren Migräneschmerzen von den Kolleginnen als Alltagsbeschwerden missinterpretiert werden. Sie befestigen daher die durchlässige Grenze zwischen der Migräne und den Alltagskopfschmerzen, indem sie deren Differenz betonen: Alltagskopfschmerzen seien in der Regel leichter, eigentlich kaum erwähnenswert. Wegen solcher Kleinigkeiten bleibt man nicht der Arbeit fern. Hierbei verweisen sie auf ihre eigenen normalen Kopfschmerzen, die sie ebenfalls hätten. Diese werden dann aber demonstrativ herunterspielt und solcherart den dramatisierten Migränekopfschmerzen gegenübergestellt. Damit sichern sich unsere Informantinnen die Interpretationshoheit: Als Schmerzexperten kennen sie sowohl die Welt des normalen Kopfwehs als auch die Welt der pathologischen Migräne. Die Grenze dieser beiden Welten wird durch den Anspruch befestigt, dass ihre starken Kopfschmerzen individuell und subjektiv sind. Sie können zwar sichtbar gemacht werden, aber unsere Informantinnen bestreiten vehement, dass sie von anderen nachempfunden werden können. Der Anspruch auf Subjektivität wird mit der Behauptung untermauert, dass jeder Kopfschmerz anders sei. Migräne weist schließlich unendlich viele Symptomkonstellationen auf. Die differenzierte Symptomwahrnehmung unterstützt den Anspruch auf eine individualisierende Alleinstellung selbst gegenüber anderen Migränepatienten – jede Migräne ist eben unterschiedlich.

Darüber hinaus betonen unsere Informantinnen, besonders leidens-, vor allem aber leistungsfähig zu sein, wodurch sie hoffen, die Anerkennung der Kollegen zu erreichen und das Stigmatisierungsniveau herunterzuspielen. Zur Demonstration des Leidens gehört deshalb die Demonstration des Vermögens, Schmerzen auszuhalten. Man hat eben nicht einfach »Kopfweh«, sondern ganz starke Schmerzen. Zwar wird der Kopf dafür als vulnerabel dargestellt, ansonsten ist man aber nicht besonders schmerzempfindlich und kann einiges aushalten. In der Diktion des Überlebens einer Katastrophe werden Kopfschmerzen auf der Skala von eins bis zehn bei acht bis zehn verortet, oder man denkt über Selbstmord nach. Verteidigt wird sich gegen die Verharmlosung der Kopfschmerzen und gegen den Vorwurf, sie als Vorwand zu benutzen, um ungeliebte Tätigkeiten nicht ausüben zu müssen oder um Privilegien und Erleichterungen zu erhalten. Wiederholt wird unterstrichen, dass man sich trotz Migräne zur Arbeit quäle – um dann allerdings nach Hause geschickt zu werden – und sich nur bei starken Schmerzen krankmelde. In der Regel aber, so wird immer wieder betont, sei man in der Lage, sie auszuhalten.

Zusammen mit ihrer Leidensfähigkeit akzentuieren jene Informantinnen, die ihre Migräne auf der Arbeitsstelle veröffentlichen, auch ihre hohe Leistungsfähigkeit und weisen so den immer im Raum stehenden Verdacht der Simulation ab, den sie den Kollegen unterstellen. So setzten die Kopfschmerzen von Herrn Sulzbacher auch nicht aus heiterem Himmel ein, sondern in der anstrengenden Prüfungsphase während der Ausbildung. Nachdem er von der Migräne seines Vaters erfahren hat, stellt er dessen und seine eigene hohe Arbeitsethik heraus: »Viel Arbeit, wenig Vergnügen« (2: 18). Auch wenn ein Migräneanfall heraufziehe, »geh' ich lieber nochmal auf die Arbeit und schaff' ein bisschen was, weil man hat ja auch 'n Eigenanspruch« (25: 3f.). Selbst wenn die Kollegen Aufgaben für ihn übernehmen, »bleibt immer jede Menge Arbeit liegen, wenn man halt mal nicht da war. Ich muss es halt dann wieder aufarbeiten« (24: 11f.). Zur Demonstration seiner Robustheit gehört auch sein für biedere Angestelltenverhältnisse auffälliges Erscheinungsbild als Rocker mit Lederjacke und Nietengürtel und die Betonung seiner Männlichkeit.

Leistung als Krankheitswert

Für Herrn Sulzbacher sind Leistungs- und Belastbarkeit Eigenschaften, die mit seiner Person, aber nicht mit der Migräne verbunden sind. Vor allem die Angestellten unseres Samples aber nehmen medizinische Deutungsangebote auf und wenden sie an ihren Arbeitsstellen an, insbesondere jene, die in einer spezialistischen Kopfschmerzambulanz waren und dort gelernt haben, dass Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit Eigenschaften eines Migränikers sind. Frau Gude etwa, die »mit Migräne häufig arbeiten gegangen« (23: 2) ist, betont: »Du wirst hier [in der Klinik] keinen [Migränepatienten] sehen, dem du beim Laufen die Schuhe besohlen kannst« (22: 40f.). Für sie ist die Leistungsthematisierung zwar nicht nebensächlich, aber noch punktuell, bei anderen Informanten aus den Schmerzambulanz ist sie zentral. Das Neue ist hier, dass die Patienten gerade aufgrund der Migräne so leistungsfähig sind, womit das Verhältnis von Schmerz und Leistung umgekehrt wird. Bei den robusteren Arbeitern und den Ingenieurstudenten repräsentieren die Schmerzen die erbrachten Leistungen. Die Angestellten dagegen sehen die besondere Leistungsfähigkeit als offiziellen Teil der Krankheit.

In der Regel vermischen sich Vorstellungen von »Leistung trotz Migräne« und »Leistung wegen Migräne«. Herr Hellmann, ebenfalls Absolvent einer stationären Kopfschmerzambulanz, bringt für seine Arbeitsethik auch die Migräne ins Spiel:

Wenn ich achteinhalb Stunden gearbeitet hab' [...], dann kann ich nichts mehr leisten, weil ich den ganzen Tag bei zweihundertfünfzig Prozent gelaufen bin [...] Ich habe, wenn acht Stunden 'rum sind, eigentlich schon vierzehn Stunden gearbeitet, fünfzehn Stunden. (48f.: 29ff.)

Seine hohe Arbeitsmoral führt er auch gegenüber den Vorgesetzten an: »Was ich meinem Chef mal versucht hab' zu erklären [...], dass ich als Migräniker auch um einiges schneller arbeite als andere« (50: 25f.). Er beruft sich hier auf die Idee des »Migränegehirns«. Mit diesem Medizinargument kann Leistungsbereitschaft an den Arbeitsstellen bei Bedarf als pathologisch ausgespielt werden und festigt so die Migränearrangements. Damit werden gleichermaßen das Leiden und die Leistungsbereitschaft inszeniert. Mit anderen Worten: Es ist ein Zeichen der Krankheit, so viel und so effektiv zu arbeiten, aber gleichzeitig macht diese viele Arbeit krank.

Die Pathologisierung der Kopfschmerzen stößt allerdings auch auf Widerstände. Man könnte also vermuten, dass es zwischen unseren Informanten und ihren Kolleginnen missverständliche Deutungen der Grenzen zwischen den zu beherrschenden Alltagsbeschwerden und den Pathologien der Empfindlichkeit gibt und dass diese Grenzen ständig ausgehandelt werden. Um von den Kollegen nicht als Fehlbesetzung in der Leistungskette aufgefasst zu werden, stellen unsere Informantinnen die eigene Leistungsorientierung gerade mit der Abweichung – den Migränekopfschmerzen – heraus. Sie ändern damit die Regeln des Schmerzspiels, indem sie selbst die Pathologie und deren Merkmale bestimmen. Sowohl Belastbarkeit als auch Arbeitsunfähigkeit werden der Pathologie zugeschrieben und somit die üblichen Zuweisungen von gesund und krank unterlaufen. Damit machen sich unsere Informantinnen unangreifbar und stabilisieren sowohl ihre Arbeitsplatzrechte und als auch ihre Krankheitsprivilegien.

Die Beispiele zeigen, dass es durchaus harter Arbeit bedarf und nicht ohne Gefährdungen ist, zufriedenstellende Kopfschmerzarrangements herzustellen. Mit einer ärztlichen Diagnose wird die Pathologie abgesichert, deren korrespondierende Empfindungen verbalisiert werden und die in Inszenierungen des Leidens sowie der Leistungsfähigkeit Platz greift. Harte Arbeit auch deswegen, weil man nicht auf einen geteilten und selbstverständlichen Sinnhorizont der Empfindlichkeit bauen kann, sondern diesen erst als Migränesemantik durch entsprechend zu dechiffrierende Körperzeichen und durch Zusammenbrüche herstellen muss. In der Regel können sich unsere Informantinnen nicht auf ein solidarisches, gewachsenes Mitgefühl verlassen, zumal Organisationskalküle eben nicht auf expressiven Gefühlen basieren, sondern auf Sachlichkeit und auf dem Beweis, ein kompetentes Glied der Leistungskette zu sein. Die Reaktionen der Kollegen werden aktiv herbeigeführt – kaum etwas ist selbstverständlich daran –, zumal mit den Kopfschmerzen Störungen der Arbeitsabläufe und Irritationen verbunden sind. Wenn es gut läuft, können zumindest instrumentelle Vereinbarungen getroffen werden.

Die symbolische Abgrenzung zwischen den kollektiv geteilten Alltagsbeschwerden und der als subjektiv ausgespielten Pathologie gelingt allerdings nie gänzlich, wenn sowohl das Leiden als auch die Arbeitsfähigkeit darzustellen sind. Genau genommen schließt sich beides nämlich aus, sodass die getroffenen Arrangements

auf tönernen Füßen stehen, weshalb auch die Vehemenz und Entschlossenheit nicht erstaunlich sind, mit denen unsere Informantinnen ihre Ansprüche begründen. Ihre Verteidigungshaltung deutet darauf hin, dass sie im Grunde meinen, ihre Kopfschmerzen eben nicht als normale Missempfindungen beanspruchen zu können, und deswegen glauben, sie dauerhaft thematisieren zu müssen. Der beständige Hinweis auf ihre Leidens- und Leistungsfähigkeit ist letztendlich eine Defensivstrategie, mit der sie ihre unsichere Position überspielen.

3.5 Die solidarischen Empfindlichkeitsnetze der Sozialberufe

Das demonstrative Zurschaustellen von Kopfschmerzen hebt den Leidenden in der Beziehung zu anderen hervor und macht ihn zu etwas Besonderem. Dabei geht es um die Schmerzen selbst – indem sie zur Krankheit werden, gehören sie nicht mehr zum Alltag. Wir haben allerdings auch Informantinnen und Informanten im Sample, deren Schmerzäußerungen im Alltag eingewoben sind und bei denen Schmerzen Gegenstand sinnhafter Beziehungen zu anderen sind. Auch sie gehen zu Ärztinnen und lassen sich behandeln, aber trotz ihrer höheren Körperaufmerksamkeit und -empfindlichkeit stehen ihre Schmerzen nicht unter pathologischem Vorbehalt.

Der Kopfschmerz in sozialen Beziehungen

So fällt auf, dass einige Darstellungen von Kopfschmerzen emotional-sinnliche Elemente enthalten. Herr Bettenhausen (49 Jahre alt, Lehrer) erinnert sich an einen Migräneanfall während einer Autofahrt mit Kollegen: »Dann saßen wir da in einem Auto, die düsterten ja auch ein bisschen aus. Also da ist ja nicht so eine tolle Luft drin.« Diese Zuweisung eines auslösenden Umweltreizes wäre für das demonstrative Zurschaustellen typisch. Herr Bettenhausen fährt aber fort: Sein Kollege habe »von so einer Naturschutzfrau ziemlich eins auf den Deckel gekriegt. Die Stimmung war also irgendwie ein bisschen gedrückt, und da hatte ich das erste Mal so richtig Kopfschmerzen« (17: 9ff.).

Erinnert werden nicht nur die Art und Intensität der Schmerzen, ihr Auftauchen und Verschwinden, sondern auch Stimmungen, sinnliche Wahrnehmungen und Gefühle, zum Beispiel Aufregung und Gereiztheit, sowie die beteiligten Personen und deren moralische Zuschreibungen. Kopfschmerzen sind nicht nur einfach Schmerzen, sie werden auch in einen emotionalen, sinnlichen und atmosphärischen Rahmen gesetzt. Vor allem aber werden sie auf die Qualität der Beziehung zu anderen sowie auf kommunikative Handlungsfähigkeiten bezogen. Herr Bettenhausen berichtet, wie in seiner Partnerschaft mit Migräne umgegangen wird:

Tanja hatte auch Migräne. Von daher hatten wir auch viel Verständnis füreinander. Die hat es oft noch viel heftiger als mich erwischt, und wir hatten oft schon immer mal wieder so eine Wochenendmigräne. So wenn du denkst: »Jetzt kommt das Wochenende, wir können uns entspannen und erholen.« [...] Und Freitagabend oder Samstag liegst du mit Migräne im Bett. (33: 19ff.)

Mit der Migräne wird Zeit gemeinsam verbracht, das Paar lernt eine geteilte Schmerzsprache und geht fürsorglich und verständnisvoll miteinander um. Die Migräne bekommt als Teil der Partnerschaft ihre eigene Kontur und Aufmerksamkeit. Sie repräsentiert die Intimität und das gemeinsame Partnerschaftsprojekt der geteilten Empfindlichkeit. Aus diesem Grund wird sie, vielleicht nicht ganz nahtlos, in den Alltag eingebunden, bleibt dort und wird nicht weiter dramatisiert.

Auch Frau Schildbauer (53 Jahre alt, Psychologin), ein, wie sie selbst sagt, »kopflastiger Mensch« (12: 9), sieht das Problem ihrer Kopfschmerzen weniger in den Schmerzen als in der Störung sozialer Beziehungen:

Dass ich so das Gefühl habe, ich verblöde so ein bisschen im Kopf, weil mir das Denken schwer fällt. Ich kann nicht lesen, Unterhalten ist ziemlich schwer, das Zuhören anstrengend, und das Selbersprechen fällt mir schwer. (13: 10ff.)

Kopfschmerzen stören nicht nur soziale Beziehungen, Letztere werden auch als deren Ursache gedeutet. Heike (25 Jahre alt, Sozialwesenstudentin) erinnert sich an eine Kopfschmerzepisode, in der ihr Freund, von dem sie sich getrennt hat, »genervt hat« (20: 23ff.). Ella (18 Jahre alt, Sozialwesenstudentin) begründet ihre Kopfschmerzen, die »alle zwei Wochen ein- bis zweimal« auftreten und »aushaltbar« sind (14: 408ff.), mit Belastungen in sozialen Beziehungen:

Sind meistens irgendwelche Stresssituationen, weil meine Mutter jetzt auch krank ist. Das hat mich dann auch ziemlich gestresst, weil die jetzt schweres Rheuma hat und therapiert werden muss [...]. In letzter Zeit hatte ich auch etwas mehr Stress mit meinem Exfreund [...]. Er rennt mir die ganze Zeit her. Das ist halt etwas problematisch. (14: 420ff.)

Die Belastungsgegenüber werden nicht mehr (nur) in den Anstrengungen körperlicher Tätigkeit (wie in gewerblichen Berufen) oder der mentalen Konzentration (wie bei den Studierenden) gesehen, sondern auch in sinnlichen Reizen (ähnlich wie bei den traditionellen Angestellten) sowie – das zeichnet sie gegenüber den anderen Teilsamples aus – im Management sozialer Situationen, in der Selbstdarstellung und im Umgang mit anderen. Kopfschmerzen werden als Bestandteil sozialer Beziehungen betrachtet und als dort zugehörig vergemeinschaftet.

Kopfschmerzen stören allerdings nicht nur, sie verpflichten auch aufeinander. Diese Eigenschaft bekommen sie durch ihre sinnlichen Dimensionen. Frau Schild-

bauer berichtet von ihrem Sohn, der gelernt hat, ihre Kopfschmerzen anhand von Stimmungen und Launen zu erkennen:

Er ist zum Beispiel auch jemand, der mir fast als Erster oder Einziger oder bis auf ganz gute Freundinnen von mir auch anmerkt, wenn ich Migräne habe, auch wenn ich es verstecke. (23: 3ff.).

Kopfschmerzen werden in einem Netz sinnlicher Wahrnehmungen von anderen dechiffriert, worin sich die Qualität und die Intimität von Beziehungen manifestieren, an deren Deutung sich zeigt, wer dazugehört und wer nicht.

Nicht so sehr die Schmerzen scheinen das Problem zu sein, sondern die mangelnde Selbstkontrolle. Frau Bonifacio (37 Jahre alt, Erzieherin) sagt über ihre Kopfschmerzen: »Das kann ich gar nicht beeinflussen« (53: 12). Frau Martinson (53 Jahre alt, Sozialarbeiterin) fühlt sich den Migränekopfschmerzen »wahnsinnig ausgeliefert« (10: 19). Sie klagt darüber, »dass man völlig hilflos ist. Man kann nichts dagegen machen. Und wenn es kommt, dann kommt es eben immer natürlich zu den falschen Uhrzeiten« (13: 35ff.). Auch Frau Schildbauer »kann nicht planen« und hat deshalb »Kontrollverlust« (9: 13) hinzunehmen:

Ich bin irgendwie noch ein bisschen dünne im Kopf und diese ganz anderen Symptome sind da, aber die Schmerzen sind unangenehm, aber erträglich. (23: 33ff.)

Die Handlungsunfähigkeit durch die Kopfschmerzen beziehen unsere Informantinnen auf ihre Einschränkungen der Kommunikation und den Mangel, ihren emotionalen Ausdruck zu beherrschen, weniger auf die Schmerzen selbst oder die Unfähigkeit, Dinge zu erledigen. Sie deuten sich während der Kopfschmerzen nicht mehr als sie selbst, sondern fassen sich als fremd auf, als eine andere Person. Man ist mit den neueren Schmerzmitteln nicht nur deshalb zufrieden, weil sie Schmerzen lindern, sondern auch weil sie die Kontrolle über sich selbst zurückgeben.

Die Deutung der Kopfschmerzen als emotionale und soziale Störung spielt auch in die Arztkontakte hinein. Unsere Informantinnen sind mit ihren Ärztinnen dann zufrieden, wenn die emotionalen Aspekte für sie stimmen. Frau Martinson klagt über die unpersönliche Beziehung zu Ärzten in ihrem skandinavischen Heimatland im Gegensatz zu Deutschland, wo sie sich verstanden fühlt. Auch für Frau Schildbauer ist die persönliche Beziehung besonders wichtig: Wenn Ärzte nur Medikamente verordnen oder gut gemeinte Ratschläge geben, fühlt sie sich nicht ernst genommen. Für sie besteht eine sinnhafte Schmerzkommunikation darin, dass die Ärztin weiß, wie es ist, mit Schmerzen zu leben, denn sie möchte ihre Schmerzen nicht erst umständlich erklären müssen: »Nicht so [dass die Ärzte fragen]: ›Was haben Sie denn?« (43: 32f.). Das Leiden sollte in der Interaktion nicht erst aufwendig plausibilisiert werden, sondern als stillschweigendes Einverständnis vorhanden sein. Daher ist Schmerzplausibilisierung zu einem wesentlichen Teil Gefühlskommunikation im Bestätigen des Empfindens, das vom Gegenüber geteilt

wird. Das zeigt sich beim Kontakt mit einer Neurologin, mit der sie – im Gegensatz zu anderen Behandlern – sehr zufrieden ist:

Ich denke, sie macht das auch so vom Herzen. [...] [Sie] sagte: »Oh, Sie haben aber ganz schön viel Migräne und ich glaube, Sie haben noch viel mehr, als da drin [im Kopfschmerzkalender] steht. [...] Das ist ja ganz anstrengend für Sie.« [...] Sie hat das erst mal einfach gesagt. [...] Sie hat das gewürdigt. (33: 26ff.)

Unsere Informanten fühlen sich insbesondere dann verstanden, wenn ihre Ärzte selbst über Migräne klagen. Dagegen werden Arztbeziehungen, die die Schmerzerfahrungen nicht auf emotionale Weise aufnehmen und in denen nur auf einer instrumentellen Ebene reagiert wird, regelmäßig als gescheitert beschrieben. Unzureichend sind einfache Diagnosen (die man ohnehin schon kennt), die Verschreibung von Schmerzmitteln (von zweifelhafter Wirkung) oder Vorschriften zur Lebensführung (die kaum praktikabel sind): Frau Schildbauer beklagt sich über »Ärzte, die ja eben sagen im Prinzip: ›Warum lebst du auch so blöd, dass du so eine Krankheit hast?« (31: 23f.).

Diese Form des Schmerzzugangs, welche Emotionen, die Beziehungen zu anderen und Selbstkontrolle in der Vordergrund stellt, zeigt sich insbesondere bei den Angehörigen der Sozialberufe. Im Interview sprechen sie sehr elaboriert über ihre Kopfschmerzen, für die sie regelmäßig medizinische Versorgung in Anspruch nehmen und zudem in ihren Alltagsbeziehungen Verständigung erzielen. Auch für dieses Teilsample soll die These geprüft werden, dass die typischen Anforderungen auf die Deutungen von Kopfschmerzen rückwirken, dass sich also die Handlungsgrundlagen und die Notwendigkeiten der Dienstleistungsarbeit in den Eigensichten, Wahrnehmungen und Körperbildern unserer Informantinnen widerspiegeln und dass Kopfschmerzdeutungen und -praktiken mit dem Charakter von Tätigkeiten korrespondieren, deren Gegenstand soziale Beziehungen sind.

Geteilte Empfindlichkeit

In Berufen, in denen am und mit Menschen gearbeitet wird, sind die emotionalen Logiken der Familie Vorbild für Interaktionen sowie für die Art und Weise der Ausübung der Tätigkeiten. Die in den Familien eingeübte Fähigkeit von Empathie und Nachempfinden sowie eine auf Emotionalität beruhende Solidarität werden so auf das Erwerbsleben übertragen (Hochschild 1990, 2006, Ostner und Beck-Gernsheim 1996). Auf der Basis dieser Studien lässt sich zudem davon ausgehen, dass auch die Schmerzdeutungen in den Familien unserer Informantinnen aus den Sozialberufen Vorbild für deren Schmerzeinstellungen allgemein sind, die auf den Arbeitsstellen Platz greifen. Um diese These zu verfolgen und deren Relevanz für die Darstellung von Empfindlichkeiten zu zeigen, wird im Weiteren auf den Umgang mit Kopfschmerzen in den Familien sowie auf die Schmerzsozialisation eingegangen.

Es zeigt sich, dass Kopfschmerzen im Unterschied zu den anderen Teilsamples als signifikanter und legitimer Gegenstand des sozialen Austausches in familiären Beziehungen eingespeist sind – manchmal nur beiläufig, manchmal als ein herausragendes Merkmal.

Im Gegensatz zu den bisher untersuchten Milieus der gewerblichen Berufe, der Studierenden und der traditionellen Angestellten wurden die Schmerzäußerungen der Befragten aus den Sozialberufen in den Herkunftsfamilien nicht abgewiesen, sondern fanden vielfach positive Resonanz. Kopfschmerzen sind hier in die Interaktionskontexte eingewebt, was auf der gegenseitigen Anerkennung von Missempfindungen und Krankheiten basiert, die sich wie ein Netz über die familiären Beziehungen hinweg ausbreitet. In den Familien sind Kopfschmerzen nur eine von vielen Empfindlichkeitsproblemen, manchmal nicht einmal das maßgebliche. Ella hat Magenkrämpfe und Kreislaufprobleme, Susanne Neurodermitis, Frau Schildbauer Beschwerden nach der Menopause, Frau Martinson und Herr Bettenhausen haben Rückenschmerzen, und Frau Wert leidet zusätzlich zu ihren Kopfschmerzen unter Angstzuständen.

Die Beschwerden unserer Informantinnen gehen in das Gesamtvokabular der familiär geteilten Empfindlichkeiten und Krankheitssymptome ein. Verständigung wird dadurch erzielt, dass bei den anderen Familienmitgliedern ebenfalls Beschwerden und Krankheiten virulent sind. Genannt wurden, teilweise mehrfach, Adipositas, Rheuma, Migräne, Asthma, Allergien, Tinnitus, psychische Probleme, aber auch schwere chronische Erkrankungen wie Krebs und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Es wird sich gewohnheitsmäßig über die Symptome verständigt, die sich zu einer Körpersemantik der geteilten Empfindlichkeiten formieren. Die Verständigung über die Symptome ist ein bekannter und eingeführter Teil der Familiendiskurse und -realität, die Zugehörigkeit und Gruppenidentität sichert. Die Mitglieder verfügen über gemeinsame Deutungshorizonte, mit denen sie ihre Beschwerden belegen. Das können sie nur, wenn die jeweiligen Etiketten verstanden und erfolgreich angewendet werden. Wie man sich das Gewebe von Empfindlichkeiten vorstellen kann, wird anhand von zwei Fallbeispielen dargestellt.

Schmerzverständigung in Familien

Die Primärsozialisation von Sabrine (22 Jahre alt, Sozialwesenstudentin) ist noch nicht lange her, und im Gegensatz zu den älteren Informanten kann sie sich sehr gut an Kindheit und frühe Jugend erinnern und konkrete Episoden berichten. In ihrer Familie findet eine weitgehend affektiv motivierte Dauerthematisierung von Krankheit statt. Sabrine wuchs gemeinsam mit drei Geschwisterkindern auf. Ihr Vater ist Nordafrikaner und hatte mehrere Herzinfarkte, ihre Mutter, eine zum Islam konvertierte Deutsche, hatte starkes Übergewicht und Diabetes und

ist sehr plötzlich gestorben, als Sabrine 20 Jahre alt und schon ausgezogen war. Die Schwester und eine Großmutter leiden an Rheuma. Ihre beiden Brüder sind gesund. Im Interview bezieht sich Sabrine auf den Gesundheitszustand ihrer Eltern, als sie über ihre eigene körperliche Konstitution nachdenkt:

Meine Eltern [...] nehmen sehr viel Tabletten. Meine Mutter hat auch so immer dreißig Tabletten am Tag genommen. Und ich hab' immer [bezogen auf ihren eigenen Tablettenkonsum] gesagt: »Lieber eine weniger als zu viel.« Ja, man weiß ja nicht, was im Alter auf einen zukommt. (15: 490ff.)

Sabrine sieht sich in der Tradition ihrer Eltern. Krankheiten und Beschwerden sind für sie selbstverständlicher Bestandteil ihrer Biografie und ihrer biografischen Zukunft. Obwohl sie selbst von keiner ernsten Krankheit berichtet, konzeptioniert sie ihren Körper als verletzlich. Als Oberstufenschülerin im Gymnasium bekam Sabrine plötzlich starke Kopfschmerzen, die sie in den familiären Körpercode als Migränesymptome einwebte. Sie kann sich noch genau erinnern, als sie in ihrer Familie darüber klagte:

Die dachten, ich simuliere nur. [...] Aber wo sie gemerkt haben, dass ich weine und ja, diese ganzen Emotionen hab' [...], dass es halt echt ist, da ham sie mich auch immer so unterstützt und gesagt: »Ja, ich mach dir dein Zimmer fertig, geh' doch.« Haben mich immer gefragt, ob ich ›n Tee möchte oder irgendwas anderes. Haben auch nach mir geschaut. (14: 461ff.)

Die ersten beiden Male, als sie starke Migränekopfschmerzen bekam, hatten die Familienmitglieder nicht ernst genommen, da diese im Netz der in der Familie zirkulierenden Beschwerden noch nicht vorkamen. Sabrine verlieh ihrer Klage mit emotionalen Inszenierungen Nachdruck, und es gelang ihr beim dritten Mal, die Kopfschmerzen für alle anderen in Anschlag zu bringen und die ihres Erachtens angemessene Reaktion zu erhalten. Dafür bediente sie sich einer Sprache, die in der Familie verstanden wird – die der besonderen Empfindlichkeit –, und schloss an familiär bereits bekannte Formen der affektiven Authentifizierung an, denn die kranke Mutter »hat auch immer geweint, weil die Schmerzen so stark waren« (20: 652). Damit erhielt sie das erwartete Verständnis und installierte Kopfschmerzen als neues Element der familiären Empfindlichkeits- und Beziehungsrealität.

Es ist durchaus bezeichnend, dass Episoden von stärkeren Kopfschmerzen auf Anforderungen und Lebensereignisse bezogen sind. Sabrine begründet ihre Migränekopfschmerzen mit den Erwartungen der Eltern an ihre schulischen Leistungen:

Meine Eltern, die ham immer drauf gedrängt, dass ich's schaffe oder schaffen soll. Mein Abitur und so was, und da hatte ich immer diesen psychischen Druck im Hinterkopf. (12: 395ff.)

Allerdings ist es in der Familie auch sehr laut, und es gibt wenige Rückzugsmöglichkeiten, um in Ruhe zu lernen. Insofern ist das Freimachen ihres Zimmers eine Geste, in der sich über die Anerkennung der Kopfschmerzen die familiären Bildungsaspirationen repräsentieren. Das Streben nach Aufwärtsmobilität ist eben offizielle Familiendoktrin und Sabrines Migränekopfschmerz lässt sich als Einkörperung widersprüchlicher, hoch verdichteter kommunikativer, emotionaler und kultureller Anforderungen in der Familie definieren. Die hohe Identifikation mit der Familie drückt sich im geteilten Körper- und Gefühlscode aus. Ihr Kopfschmerz repräsentiert darüber hinaus die zwar offiziellen Aufstiegsaspirationen, die allerdings im Sinne des bürgerlichen Bildungsideals habituell verankert sind. Er ist solcherart die schmerzhafteste Einkörperung der widersprüchlichen Anforderungen. Sabine identifiziert sich mit dem rigiden, aber anfälligen Normensystem, aus dem sie gleichzeitig ausschert. Und nach dem Auszug aus dem Elternhaus mit seiner verdichteten sozialen Kontrolle bleiben die Kopfschmerzen weg. Zum einen ist sie mit den Widersprüchlichkeiten ihres Familienlebens nicht mehr direkt konfrontiert, und sie erfüllt mit ihrem Studium die offiziellen familiären Erwartungen, zum anderen fehlt durch den Tod der Mutter ein signifikanter Bezugspunkt im familiären Netz der Empfindlichkeiten für die Äußerung von Schmerzen.

Die Fallgeschichte von Susanne (31 Jahre alt, Sozialwesenstudentin) repräsentiert eine eher instrumentelle Schmerzklage, mit der sie die Hilfeleistung der Familie motiviert. Ihre Kopfschmerzen gehen in typische Routinen ein. Die zwei älteren Söhne im Alter von elf und neun Jahren wissen schon, was zu tun ist, wenn ihre Mutter stärkere Kopfschmerzen bekommt: »Die Großen sind dann auch schon so selbstständig, dass sie dann auch sagen: ›Ich verabrede mich, ich bin dann außer Haus« (I2 3: 112f.). Schließlich zieht sich Susanne in ein Zimmer zurück, das sie zusätzlich verdunkelt, und versucht zu schlafen. Ebenso hilft das Gegenteil, Bewegung an der frischen Luft. Der Impuls des Schmerzes wird in pragmatische Handlungsketten überführt – auch das gehört zum Vokabular der Schmerzen. Es wird um Ruhe gebeten und die familiäre Interaktion von störenden Anteilen bereinigt, etwa lärmende Kinder diszipliniert. Mit der Schmerzklage werden Routinen etabliert und Erwartungssicherheiten auch für Unvorhergesehenes geschaffen. Mit dem Rückzug in ruhige Räume werden Anforderungen schon im Voraus abgewiesen. Susanne muss allerdings für ihre fünf Kinder sorgen, wodurch die Möglichkeiten für eine Schmerzbekämpfung oftmals auf Pharmazeutika begrenzt sind.

Susannes Mutter hat ebenfalls Kopfschmerzen, worüber sich beide verständigen. Zwar sagt sie: »Es ist jetzt nicht so, dass wir jetzt da groß drüber reden und lamentieren und diskutieren« (I2 10: 439), aber sie fügt gleich hinzu: »Es wird dann halt immer mal wieder gesagt: ›Oh, heute hab' ich aber Kopfschmerzen!‹ Und: ›Boah, letzte Woche hatt' ich aber Kopfschmerzen!‹« (I2 10: 440). Die Darstellung der Beschwerden folgt Regeln, die festlegen, was akzeptiert und was nicht akzeptiert ist. Die reine Affirmation der Schmerzen allein wäre nur Klagsamkeit, die

auf Dauer nicht akzeptiert würde. Zu den Regeln der Darstellung der Schmerzen gehört deren rhetorische Relativierung, die gleichzeitig stillschweigende Verständigung ist. Die Gemeinsamkeit der Beschwerden muss aber eben doch hin und wieder reinszeniert werden. Dennoch sind sich unsere Informanten mit einer höheren Empfindlichkeit darüber im Klaren, dass ihre Klage Identität beschädigt und deshalb legitimationsbedürftig ist, was sie im Interview auch herausstellen. Die Klage um der Klage willen ist nicht anerkannt, aber ohne Klage geht es auch nicht. Es wird mit Anstand geklagt, indem Alltagsfähigkeit und das Vermögen, Schmerzen zu ertragen, rhetorisch klargestellt werden. Mit der Behauptung, tauglich für den Alltag zu sein, lassen sich Situationen verlassen, ohne des antisozialen Impulses angeklagt zu werden, sowie weitergehende Beschädigungen von Identität vorbeugen, etwa so: Die Kopfschmerzen sind überwältigend, obwohl man Schmerzen ansonsten gut erträgt.

Die semantischen Netze der Empfindlichkeit zwischen Schmerzklage und Schmerzrelativierung basieren aber nicht nur auf Rhetoriken, sondern auch auf Praktiken, beispielsweise dem Erteilen von Ratschlägen oder dem Einräumen von Rückzugsmöglichkeiten. Susanne erzählt:

Meine Mutter sagt halt nur, wenn ich sag': »Oh, ich hab' so Kopfschmerzen.« »Ja, dann nimm' doch ›ne Tablette.« So, das wird dann gesagt, oder: »Leg' dich doch mal hin.« (I2 11: 442f.)

Die Schmerzdarstellung ist in pragmatische Motive eingewoben, denn Susanne befindet sich in einer sehr unsicheren Lebenssituation. Ihr geschiedener Ehemann kümmert sich nicht um die gemeinsamen Kinder und zahlt auch keinen Unterhalt. Susanne benötigt dringend ihre Mutter und ihren Stiefvater als Unterstützung im Haushalt und bei der Betreuung der Kinder. Mit deren abrufbarer Hilfe im Hintergrund nimmt sie im Alter von 30 Jahren ein Studium auf, um der absehbaren Verarmung zu entgehen und zukünftig auf eigenen Beinen stehen zu können. Auch bei ihr ist die Schmerzklage an Leistung gekoppelt, allerdings nicht wegen, sondern trotz der Migräne. Kopfschmerzen sind eingebettet in ein System der gegenseitigen Hilfeleistung, hier der Familienarbeit und der Existenzsicherung. Sie sind kein Zeichen von Überforderung. Susanne geht nicht zum Arzt und lässt sich nicht krankschreiben.

Die Arbeit an den Gefühlen der anderen

Im Sample der personenbezogenen Dienstleistungsberufe dominiert zwar ein Sozialisationstyp, bei dem Schmerzen und Missempfindungen in der Herkunftsfamilie offen verhandelt wurden, das bedeutet aber nicht, dass jede Art von Schmerzen gleichermaßen Anerkennung gefunden hat. Zumindest gibt es im Unterschied zum alten Mittelstand ein Symbolsystem, das eine verfeinerte Ver-

stündigung über Empfindungen und Missempfindungen ermöglicht. Diese Art der Sozialisation steht im Einklang mit den kommunikativen Anforderungen in den Sozialberufen.

Dazu einige arbeitssoziologische Bemerkungen: In den Sozialbereichen sind die Produkte der Arbeit weder Gegenstände (wie im gewerblichen Bereich) noch Entscheidungen in bürokratischen Verfahren (wie im Büro), noch der einfache Geld-Waren-Tausch (wie im Einzelhandel). Vielmehr ist das Ziel der Arbeit die Behandlung und Veränderung anderer Menschen, wofür deren Standpunkte, Selbstbilder und Bedürfnisse beachtet werden müssen. Dieses zentrale Element der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit hat die Emotionssoziologie in den letzten Jahrzehnten mit den Begriffen Gefühlsarbeit und Gefühlsmanagement kritisch durchleuchtet und die neuen Interaktionskalküle nach dem Ideal der humanisierten Arbeit – das eigene Gefühl als Arbeitsmittel und das Gefühl der anderen als Arbeitsgegenstand – herausgearbeitet (z.B. Dunkel 1988, Hochschild 1990, Schröder 2017, Strauss et al. 1980). Nicht immer sind die Grenzen zu den klassischen Angestellten trennscharf, dennoch arbeiten Sozialarbeiterinnen, Lehrer, Pflegekräfte, Erzieherinnen, Psychologinnen sowie Kundenbetreuerinnen und Außendienstmitarbeiter sehr viel stärker als Sachbearbeiter und Einzelhandelsverkäuferinnen mit und an Menschen. Im Gegensatz zu den Büro- und Einzelhandelsangestellten (die ebenfalls mit Kundinnen arbeiten) verlangt die neuere Dienstleistungsorientierung höhere affektive Leistungen sowie umfangreiche kommunikative und emotionale Kompetenzen.

In der Arbeit an und mit Menschen wirken sowohl die Dienstleisterinnen als auch die Adressaten der Dienstleistung an der Herstellung des Gesamtproduktes, etwa Gesundheit, Wohlerhalten und Bildung, mit. Die Mitarbeit der Adressatinnen wird allerdings im Gesamtarbeitsverlauf erst hergestellt, was nicht selbstverständlich ist und eigener Arbeitslinien bedarf (z.B. Strauss et al. 1980). Um möglichst ihre freiwillige Mitarbeit zu erreichen, ohne die die Arbeit nicht oder nur sehr schlecht ausgeführt werden kann, müssen regelmäßig Widerstände überwunden, Klienten überzeugt, manchmal sogar – mit kommunikativen Mitteln – ihr Wille gebrochen werden. Jedenfalls wird bei ihnen ein Gefühl erzeugt, das im Einklang mit dem Arbeitsziel steht.

Zur Erreichung der offiziellen Arbeitsziele wirken daher die Dienstleistungsarbeiter auf Einstellungen, Affekte und Motive von Klientinnen, Kunden und Patientinnen ein. Beispiele für die Notwendigkeit, eine Kooperation der Adressaten herbeizuführen, sind das Verkaufen von Finanzdienstleistungen an unentschiedene und risikomeidende Kundinnen, das Durchführen schmerzhafter Pflgetätigkeiten im Krankenhaus, die soziale Arbeit mit arbeitslosen Jugendlichen, die ihren weiteren Lebensweg für perspektivlos halten, das Motivieren hospitalisierter geistig Behinderter zu Freizeitveranstaltungen, Schüler dazu anzuhalten, ihre Hausaufgaben zu erledigen, oder hochaltrige Patientinnen zur Einsicht zu bringen, dass

sie im Pflegeheim besser als zu Hause versorgt wären. Diese Beispiele zeigen, dass der Widerstand der Adressatinnen gegen die Dienstleistung je nach Motiv und Interessenlage unterschiedlich ausfällt. Sie können prinzipiell einverstanden sein, aber in Detailausführungen abweichen (z.B. bei Pfllegetätigkeiten), oder sie können offen gegen ihre Behandlung opponieren (wie bei den arbeitslosen Jugendlichen). Immer dann jedenfalls, wenn ein Widerstand zu brechen oder Überzeugungsarbeit zu leisten ist, werden die Gefühle, Motive und Einstellungen der Gegenüber strategisch moduliert. Dabei wird bei ihnen ein Gefühl erzeugt, das mit den Arbeitslinien und den Arbeitszielen im Einklang steht, aber nicht notwendigerweise ein angenehmes sein muss: Rechnungseintreiber erzeugen bei ihren Klienten das Gefühl der Furcht (Hochschild 1990), Verkäuferinnen von Finanzdienstleistungen mutmaßlich Zukunftsangst und Unsicherheit.

Wenn im Zuge der Erledigung von Arbeit keine Widerstände zu brechen oder keine neuen Überzeugungen herbeizuführen sind, braucht auch nicht an den Gefühlen der anderen gearbeitet zu werden. Das ist in der Regel in der Angestellten-tätigkeit der Sachbearbeiter oder der Verkäuferinnen der Fall. Entweder wissen die Kunden schon, was sie wollen, oder ihr Ansinnen kann ganz schlicht mit dem Verweis auf bürokratische Verfahren oder ökonomische Interessen erfüllt bzw. verweigert werden. Die Aushandlungsspielräume der Adressatinnen wie auch der Angestellten sind jedenfalls auf diese sachlichen Alternativen begrenzt. Kundinnen müssen nicht überzeugt werden, die Kooperationsbereitschaft ist entweder schon vorhanden oder braucht jedenfalls nicht extra herbeigeführt zu werden.

Kracauer (1971) und Mills (1955) beobachten in ihren klassischen Angestelltenstudien zwar ebenfalls gefühlsbezogenes Engagement – allerdings aufgesetzt als Fassade. Mit Hochschild (1990) lässt sich diese Art der Gefühlsarbeit als Oberflächenhandeln bezeichnen, das nicht die ganze Person erfasst und eher von der Verpflichtung an bürokratische Verfahren zeugt als von einem Interesse am Gegenüber. Außerhalb des üblichen Maßes an Anstand und Höflichkeit sowie der Identifikation mit der Organisation, die repräsentiert wird, ist für die Angestellten jedenfalls kein weiterer Einsatz von Gefühlen notwendig. Falls Kundinnen doch unzufrieden sein sollten, tritt die Gefühlsarbeitsteilung in Kraft: Die Beschwerdeführer werden mit dem Beschwerdemanagement an die dafür angestellten Überzeugungs- und Besänftigungsexpertinnen weitergeleitet, die dann versuchen, die Situation zu entschärfen. Während die klassischen Angestellten also noch auf die Herrschaft der Bürokratie und des Geldes pochen können, müssen sich die neueren Dienstleistungsberufe der Herrschaft der Gefühle unterwerfen.

Zum Hervorrufen der gewünschten Gefühle bei den Adressatinnen setzen Dienstleisterinnen also ihre eigenen Gefühle ein, die sie entsprechend der Arbeitsziele ebenfalls strategisch modulieren und auf die Situation abstimmen. Hochschild (1990) bezeichnet diese Form der Gefühlsarbeit als »deep acting« nach dem Vorbild einer Schule der Schauspielkunst, nach der sich die Schauspielerin

mit der dargestellten Figur zu identifizieren hat (Stanislawski 1996). Der Optimismus der Finanzleistungsverkäuferin, die Sorge des Krankenpflegers, die Autorität der Lehrerin, die Zuwendung des Erziehers sollen nicht nur ausgestrahlt, sondern auch tatsächlich von ihnen empfunden werden. Die Authentizität des Gefühls belegt die Authentizität der Identität (also dass man wirklich derjenige ist, den man darstellt) und gilt als Indikator nicht nur für die Hingabe an die Sache, sondern auch für die Hingabe an die Person des Gegenübers und ist ein Mittel, das zum gewünschten Ergebnis des sanften Überzeugens führt. Vermieden werden soll die Maske des falschen Gefühls, die, wenn sie enttarnt ist, auf Falschheit überhaupt hindeutet und dem Dienst an der Sache und der Person entgegensteht.

Emotional organisierte Arbeitsformen werden seit den 1970er-Jahren beobachtet. Die Arbeit an Menschen folgt seitdem nicht mehr nur nach bürokratischen Kalkülen oder wird paternalistisch exekutiert, sondern es werden je nach Bereich sanfte, therapeutische und scheinbar ungezwungene Methoden des Überzeugens und Konsensualisierens eingesetzt, um die notwendigen Kooperationen herbeizuführen. Selbstverständlich sind solche Tätigkeiten bürokratisch gerahmt, sogar weitaus dichter als in älteren Verhältnissen (etwa durch die Dokumentationspflicht in der Krankenpflege und in der Sozialarbeit). Insofern scheint das Anwachsen von Verrechtlichung und Emotionalisierung auf einem wechselseitigen Steigerungsverhältnis zu beruhen. Zwar braucht man in vielen Fällen nicht notwendigerweise die Mitarbeit der Kundinnen, aber das Durchsetzen der beruflichen Ansprüche gegen deren Widerstand und allein aufgrund bürokratischer Verfahren macht die Arbeit unnötig schwer und verstößt mehr und mehr gegen die Ideale von Partizipation und symmetrischen Beziehungen. Inzwischen läuft die offene Durchsetzung professioneller Herrschaftsansprüche ohne die affektive Abfederung den neueren Handlungsethiken zuwider. Die Kalküle gegenseitiger emotionaler Abstimmungen finden sich auch in flexibilisierten Bürotätigkeiten wieder, wenn sie projekt- und teambezogen organisiert sind und dadurch kontinuierliche kommunikative Absprachen erfordern (vgl. Böhle und Glaser 2006, Kleemann et al. 2003, Voß 1998).

Der Einsatz von Gefühlen in Arbeitsabläufen setzt eine hohe Reflexionsfähigkeit in Bezug auf soziale Situationen voraus, die nicht dem Zufall überlassen bleibt, sondern sich in der Regel methodisch angeeignet wird. Die Äußerung der richtigen Gefühle und deren Anwendung auf die Adressatinnen werden durch die Gefühlsordnung der jeweiligen Organisation sowie deren Leitbilder unterstützt. Die Blaupause für gefühlsbasierte Arbeitsformen liefert die psychologische Therapie, deren Gegenstände die Gefühle ihrer Patienten sind. Therapeutische Kenntnisbestände sind schon längst in die personenbezogene Dienstleistungsarbeit eingedrungen: psychologische Persönlichkeitsraster von Adressatinnen wie auch von Dienstleistern selbst, Verhaltensratgeber für Geschäftsleute, psychologische Verkaufsberatungen und Motivationsveranstaltungen sowie Seminare für Eigen- und Fremdwahrnehmung und Supervisionen für Sozialarbeiter, Ärztinnen und Pflegekräfte

(vgl. Illouz 2009, Rau 2016). Es kann davon ausgegangen werden, dass mit dem dort vermittelten Wissen auch die Ausdrucksfähigkeit für Körperempfindungen geschult wird. Sie bilden die geheimen und offiziellen Lehrpläne für das Training der Körperwahrnehmung sowie der Fähigkeit, Gefühle zu reflektieren. Supervisionen und Psychoseminare schärfen den Sinnes- und Wahrnehmungsapparat in Interaktionen und für Umweltreize sowie die Sensibilität für Stimmungen und den eigenen Körper. Der Körper und seine Sinne werden nicht nur empfindsamer, sondern die Empfindlichkeit verfügt auch über kommunikative Kanäle, mit denen sie sich Ausdruck verschafft.

Gespür für die anderen

Die konzeptionellen Bemerkungen zu den typischen Arbeitsanforderungen und Arbeitsbedingungen der personenbezogenen Dienstleistungsberufe sind nun auf das vorliegende Interviewmaterial anzuwenden. Den Sinn für die Empfindungen der anderen bringt Frau Kaiser (48 Jahre alt) zum Ausdruck. Sie gehört zwar als Sachbearbeiterin nominell zum traditionellen Angestelltenmilieu, arbeitet aber in einer Firma des neuen Dienstleistungstyps. Sie berichtet über die Arbeit ihrer Kollegen, die im Außendienst arbeiten, um ihre Produkte zu verkaufen:

Es sind viele Verkäufer. Also da ist schon sehr viel Gespür so für andere da, Antennen. Das ist ja auch deren Job: »Wie bring' ich mein Produkt irgendwo an 'n Mann? Wie ist der andere? Was kann ich da grad platzieren und loswerden?« Und ich denke schon, dass überwiegend ein sehr umsichtiger Umgang mit dem anderen da ist. (22: 33ff.)

Unsere Informantinnen beschreiben sich auch selbst mit affektiven Kategorien als anderen zugewandt und emphatisch. Frau Bonifacio sieht sich als »fröhliche und nette und immer arbeitende« Kollegin (46: 8) und sagt über sich: »Ich bin ja eher so der Empathiemensch, der sich absolut einfühlen kann, in dem, was der andere vielleicht dann fühlt und braucht« (43: 8ff.). Einfühlen in andere, um deren Bedürfnisse und Ansprüche zu erforschen, ist die markante Eigenschaft der Sozialberufe. Entsprechende Aussagen finden sich jedenfalls nicht im klassischen Angestelltenmilieu.

Solche Einstellungen greifen auch auf den Arbeitsstellen Platz. Unsere Informanten berichten von guten und privaten Kontakten unter den Kolleginnen, bei denen man über intime Kenntnisse verfügt, wie etwa Frau Böhm (55 Jahre alt, Erzieherin): »Ich hatte zwei Kolleginnen, die mir auch sehr nah waren, mit denen ich auch privat Kontakt hatte und wo wir auch so 'n bisschen so seelenverwandt waren« (21: 6ff.). Frau Kaiser kennt die Außendienstmitarbeiter aus dem Verkauf sehr genau, wenn sie sich beim Kaffee über Persönliches austauschen: »Es kommt eigentlich mindestens einmal am Tag jeder zu mir rein, sodass ich zu jedem so 'ne einzelne Beziehung habe« (22: 18ff.). Persönliche Beziehungen kommen zwar

in jedem anderen Büro auch vor, aber diese sind zufällig. In der Agentur, in der Frau Kaiser arbeitet, gehören sie zur üblichen Gefühlsordnung. So betont sie etwa die emotionalen und sozialen Qualitäten ihres Vorgesetzten: »Ich [...] habe einen Chef, [...] der Vater von vier Kindern ist, sehr viel pendelt, schon über Jahre, ein sehr verständnisvoller Mann, der wollte Pastor werden« (20: 5ff.).

Die Einbindung von Gefühlen als Arbeitsmittel und Arbeitsgegenstand hat Konsequenzen für die Deutungen des Körpers, denn dazu wird ein elaborierter Sprach- und Körpercode benötigt, der sich notwendigerweise nur mit empfindlichen Einstellungen verwirklichen lässt. Allein durch fortwährendes Nachspüren können solche gefühlbasierten Arbeiten erledigt werden. Das Verständnis vom Körper bezieht sich daher weniger auf dessen mechanische Belastbarkeit, sondern zunehmend auch auf affektiv definierte Befindlichkeiten. Auf die Frage, was sie unter Gesundheit versteht, antwortet Susanne: »Dass es mir gut geht, keine körperlichen Beschwerden hab', halt auch seelische Beschwerden gehören ja eigentlich auch zur Gesundheit« (8: 328f.).

Gesundheit wird in den Kontext des Gefühlslebens und der Wahrnehmung des eigenen Körpers gesetzt. Solche Vorstellungen stehen im Kontrast zu Vorstellungen robusterer Personen, die Gesundheit im Kontext der physischen Handlungsfähigkeit sehen. Für sie bedeutet Gesundheit vor allem, Aufgaben zu erfüllen. Bei den Angehörigen der Sozialberufe steht die körperliche Befindlichkeit dagegen unter Dauerbeobachtung. Der Körper gilt als gebrechlich, weshalb er mit Aufmerksamkeit bedacht wird (Boltanski 1976, Bourdieu 1982, Herzlich und Pierret 1991). Diese Aufmerksamkeit findet sich auch bei Frau Bonifacio:

[Ich habe] nicht über Sprache, sondern über Reize versucht, viel wahrzunehmen und zu verstehen. Also über Körpersprachen, dass man einfach andere Wege sucht wahrzunehmen und zu verstehen. Und sich vielleicht da zu sehr öffnet. (22: 979ff.)

Schmerzen kommen nicht plötzlich, weil eine Belastungsgrenze überschritten ist, sondern sie sind immer schon da, mal in geringer, mal in stärkerer Intensität – genauso wie Gefühl, Atmosphäre und Reize immer vorhanden sind. Was sich schon bei den klassischen Angestellten angedeutet hat, schreitet nun weiter voran: Gesundheit und Krankheit werden als Elemente auf einem Kontinuum gesehen und nicht als diskrete und voneinander abgrenzbare Erfahrungen.

Kopfschmerzen im Gewebe der Empfindlichkeiten

Die große Bedeutung des Gefühls für die offiziellen Inhalte ihrer Arbeit hat Konsequenzen für die Sicht unserer Informantinnen auf ihre Kopfschmerzen. Im Gegensatz zu den Angestellten berichten sie durchgängig von viel Verständnis der Kollegen für kopfschmerzbedingte Fehlzeiten. Dafür gibt es zwei Erklärungen. Unsere Informanten klagen nicht über ihre Kolleginnen, wenn sie als Alleinarbeiter

tätig sind und nicht in einer unmittelbaren Leistungskette arbeiten. So berichtet Frau Martinson über ihre zweite Tätigkeit als Schulsozialarbeiterin: »Wenn ich ausfiel, mussten die anderen nicht meinen Job machen. [...] Das musste ich dann aufarbeiten. [...] Kein anderer musste darunter leiden« (16: 21ff.). Für ihre Kollegen waren die Kopfschmerzen daher unproblematisch, und Frau Martinson vermutet nicht, dass sich hinter ihrem Rücken über ihre Fehlzeiten beschwert wurde. Im Gegensatz zu ihrer ersten Arbeitsstelle, wo man direkt zusammengearbeitet hatte, konnte sie bei einem Migräneanfall ohne Gewissensbisse nach Hause fahren. Frau Schildbauer und Herr Bettenhausen arbeiten ebenfalls allein und brauchen ihre Kopfschmerzen auf der Arbeit nicht in Stellung zu bringen.

Allerdings gibt es auch bei einer prinzipiell zugewandten und lockeren Arbeitsatmosphäre genauso wie bei den Angestellten Toleranzgrenzen, insbesondere wenn die Arbeit keinen Aufschub duldet und von anderen mit zu erledigen ist. Dazu zwei Beispiele: Frau Sell (47 Jahre alt) arbeitete in ihrem ersten Beruf als Erzieherin in einer Kindertagesstätte. Mit einer Kollegin, die ebenfalls Migräne hatte, konnte sie sich nicht solidarisieren:

Weil dann jede so halt ein bisschen die Starke sein wollte: »Ich komm' ja trotzdem.« Da haben wir uns eigentlich nicht so zusammengetan. (17: 19)

Obwohl sie das gern wollte, konnte Frau Sell keinen Anspruch auf Schonung geltend machen. Ein Leidenskollektiv stellte sich nicht ein, und die Schmerzkonzurrenz führte in eine Konkurrenz um die bessere Arbeitsmoral. Und Frau Martinson, die in ihrem ersten Job als Erzieherin ebenfalls in einer Kindertagesstätte gearbeitet hatte, schätzt ihre Kollegen so ein:

Ich hatte nicht das Gefühl, dass die beiden irgendwie so wirklich verstanden, was Migräne war. [...] Das hat denen schon genervt, dass ich viel gefehlt habe. Man hat das zwar nicht ausgesprochen, aber ich glaube das schon. (12: 12ff.)

Frau Martinson hatte das Gefühl, ihre Kolleginnen »denken jetzt, ich bleibe wieder zu Hause, weil ich ein bisschen Kopfschmerzen habe« (10: 23f.), und hatte wegen ihrer Fehlzeiten »ein schlechtes Gewissen, irgendwie, obwohl man selber weiß: ›Ja, ich war krank, irgendwie« (12: 20f.). Solche Episoden, in denen darüber berichtet wird, dass sich Kollegen beklagen oder Skepsis und mangelnde Akzeptanz der Kopfschmerzen vermutet wird, sind jedoch bei den Angehörigen der Sozialberufe selten und wurden in dieser Weise nur bei Frau Sell und Frau Martinson gefunden. Beide Beispiele zeigen Toleranzgrenzen bei der Duldung von Kopfschmerzen auf, die in den Sozialberufen weiter gefasst sind als in anderen Arbeitsmilieus.

Es gibt noch einen weiteren Grund, warum die Informantinnen des Samples bei ihren Kollegen auf mehr Verständnis für die Kopfschmerzen stoßen als in den Milieus, von denen bisher berichtet wurde: Die für personenbezogene Dienste typischen affektiven Orientierungen bilden einen schützenden Kokon, in dem vielfäl-

tige Alltagsbeschwerden und Leiden, auch von den anderen, zur Sprache gebracht werden. Frau Martinson erhielt in ihrer zweiten Anstellung als Schulsozialarbeiterin die Unterstützung ihres Direktors, der selbst Migräne hatte. Frau Wert (56 Jahre alt) arbeitet als stellvertretende Stationsleiterin in einem Pflegeheim und verortet ihre Kopfschmerzen als typische Belastungen des Pflegeberufes, für die sich im Team solidarisiert wird. Selbst für ihre psychosomatischen Leiden hat ihre Vorgesetzte Verständnis, die ihr wiederum von ihrer eigenen Therapieerfahrung berichtete. Es bestehen informelle Arrangements für den ständigen Austausch von Empfindlichkeiten, man kennt sich gut, manchmal auch privat, und weiß über den anderen Bescheid. Herr Bettenhausen kennt eine Kollegin mit Migräne, »die ist auch so eine Widderfrau, die leidet da auch drunter, die ist auch Lehrerin« (22: 32f.). Frau Kaiser berichtet von einem Kollegen, der mit Burn-out für längere Zeit krankgeschrieben war und mit dem der gesamte Kollegenkreis weiterhin in Kontakt stand:

Dass ich ihn gefragt habe, wie's ihm jetzt geht und ob es [die Rehabilitation] ihm gut getan hat und dass man also auch diese Schwelle als Außenstehender überschreitet, darüber zu sprechen: »Was war da eigentlich mit dir?« Und der war sehr dankbar, offen darüber reden zu können. (22: 27ff.)

In einer stabilen Atmosphäre der gegenseitigen Verständigung und des Verstehens von Empfindlichkeiten sowie der affektiven Solidarisierung ist es selbstverständlich, dass sich eine Auszeit genommen werden kann. Im Gegensatz zu den Angestellten pochen unsere Informantinnen daher nicht auf formelle Vereinbarungen, sondern regeln ihren Dispens informell, selbst wenn sie in einem Team arbeiten. In den sozialen Berufen werden Kopfschmerzen und andere Beschwerden offen geteilt, da sie zum für typisch gehaltenen Belastungsspektrum gehören. Das ist der Fall bei Erzieherinnen, für die Kopfschmerzen zum Berufsalltag dazugehören. Frau Bonifacio arbeitet in einer Kindertagesstätte und fühlt sich von ihren Kolleginnen verstanden, die sie, wenn sich ein Migräneanfall abzeichnet, frühzeitig nach Hause schicken. Unter Umständen werden auch die Adressatinnen der Dienstleistung in die Empfindlichkeitskommunikation einbezogen. Frau Bonifacio berichtet davon, wie ihr die Mutter eines Kindes bei einem Migräneanfall eine einstündige Kopfmassage verabreichte. Danach fühlte sie sich »wie unter Drogen. Irgendwie die Massage und die Tablette irgendwie. Ja, irgendwie war's 'ne gute Wirkung« (11: 466).

Die affektive Solidarität belässt die Kopfschmerzen unserer Informanten weitgehend auf der Seite der Alltagsbeschwerden, wofür Einzelfalllösungen vereinbart werden. Solche informellen Arrangements scheinen zumeist stabil zu sein, sodass keine formellen Arrangements auf der Basis von ärztlichen Attesten herbeigeführt werden müssen, wie es bei den klassischen Angestellten beschrieben wurde. Informantinnen, die in Teams arbeiten, etwa Pflegekräfte und Erzieherinnen, erhalten

sich die Toleranz ihrer Kolleginnen, indem sie bei Bedarf ebenfalls Dienste für ihre Kollegen übernehmen und so einen Ausgleich für ihre eigenen Fehlzeiten erreichen. Zentral ist dafür, dass Empfindlichkeiten und Missempfindungen anerkannt sind und dass es dafür eine Sprache gibt. Als Pathologie werden die Kopfschmerzen nur im äußersten Notfall ausgespielt. Stattdessen werden sie auf der Basis einer emotionalen Solidarisierung in einer quasifamiliären Gemeinschaft eingewoben.

Semantische Netze der Empfindlichkeit

Genauso wie bei den Angestellten erkennen die Kolleginnen die Migräne an den Körperzeichen, wobei sie wie bei Frau Kaiser sehr genau hinblicken: Ihre Kollegen »sagen schon mal: »Mein Gott, Ihre Augen sind ganz trüb und müde. Haben Sie Kopfschmerzen?«, und also das das sieht man mir an« (21: 1). Die Beschreibung, wie die Kollegen ihre Migräne erkennen, geht unmerklich in die Beschreibung ihrer eigenen Körperwahrnehmung über:

Man konzentriert sich dann sehr auf das, was man gerade zu erledigen hat. Ich weiß, dass ich dann auch ja irgendwie so kleine Schweißausbrüche kriege, aber so im eigenen Schweiß stehe und mich jede Bewegung Kraft kostet. Man ist so in der ganzen Bewegung sehr reduziert. Ich laufe sicherlich auch gefedert und nicht so forsch wie sonst. Also man läuft vorsichtiger. Da ich den Buckel krieg', diese Schmerzen hier oben sitzen, zieh' ich sicherlich auch noch die Schultern hoch. (21: 13ff.)

Frau Böhm erkennt die Migränekopfschmerzen ihrer beiden Kolleginnen an deren Physiognomie: »Vielen sieht man's ja hier mit so 'ner Falte« (21: 10f.). Ihre eigenen Kopfschmerzen deuten die Kollegen aus ihrer Wahrnehmung jedoch mit emotionalen Kategorien. Dafür spielen weniger Äußerlichkeiten, sondern Stimmungen, die gedämpft sind, und die Interaktionsbereitschaft, die zurückgenommen ist, eine Rolle:

Bei mir fehlt der Pepp, den ich sonst habe, der Schwung. Und dieses Einfachwie-meine-Art-ist. Ich lache gerne. Ich komme schon morgens rein und mach' irgend'nen Spaß, weil ich einfach so druff bin, und das merken die dann, wenn ich dann ruhiger bin und das ist ja auch so manchmal, wenn man sich nur zurücklehnt in so 'ner Runde und mal'n bisschen zuhört und die Leute, die erkennen: »Sag' mal, ist irgendwas? Ist irgendwas mit dir?«, sag' ich: »Nee, heute hör' ich mal nur zu.« Ungewohnt. Und die mich kennen, die sagen dann aber: »Okay«, oder die mich angucken und mich kennen, sagen dann: »Na, heute ist es aber wieder.« (21: 12ff.)

Frau Böhm berichtet hier nicht nur über Stimmungen, Verhalten, Ausdrucksfähigkeit und Selbstbilder, die sie an sich und bei anderen bemerkt. In ihrer Deutung bleiben Schmerzen nicht in einer Person, sondern gehen in einen Interaktionskon-

text ein, indem sie Empfindlichkeiten als gegenseitige Abstimmungen zwischen den Kolleginnen beobachtet. Man braucht weder stillschweigend noch demonstrativ Schmerzen darzustellen, man ist damit auch nicht allein, vielmehr gibt es innerhalb der Kollegenschaft ein Gespür für Stimmungen und Beschwerden, die in Gesten und in Worten Platz greifen, mit denen Verständigung erzielt wird.

Auch Informantinnen, die wegen sehr starker Migräne in Schmerzkliniken behandelt wurden, stellen ihre Schmerzen nicht in außerordentlichen Szenen der Leidenskrisen und Zusammenbrüche zur Schau, wie es bei den klassischen Angestellten beobachtet wurde. Die eigenen Beschwerden und die der anderen sind in diesem Gewebe nicht hierarchisiert – jeder hat eben sein Päckchen zu tragen. Und unsere Informantinnen berichten auch nicht über die Differenz der starken Migräne zu normalen Alltagsbeschwerden. Im Gegenteil, Frau Bonifacio stellt eher ein Kontinuum von ihren Spannungskopfschmerzen zur Migräne her: »Vielleicht hat sich das auch verschoben, dass es von Migräne zu Spannungskopfschmerzen eher wird« (40: 1788f.). Das Beispiel von ihrer Kopfmassage zeigt auch, dass Kopfschmerzen wie auch andere Beschwerden in akzeptierte Praktiken des emotionalen Austausches eingehen und dort sogar zufriedenstellend behandelt werden.

Mit den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten und dem Spürsinn für den eigenen Körper werden Kopfschmerzen in ein Netz von Empfindungen, Missempfindungen und Beschwerden eingewoben. Sie verschwinden dort aber nicht einfach, sondern werden mit Deutungen versehen, aus denen sich die eigene Deutungsform der Migräne herauskristallisiert, die im semantischen Netz der Empfindlichkeiten dem Einzelnen seinen Platz zuweist und seine Individualität sichert. In die Schmerzinteraktion gehen Solidarität und Affektivität ein, durch die sich auf soziale Beziehungen verpflichtet wird und durch die sich Erwartungssicherheiten stabilisieren.

Die Darstellungen der Kopfschmerzen folgen sowohl den Kalkülen affektiv-expressiven Handelns als auch denen der pragmatisch-instrumentellen Zielerreichung. Jeder weiß, wie man sich zu verhalten hat, ob ein Rückzug einzuleiten oder Zuwendung zu geben ist. Gleichzeitig kennt jeder den aktuellen Gefühls- und Empfindlichkeitsstatus sowie die Belastungsanforderungen der anderen. Man ist über die anderen genervt und versteht sich dann wieder, man verabreicht sich gegenseitig Massagen oder zieht sich zurück. Dementsprechend ist auch die Bewältigung in sozialen Interaktionen zu suchen – als affektuelles Handeln der Affirmation von Beziehungen.

3.6 Die kapitalisierte Empfindlichkeit der Selbstverwirklichung

Für den größten Teil unseres Gesamtsamples dominiert die Einstellung von Kopfschmerzen als distinkter, eigenständiger Empfindung, die entweder All-

tagsbeschwerde ist oder mit einem pathologischen Etikett versehen wird. Die Angehörigen des alten Mittelstands und die Studierenden sehen Kopfschmerzen eher als Alltagsbeschwerde, die Angestellten dagegen eher als Krankheit. Diese binäre Codierung löst sich aber für die Sozialberufe auf, wo Kopfschmerzen in den gesamten Empfindungskomplex eingehen und so ihre distinkte Qualität verlieren. Im Kapitel werden Schmerzdeutungen thematisiert, bei denen die Auflösung des binären Codes weiter vorangetrieben wird. Empfindlichkeit und Schmerzaufmerksamkeit werden zur Grundlage biografischer Deutungen und zu Orientierungen im Lebensentwurf. Dazu zunächst ein Fallbeispiel:

Die selbstverwirklichte Krankenschwester

Frau Blankartz-König (58 Jahre alt, Krankenschwester) berichtet im Interview über einen Migräneanfall, bei dem sie zu Hause geblieben und nicht zur Arbeit gegangen ist. Dies veranlasst sie dazu, über ihr eigenes Verhältnis zur Migräne und die Reaktion der Kolleginnen nachzudenken:

Es ging bei mir um mangelnde Abgrenzung. Ich war nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen und Nein zu sagen, weil ich ein sehr schlechtes Gewissen hatte. Denn ich bin ja Menschen gegenübergetreten, die das auch nicht respektiert haben, wenn ich mich krank gemeldet habe: »Du hast uns im Stich gelassen.« Das ist absurd, das stimmt ja nicht. Die sind sozusagen in die Fußstapfen meiner Mutter, also in die Mutterübertragung geraten. Dann hab' ich ein massiv schlechtes Gewissen bekommen: »Ja, die haben recht. Ich hab' die im Stich gelassen.« Natürlich nicht! Ich lasse niemanden im Stich! (21: 5ff.)

Die Kopfschmerzen werden von Frau Blankartz-König in den Kontext der Arbeit gesetzt, und sie fragt wie der Chirurg Leo Davidoff nach Alltagsfähigkeit und Leistung, nur gibt sie eine andere Antwort darauf als er. Sie demonstriert nicht die Stärke, die Schmerzen zu ertragen und damit weiterzuarbeiten, sondern sucht nach Begründungen, um Krankenrechte in Anspruch nehmen zu können. Zudem wehrt sie sich gegen ihr schlechtes Gewissen, weil sie nicht zur Arbeit erschienen ist. Ausgehend von Überlegungen zu ihren Pflichten und ihrem Beitrag zum Kollektiv (die noch die Motive der traditionellen Angestellten sind), kommt sie zu dem Schluss, sich davon abgrenzen zu müssen. Damit stellt sie sich selbst in den Mittelpunkt ihrer Erzählung.

Die Frage nach der Alltagsfähigkeit, die von ihr erwartete Arbeit zu verrichten, verknüpft Frau Blankartz-König genauso wie Davidoff mit Fragen des Charakters, der Erziehung und der Biografie. Im Gegensatz zu ihm bemüht sie sich allerdings nicht, Kopfschmerzen als Teil des Alltags zu normalisieren und sie so (trotz der Unannehmlichkeit) zum Verschwinden zu bringen. Davidoff stört dagegen nur der Schmerz. Die generative Aufladung der Migräne ist für ihn nebensächlich und kei-

ne Identitätsdisposition, auf die er festgelegt wäre. Er kann sich nur daran beweisen, dass er fähig ist, Schmerzen zu ertragen. Frau Blankartz-König belegt Migräne dagegen mit biografischen Deutungen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche ausdehnen und sie miteinander verknüpfen: Arbeit, Familie und Biografie. Kopfschmerzen werden zu einem Element im Identitätsprojekt und zu einer Münze, die im Geschäft des Lebens ausgespielt werden kann.

Frau Blankartz-König repräsentiert eine neue Form des Sprechens über und des Fühlens von Kopfschmerzen. Anstatt dass die Migräne im Alltag verschwindet oder in biomedizinischen Pathologien herausgestellt wird, geht sie in therapeutischen Diskursen auf, deren zentraler Gegenstand das Selbst und deren zentrales Thema das eigene Leid ist. Dazu müssen Kopfschmerzen aber erst einmal in spezifischer Weise empfunden, herausgearbeitet und konturiert werden, und zwar als ein Leiden am Selbst. Im therapeutisch definierten Leid vervielfältigen Kopfschmerzen ihre Deutungen und verschwinden möglicherweise sogar in der Vielfalt der Symptome, so wie bei Frau Blankartz-König, die von sich sagt, dass sie nach der Psychotherapie keine Migräne mehr habe, weil sie ihren Mutterkonflikt gelöst habe.

Dieser Pfad des therapeutischen Einflusses auf die Modulation und die Deutung von Kopfschmerzen soll nun weiterverfolgt werden. Tatsächlich haben einige wenige Informantinnen des Gesamtsamples therapeutisch-psychologische Deutungen zum zentralen Thema ihres Lebensentwurfs gemacht und darauf basierend eigene Deutungen ihrer Empfindlichkeit entwickelt. Antje Völkers, selbstständige Kommunikationstrainerin, Herr Senft, selbstständiger Erlebnispädagoge, Frau Melcher, Sozialwesenstudentin, Karin Rose, Mitinhaberin eines Bioladens, und Frau Blankartz-König, Krankenschwester auf einer psychosomatischen Station, haben gemeinsam, dass ihre Lebensentwürfe stärker als bei den Angehörigen der Sozialberufe auf therapeutischen Vorstellungen alternativer Szenen und auf der Verwirklichung des eigenen Selbst basieren. Sie thematisieren ihr Selbst über die Figuration der Therapie, in der Gefühle und überhaupt das Körpersensorium zum zentralen Motiv bei der Deutung des eigenen Lebens werden.

Zunächst ist darzustellen, wie das therapeutische Narrativ überhaupt signifikanter Teil von Identitätsausstattungen wird. Schließlich sind die Mechanismen aufzuzeigen, mit denen das Therapeutische als Empfindlichkeitskonstruktion im Individuum Platz greift und sich mit Kopfschmerzdeutungen verbindet. Leitend ist eine kultursoziologische Perspektive, mit der die Wirkungen des Therapeutischen als Praxis und als soziales Narrativ des Emotionalen rekonstruiert und ihr präskriptiver und legitimierender Charakter sowohl für Lebensentwürfe als auch für die Deutung von Kopfschmerzen herausgearbeitet werden.

Therapiekultur

Das Therapeutische ist in unserer Gesellschaft als dominantes kulturelles Skript konzipiert, so wie es etwa Furedi (1998), Illouz (2009) und Sennett (1987) vorgeschlagen haben. Es bildet vor allem für die Angehörigen des Milieus der Selbstverwirklichung, wie es etwa von Schulze (1992: 312-321) charakterisiert wurde, den Rahmen für neue Deutungen von Innerlichkeit und Körper sowie von Empfindungen und Missempfindungen. Der Ausdruck des verwirklichten, wahren Selbst basiert dabei auf dem methodisch – d.h. therapeutisch – angeeigneten Ausdruck authentischer Emotionalität, der für die Arbeit am eigenen Selbst, an Individualität und an Subjektivität steht.

Medium und Gegenstand der Therapie sind also Gefühle, die das Selbst repräsentieren und nicht mehr nur dem Privaten vorbehalten sind. Durch die Einbettung der »Therapiekultur« (Furedi 1998) in die Lebensführung wird die Trennung von Privatem und Beruflichem aufgehoben. Intrinsische Motive der Persönlichkeitsgestaltung leiten die Teilnahme am Erwerbsleben, das nicht nur zur Sicherung des Einkommens dient, sondern auch Erlebnis- und Gefühlsbedürfnisse wie Wohlbefinden und Zufriedenheit zu bedienen hat. Die berufliche Tätigkeit ist mit dem Anspruch einer Verwirklichung des authentischen Selbst verbunden.

Authentizität ist jedoch sozial herbeigeführt und unterliegt einem Ordnungs- und Konstruktionsprozess. Unternehmen, die sich der Authentizitätsnorm verschrieben haben, halten, um ihre Gefühlsordnung durchzusetzen, eigene Verfahren vor: Supervision, Kommunikationsseminare und psychologisch informierte Organisationsberatung. Sie zielen selbstverständlich auf Gewinnoptimierung sowie auf Außenwirkung, aber sie methodisieren eben auch Gefühlsmanagement im Sinne der Organisationskalküle. Gefühle sind als offizieller Arbeitsgegenstand anerkannt: Ihre Äußerung erzeugt Bindung, betriebliche Identifikation, intrinsische Motivation im Sinne der jeweiligen Organisationskultur, persönliche Hingabe an das Organisationsziel sowie Anteilnahme an den Arbeitsverfahren. Beispiele für Organisationsideologien mit emotionalen Inhalten des Wohlfühlens, der Kreativität und der Selbstbestimmung sind Palliativ- und Hospizversorgung, Psychosomatik und alternative Medizin, Sozialpädagogik und Sozialarbeit mit psychologischen Arbeitsinhalten, Verkaufseinrichtungen der Ökobewegung und Kulturprojekte der linksalternativen Szene, die Werbeindustrie sowie einige Unternehmen der Informationstechnologie oder junge Start-ups (vgl. Illouz 2009).

Therapieorientierung soll hier zunächst nicht als Pathologisierung sozialer Probleme aufgefasst werden. Vielmehr ist sie ein Schema für die Lösung persönlicher und familiärer Probleme sowie eine Leitorientierung für Berufe, deren Aufgabe in der Arbeit mit und am Menschen besteht. Gleichzeitig grenzen die neuen Deutungen von anderen Milieus ab, aus denen man kommt, insbesondere vom alten Mittelstand. Insofern manifestieren sich in der Übernahme therapeutischer Hal-

tungen biografische Brüche, Milieuwechsel und Lebenschancen. So sind etwa die Dispositionen in den sozialen Milieus ungleich verteilt, mit denen Emotionalität und Empfindungen ausgedrückt, an therapeutischen Praktiken teilgenommen und Ansprüche durchgesetzt werden können (Illouz 2009, Schulze 1992). In einigen Erwerbsebenen, etwa dem Versand- oder dem Gaststätten- und Hotelgewerbe, stellt sich zumindest für die geringqualifizierten Tätigkeiten kaum die Frage nach Selbstverwirklichung. Das Therapeutische soll als diskriminierende Disziplinartechnik aufgefasst werden, mit denen soziale Klassifikationen produziert werden, die sich in sozialen Milieus unterschiedlich realisieren.

Abweichungen von Normallebensentwürfen

Nach dieser konzeptionellen Verortung ist auf die Lebenswelt unserer Befragten zurückzukommen. Es ist auffällig, dass alle Informantinnen dieses Teilsamples Einschnitte und Veränderungen in den Familien- und Berufsbiografien vorweisen, die vom Normallebenslauf abweichen, was mit den Analysen von Lebensverläufen in der spätmodernen Gesellschaft korrespondiert (z.B. Beck 1986, Giddens 1991, Sennett 1998). Dazu das Fallbeispiel von Herrn Senft.

Herr Senft (49 Jahre alt) hatte sich als Mitdreißiger von einem einfachen Außendienstmitarbeiter in eine leitende Managementfunktion im Vertrieb eines Verlages hochgearbeitet, sich dort aber mit der Zeit immer weniger wohl gefühlt. Inzwischen geschieden, kündigte er im Alter von 45 Jahren seine Stelle und gründete mit einigen Mitstreitern ein kleines Unternehmen für Erlebnispädagogik. Die Firma bietet Wanderungen, Freizeiten und Erlebnistouren für Kinder, Jugendliche und Erwachsene an:

Wir machen halt auch Wanderungen, wo's einfach, wo man quasi nur mit Schlafsack und Rucksack oder so rausgeht und sich dann versucht, eben auch unterwegs dann irgendwie zu ernähren, Sachen zuzubereiten. (4: 32ff.)

Herr Senft sieht selbst, dass er sich im Vergleich zu früher in einer unsicheren ökonomischen Lage befindet, obwohl er sicher nicht weniger arbeitet und viel Verantwortung übernimmt. Wildnispädagogik ist ein Gut-Wetter-Geschäft, für das es im Winter kaum Nachfrage gibt, und er klagt über die geringe Bereitschaft der Kunden, mehr Geld dafür auszugeben. Herr Senft schätzt ein, dass sein »Lebensstandard [...] nach herkömmlichen Maßstäben erheblich gesunken ist, einfach was Geld und die ganzen Sachen angeht« (3: 26ff.). Trotzdem ist er hochzufrieden mit seinem neuen Projekt: »Ich möchte nichts anderes machen« (3: 24). Mit seiner Tätigkeit haben sich Wertigkeiten und normative Orientierungen geändert. Er übernimmt postmaterielle Einstellungen: »Für mich hat Lebensstandard oder Lebensqualität einfach eine andere Bedeutung gewonnen« (3: 29f.). Seine ökonomisch unsichere Situation spielt Herr Senft mit der Kopfschmerzmetapher herunter:

Wenn halt mal kein Geld auf dem Konto ist, dann ist kein Geld. Da kann ich dann Verspannungen und Kopfschmerzen drüber kriegen, aber ich kann's nicht ändern. (58: 16ff.)

Auch für die anderen Informantinnen führen familiäre und berufliche Brüche in unsichere ökonomische, aber selbstbestimmte Lebenslagen. Die Ausnahme ist Frau Blankartz-König, die von der neurologischen Station auf die psychosomatische wechselt, ihre berufliche Stellung festigen und ihre partnerschaftlichen Probleme lösen kann. Für den neuen Lebensentwurf sind durchaus intrinsische Motive zu vermuten: Materielle Sicherheit und der sozioökonomische Status wurden eingetauscht gegen ideelle Werte oder nichtmaterielle Distinktionsvorteile. Hier einige Beispiele:

Antje Völkers (49 Jahre alt) kündigte, nachdem sich ihr Ehemann von ihr getrennt hatte, im Alter von 41 Jahren ihre gut dotierte Stelle als Pressereferentin, bereiste für ein Jahr mit dem Rucksack die Welt und machte sich anschließend als Kommunikationscoach selbstständig. Andere Informantinnen geraten weniger selbstbestimmt in die alternative Sozial- und Kreativwirtschaft. Sie machen aus der Not eine Tugend: Nach der Trennung von ihrem Ehemann kündigte Karin Rose ihre Stellung als Teilzeitverkäuferin, zog mit beiden Kindern an den Heimatort zurück und wurde Mitinhaberin eines Bioladens. Frau Melcher trennte sich von ihrem bevormundenden Ehemann und Vater des gemeinsamen Kindes und begann ein Sozialwesenstudium, das der Ehemann ihr zuvor verboten hatte.

Die Informanten dieses Samples ändern ihren kompletten Lebensentwurf: Man trennt sich vom Partner oder der Partnerin, lebt alleinerziehend, verringert den Kontakt zu den Eltern, zieht an einen anderen Ort, wechselt den Beruf und den Arbeitgeber oder wird mit einer kleinen Firma bei ungewissen Kapitalisierungschancen selbstständig. Die neue Situation könnte befreiend sein, auch weil sie neue Perspektiven und Herausforderungen bietet. Sie ist aber auch mit unsicheren Lebensverhältnissen verbunden, wenn Verlässlichkeiten unverbindlicher werden, wenn sich soziale Bindungen destabilisieren, Einkommen sich verringern, wenn die Haushalts- und Familienarbeiten mit keinem Partner mehr geteilt oder der gewohnte Lebensstil nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Der Wechsel in therapie-nahe Arbeitsbereiche geht einher mit biografischen Brüchen und kritischen Lebensereignissen sowie mit teilweise forcierten (und nicht immer gewollten) Individualisierungsprozessen.

Karin Rose (zwei Kinder) und Frau Melcher (ein Kind) haben sich vom Ehemann getrennt, der jeweils für den größten Anteil am Haushaltseinkommen sorgte. Sie müssen nun selbstständig für sich und ihre Kinder sorgen. Beide Frauen sehen Erwerbschancen in den emotional-kommunikativen bzw. alternativen Bereichen und wollen als Angehörige der Mittelschichten und mit Bildungsaspirationen nicht in Berufen mit geringem sozialem Prestige (etwa als Kassiererin oder Reinigungs-

kraft) arbeiten. Insbesondere wenn noch für Kinder zu sorgen ist, bieten Arbeitsplätze im kreativen Dienstleistungssektor, ob selbstständig oder angestellt, eine höhere Flexibilität der Arbeitszeiten und des Arbeitsaufkommens als konventionelle Arbeitsverhältnisse (vgl. Koppetsch 2006).

Aber auch das Gegenteil, nämlich wenig finanzielle Verpflichtungen, kann das Motiv für die Entscheidung zu einem neuen, unabhängigen Lebensentwurf sein. Das ist der Fall bei Antje Völkers oder Herrn Senft. Dessen Ehefrau war nach der Trennung durch eine Wiederverheiratung gut abgesichert, er ist keine neue Dauerpartnerschaft eingegangen, und sein Sohn wurde erwachsen. Ohne diese Verbindlichkeiten ist er nun in der Lage, das zu tun, was ihm Spaß macht.

Alternative, kreative oder therapienahe Arbeitsmilieus sind aufgrund ihrer Toleranz zumindest teilweise ein Auffangbecken für Personen mit abweichenden Berufs- und Familienbiografien. Oder, etwas positiver formuliert: Sie sind offenbar attraktiv für Personen, die sich in Freisetzung- und Individualisierungsprozessen befinden und über ein mittelhohes kulturelles Kapital verfügen. Die neuen Lebensverhältnisse schlagen sich nicht nur kognitiv und moralisch in neuen Einstellungen nieder, etwa in ideologischen und politischen Verortungen, sondern auch in einer neuen Einstellung zum Körper, die sich in den Empfindlichkeiten und deren Spüren äußern. Der Weg vom Normalentwurf zur Selbstverwirklichung läuft über zwei miteinander verknüpfte Stränge: die Erwerbs- und die Familienkarriere. Mit beidem sind unsere Informantinnen unzufrieden. Zunächst wird sich der Erwerbsarbeit zugewendet.

Unzufrieden mit der Arbeitsstelle

Vor dem Wechsel arbeiteten unsere Informanten in konventionellen Dienstleistungsberufen mit hohen kommunikativen Anteilen: Herr Senft als Außendienstmitarbeiter, dann als Vertriebsmanager, Frau Blankartz-König als Krankenschwester, Karin Rose als Verkäuferin in einer Buchhandlung und in einem Teeladen, Antje Völkers als Pressereferentin. Die Kommunikationsdichte in diesen Arbeitsbereichen erfordert emotionale Ausdrucksfähigkeit, ohne die die Arbeit nicht zu erledigen wäre, etwa durch die Notwendigkeit, auf Kunden, Klienten oder Patienten einzugehen. Dabei geht Gefühlsarbeit weit über das übliche Maß an Höflichkeit und Anstand hinaus und wird zum Arbeitsmittel, so wie es auch für die Sozialberufe dargelegt wurde. Die Notwendigkeit, Gefühlsarbeit zu leisten, wird zusätzlich verstärkt, wenn die verkauften Produkte selbst mit Gefühlen, Stimmungen und Erlebnisinhalten assoziiert sind, wie es etwa Hochschild (1990) für die Arbeit von Flugbegleiterinnen gezeigt hat.

In konventionellen Dienstleistungsunternehmen überwiegt hingegen eine sachbezogene bürokratische Gefühlsordnung, in der Gefühlsarbeit selbstverständlich miterledigt wird, ohne dass sie als offizieller Arbeitsinhalt definiert ist und

ohne dass es dafür eine methodische Anleitung gibt. Die alltagsweltliche Auffassung von Gefühlseinsatz wird direkt auf die Erwerbstätigkeit angewendet (vgl. Hochschild 1990). Die widersprüchliche Situation zwischen der Notwendigkeit von Gefühlsarbeit und dem gleichzeitigen Mangel an Anerkennung sowie an Ressourcen dafür verschärft sich noch, wenn der Verkauf einer Dienstleistung, etwa dem gepflegten Körper (Krankenpflege), von Ordnung (Sozialarbeit), Information (Pressearbeit) oder Büchern (Vertrieb, Handel) zusätzlich den Verkauf von Erlebnisinhalten erfordert.

Das Herbeiführen von Wohlgefühl ist dann nicht mehr nur ein Mittel, um die Arbeit besser zu bewältigen, wie im Fall der Sozialberufe, sondern Wohlgefühl wird selbst zu einer Ware. Wenn Erlebnisinhalte zu verkaufen sind, die dann Gegenstände von Gewinnorientierung werden, sind die Arbeiterinnen weitergehenden emotionalen Anforderungen ausgesetzt. Zwar sind Gefühl und Erleben akzeptierte Produkte der Arbeit, gleichzeitig wird den Arbeitern von den Unternehmen nicht die notwendige Handlungsgrundlage in Form von Zeit, der Anerkennung im Rahmen der Unternehmensideologie oder der Ausbildung von Fähigkeiten zur Verfügung gestellt, um die Arbeit angemessen bewältigen zu können. Mit anderen Worten: Gefühle sind zwar eine Ware, gleichzeitig werden die Ressourcen verknappt, diese Ware zu erzeugen, was sich am Beispiel von Herrn Senft zeigen lässt:

An seiner alten Tätigkeit im Vertrieb kritisiert Herr Senft nicht das hohe Arbeitsaufkommen oder schlechte Arbeitsbedingungen, sondern die neuen, an kurzfristigem Gewinn orientierten Strategien seiner Firma, denen er nicht mehr folgen will. Sie hätten durch einen schlechten Kommunikationsstil die »Vertrauensverhältnisse« (3: 11) zu den Kunden untergraben, weil es dem Verlag »immer mehr auf kurzfristigen Erfolg ankam und nicht auf langfristige Kundenbindung« (3: 4f.). Gerade der Vertrieb ist aber auf die nachhaltige Erarbeitung von Vertrauen zu den Kunden angewiesen, sodass Herr Senft fühlte, seine Arbeit immer schlechter erledigen zu können. Um sie angemessen zu erledigen, muss er die Produkte mit einem guten Gefühl bei den Kunden belegen. Der dafür notwendige Gestaltungsraum für Gefühlsarbeit wurde ihm aber zunehmend entzogen, worunter aus seiner Sicht die Qualität der Arbeit litt. Die Gewinnorientierung der Firma geht auf Kosten der für die Arbeit notwendigen Zwischenmenschlichkeit.

Infragestellung des Lebensentwurfs

Die neuen Lebensentwürfe der Selbstverwirklichung werden nicht plötzlich eingenommen. Ihnen geht eine längere Aneignung voraus, die mit Unzufriedenheiten im privaten Leben beginnen. Therapeutische Kenntnisbestände erwarb Herr Senft im Alter von 36 Jahren, als er einen Workshop zum Leben in der Wildnis absolvierte, »wo man so die Grundfertigkeiten lernt, halt so Feuer machen ohne Streichhölzer und Feuerzeug, also wie man draußen so lebt« (2: 17ff.). Zu dieser Zeit kriselte es in

seiner Partnerschaft. Das neue Interesse könnte an einem traditionellen Männlichkeitsverständnis (etwa: Connell 1999) gelegen haben. Das scheint allerdings nicht der Fall gewesen zu sein. Tatsächlich lernte Herr Senft in jenem Wochenendseminar Techniken der Selbsterfahrung, was er als einen »Cut« (2: 7) beschreibt und im Kontrast zu seinem damaligen Normalentwurf von »Job und Familie« (2: 15) betrachtet. In der Selbsterfahrung – also der Rückbezüglichkeit auf sich selbst – bietet sich ihm eine Deutungsmöglichkeit für seine Eheprobleme, indem er durch die Brille des Therapeutischen die »Muster« (44: 4) in seinen Beziehungen zum anderen Geschlecht erkennt.

Auch andere Informantinnen rechtfertigen ihre Hinwendung zu therapeutischen Einstellungen nicht mit dem Beruf, sondern weisen sie dem Bereich des Privaten und dem Motiv des guten Lebens zu: Frau Blankartz-König möchte mit der Psychotherapie ihre Partnerschaftsprobleme lösen, Antje Völker absolviert Yogaseminare der besseren Gesundheit wegen, und Karin Rose führt eine Psychotherapie nach ihrer Scheidung durch. So wird davon ausgegangen, dass die neuen Kenntnisbestände durch private, außererwerbliche Konstellationen katalysiert werden, insbesondere wenn, wie im Fall von Frau Blankartz-König, nicht zufriedenstellende familiäre Verhältnisse gelöst oder wie bei Karin Rose einer Klärung zugeführt werden. Bezogen auf den privaten Bereich, sind unsere Informantinnen jedenfalls vom Erfolg der neuen Deutungen überzeugt. Nun muss auch geklärt werden, auf welche Weise sie im Erwerbsleben Anwendung finden und zu einem Muster der Lebens- und Weltdeutung werden.

Zunächst ist man auch in konventionellen Dienstleistungsmilieus offen für therapeutische Thematisierungen, aber nicht als Gegenstand der offiziellen Arbeitskommunikation. Dass ein leitender Angestellter an einem Erlebnisseminar teilnimmt, eine Krankenschwester über psychologische Wissensbestände verfügt oder eine Pressereferentin Kommunikationsseminare besucht, ist nichts Ungewöhnliches. Die neuen Wissens- und Gefühlsbestände werden allerdings zu einer Messlatte, anhand der nicht nur ihr Privatleben, sondern auch die Arbeitssituation bewertet wird. Damit rücken die Probleme der betrieblichen Kommunikationskultur und die unangemessenen Gefühlsnormen in den Blick, wofür das Therapeutische eine Sprache und Deutungsangebote liefert. Unseren Informantinnen wird deutlich, dass sie die kommunikations- und emotionsorientierten Ziele ihrer Arbeit mit den institutionell vorhandenen Mitteln nicht erreichen.

Durch Partnerschaftsprobleme und Unsicherheiten in der Arbeitswelt werden ihre Normalentwürfe infrage gestellt. Therapeutische Wissensbestände nehmen darauf Bezug und integrieren beide Krisenherde zu einem Deutungskomplex – der authentischen Selbstverwirklichung. Diese generalisierte Weltdeutung löst die Orientierungsfunktion des klassischen Normallebensentwurfs ab, der keine Selbstverständlichkeit mehr beansprucht. Zwar gibt es auch Personen, die bei Krisen an ihren konventionellen Lebensentwürfen festhalten, wie etwa Angehörige des klein-

bürgerlichen Milieus, doch unsere Informantinnen sind durch ihre kommunikationsorientierte Erwerbsarbeit und durch ihre Bildung empfänglich für therapeutische Deutungen.

Der Ausbruch aus den Selbstverständlichkeiten wird durch therapeutische Orientierungen unterstützt, zugleich werden Subjektivierungen damit weiter vorangetrieben. Therapie ist eine kollektiv geteilte Einstellung, die in eigene Milieus, hier des alternativen Lebens und der Selbstverwirklichung, führt, in denen die neuen Anschauungen unterstützt und reproduziert werden. Therapie bündelt die gesamte Lebensführung: die Einstellungen zu Familie und Erziehung, Formen und Umstände der Erwerbsarbeit sowie Konsummuster und Freizeitverhalten.

Das therapeutische Narrativ moderiert die Unsicherheiten der Übergänge in die neuen Lebensverhältnisse. Die therapeutischen Denkformen beanspruchen Folgerichtigkeit und biografische Konsistenz und verpflichten dadurch zunehmend auf den neuen Lebensstil. In den kleinbürgerlichen Elternhäusern der über 40-jährigen Informantinnen sind sie jedenfalls nicht tradiert und werden erst im Laufe des Erwachsenenlebens erlernt. Therapeutische Kenntnisbestände sind zwar Bestandteil medialer Diskurse, aber das begründet nicht deren Aneignung, denn Medien werden von jeder Bevölkerungsgruppe konsumiert. Damit Therapie als kulturelles Skript habitualisiert wird, muss sie an die Alltagspraxis anschließen und sich in Handlungserfolgen niederschlagen.

Insofern ist es kohärent, wenn unsere Informantinnen ihre konventionellen Arbeitsstellen verlassen und zum Kreativ- und Selbstverwirklichungsbereich wechseln. Das zeigt sich auch am Beispiel von Herrn Senft, der sein Hobby zum Beruf machte. Vordergründig ist seine neue Tätigkeit geleitet vom Abenteuer des Überlebens in der freien Natur. Hinter dem Verkaufsargument für seine Dienstleistung als »Naturmentor« (1: 18) steht auch die Botschaft von der Ursprünglichkeit von Natur, die durch die moderne Zivilisation gestört würde. Das Interesse an Natur und Survival wird mit sinnlichen Wahrnehmungen, pädagogischen Idealen und ideologischen Vorstellungen der Differenz zwischen Natur und Zivilisation kontextualisiert. Natur wird zu einem Gegenstand von Pädagogik und Therapie: »Mein Job ist halt so, diese Entfremdung [von der Natur] wieder auch so ein bisschen, ich hoffe mal, rückgängig zu machen.« (15: 21f.).

In der Alternativwirtschaft werden Gefühle als wertvolle Ressource erachtet und gehen offiziell in betriebliche Austauschprozesse ein. Dabei werden auch abweichende Gefühls- und Empfindlichkeitsdispositionen zu legitimen Inhalten. Gefühle dürfen gezeigt werden, sie sind inhärenter Teil der Tätigkeit und werden in reflexiven Schleifen bearbeitet. Ziel ist es, gute Gefühle zu erzeugen. Dafür gibt es spezielle Mental- und Psychoverfahren, mit denen persönlichkeits- und arbeitsbezogene Erkenntnisprozesse angeleitet werden. Dass Leistungsfähigkeit von der psychischen Befindlichkeit abhängt, ist anerkannt, und es wird Rücksicht darauf genommen.

Kopfschmerzen in konventionellen Unternehmen

Nachdem die praktischen Logiken dargestellt wurden, mit denen das Therapeutische in den Lebensentwürfen unserer Informantinnen und Informanten Platz greift, wird im Folgenden auf Deutungen von Kopfschmerzen und von Empfindlichkeit zurückgekommen und der Frage nachgegangen, wie sich solche Deutungen in das Gesamtbild der Lebensentwürfe einfügen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Art und Weise, wie auf den Arbeitsstellen mit Gefühlen umgegangen wird, mit dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit korrespondiert. Es wird also ein Unterschied zu zeigen sein zwischen konventionellen Dienstleistungsunternehmen, in denen Gefühle ein selbstverständliches, nicht weiter thematisiertes Erfordernis sind, und der Alternativwirtschaft mit ihren methodisch-emotionalen Verfahren.

An den konventionellen Arbeitsstellen, wo unsere Informantinnen vor dem Übertritt in die alternative Kreativ- und Sozialwirtschaft gearbeitet haben, dominieren dichotome Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, in denen Letztere einander ausschließen, wie es für die klassischen Angestellten dargestellt wurde. Krankheit ist dort körperlich definiert; psychischen Dispositionen wird kein materieller Wirklichkeitsgehalt zugeschrieben, sie werden als Einbildungen des Kranken negativ sanktioniert. Arbeitnehmerinnen belegen ihre Kopfschmerzen mit medizinischen Diagnosen und holen dafür ärztliche Krankschreibungen ein, um den arbeitsrechtlichen Ansprüchen zu genügen. Oder sie »drücken« die Kopfschmerzen – als Migräne etikettiert – medikamentös »weg« (Herr Senft, 8: 25). Die Polarität von gesund und krank ist auch die Grundlage, auf der die Arbeitsfähigkeit von den Kollegen eingeschätzt wird. Abwesenheit wegen Krankheit wird sanktioniert und deren Legitimität zwischen eingebildeter und wirklicher Krankheit bewertet.

Die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit ist in konventionellen Unternehmen jedenfalls noch gut befestigt, was sich an den Vorstellungen unserer Informantinnen über Kopfschmerzen ausdrückt. Solange sie dort arbeiteten, überwogen biomedizinische Vorstellungen. Herr Senft übernimmt die hydraulischen Vorstellungen der vaskulären Migränetheorie:

Wenn das Blut halt im Magen ist, ist der Druck im Kopf nicht so hoch. [...] Und wenn der Blutdruck da [im Kopf] zu hoch wird oder so, dann entstehen da Schmerzen. (36: 37ff.)

Zeitgleich mit wachsenden Konflikten und Unzufriedenheiten auf der Arbeitsstelle und in der Familie gewinnen die Kopfschmerzen regelmäßig an Kontur und beanspruchen Aufmerksamkeit. Damit beginnt bei unseren Informantinnen die Suche nach Diagnosen und Behandlungen im medizinischen System, wohingegen sie vor dieser krisenhaften Zeit ihre Kopfschmerzen als Missempfindungen im Alltag kon-

ventionalisiert haben. Es werden »diverse Ärzte verschlissen«, wie Herr Senft (9: 32) formuliert, die Untersuchungen durchführen, krankschreiben und stärkere Kopfschmerzmittel verordnen. Da Allgemeinärzte und Neurologen keine Linderung erreichen, werden andere Heilkundige aufgesucht und mit neuen Behandlungsverfahren experimentiert. Die Kopfschmerzen sind nun aus dem Alltagskomplex herausgezogen, ihnen wird, etwa als Migräne, pathologischer Wert zugewiesen.

Frau Blankartz-König beschreibt die abweisenden Reaktionen ihrer Kolleginnen. Darüber beschwerte sie sich bei der Stationsleitung. Sowohl die Reaktion der Kollegen als auch ihre eigene Vorgehensweise kann als typisch für das Angestelltenmilieu gelten. Die Kollegen sehen die Störung im Arbeitsausfall, unsere Informantin fühlt sich nicht ernst genommen, geht den offiziellen Beschwerdeweg ein und beansprucht die medizinische Diagnose, mit der sie hofft, auf bürokratischem Wege ihren Anspruch auf Dispens durchzusetzen.

Kopfschmerzen im Selbstverwirklichungsmilieu

In den neuen Arbeitsverhältnissen werden Kopfschmerzen als Teil des therapeutischen Komplexes eingemeindet. So lernt Herr Senft mit der Professionalisierung seines Natur- und Survivalhobbys auch neue Bedeutungshorizonte für seine Migräne kennen und entfernt sich von rein biomedizinischen Vorstellungen. Er wird Experte für Kräuter und natürliche Medikamente und kuriert die Migränekopfschmerzen wieder im Bett aus, wobei er an Umgangsformen mit Krankheit anschließt, die er aus seiner Kindheit kennt. Er beobachtet seinen Körper nicht mehr als isoliertes biopathologisches Objekt und setzt einzelne Symptome nicht in eine physikalische Stress-Druck-Schmerz-Kausalität, sondern kontextualisiert seinen Körper in subjektivierenden Umweltbeziehungen. Demzufolge wird die Medizin, auf die er sich sonst verlassen hat, kritischer betrachtet:

Die Medizin, die wissen ja eigentlich ja, glaub' ich, immer noch nicht so richtig, was jetzt Migräne eigentlich ist. Ich hab' irgendwann mal aufgehört, das zu verfolgen. (7: 12ff.)

Der Wechsel vom biomedizinischen Paradigma zur Offenheit gegenüber heterodoxen Methoden des Therapeutischen wird bei Herrn Senft im Vergleich zweier Behandlungsepisoden deutlich, eine korrespondiert mit der konventionellen Dienstleistungstätigkeit und die andere mit der selbstverwirklichenden Kreativarbeit: Während seiner Angestelltentätigkeit im Verlag nahm er mehrere Akupunktursitzungen bei einer Heilpraktikerin wegen Migränekopfschmerz in Anspruch, war aber dann enttäuscht. Später, als Erlebnispädagoge, probierte er noch einmal eine Akupunktur aus, weil er mit den Zähnen geknirscht hat: »Nicht speziell wegen Migräne, sondern überhaupt [...] Das fand ich schon hilfreich, weil sich da mein Körpergefühl geändert hat« (35: 18ff.). In der zweiten Episode schließt Akupunktur

tur als heterodoxe Behandlungsmethode an die Denk- und Wahrnehmungsfigur des therapeutisch-sozialpädagogischen Milieus an, welche Herr Senft mit seiner Hinwendung zur Erlebnispädagogik nun verstanden hat.

Mit der neuen Körperwahrnehmung sind die Migränekopfschmerzen keine abgrenzbare Erscheinung mehr, die mit spezifischen Symptomen zu beschreiben und pharmazeutisch zu behandeln wäre. Migräne geht zunehmend in den gesamten Empfindungskomplex des Körpers auf und verliert ihre pathologische Distinktion, die sie zwischendurch erlangt hatte:

Damals hatt' ich in dem Bereich viel Schmerzen. Es hat sich aber etwas verlagert. [...] So von der Stirn, wo's früher war, unter die Schädeldecke. [...] Heute bin ich mir nicht so sicher, wenn ich Kopfschmerzen habe, ob das dann unbedingt Migräne ist oder ob das dann eher doch Verspannungskopfschmerz ist [...], so von der Veränderung her mehr über den Nacken einfach hochzieht. [...] Die Medizin trennt das zwar. [...] Aber da sind die Übergänge fließend. (37: 1ff.)

Biomedizinische Vorstellungen werden mit heterodoxen verknüpft, wie bei Herrn Senft, der die vaskuläre Theorie der Migräne in die Naturheilkunde eingliedert. Dazu führt er eine eklektizistische Mischung von Elementen der humoralpathologischen Säftelehre mit iatrochemischen Vorstellungen an. Die moderne Wendung entfaltet sein Krankheits- und Körperkonzept durch die Verknüpfung mit dem therapeutischen Narrativ, welche das Selbst als Gegenstand der Behandlung in den Blick rückt. Die Migränekopfschmerzen haben nicht mehr nur mit äußeren Einwirkungen oder mit Anforderungen zu tun, sondern mit ihm selbst und seinem Charakter:

Weil auch die Ursachen von der Migräne liegen letztendlich irgendwo in mir selber. [...] Das ist eben nicht so, dass es nur körperliche Ursachen gibt. [...] Es kommt von meiner mentalen Disposition her. Und wenn ich die verändere, dann geht's mir auch besser. (57f.: 41ff.)

Die neuen therapeutischen Vorstellungen beinhalten zwei Thematisierungen: Zum einen sind Kopfschmerzen in mehrerlei Hinsicht eine Störung des Gleichgewichts: des inneren, mentalen, des Gleichgewichts der Körperchemie sowie des Gleichgewichts in der Beziehung zur Umwelt, wobei dem inneren Gleichgewicht eine gewisse Dominanz erlaubt wird. So führt Herr Senft die Besserung der Kopfschmerzen in den letzten drei Jahren auf eine bessere mentale Verfassung zurück. Die Kontemplation im Wald stellt sein inneres Gleichgewicht her, denn sie bildet ein Gegengewicht und damit den Ausgleich zu äußeren Belastungen:

Auch mal ruhig in den Wald zu sitzen, das gehört auch zu meiner Arbeit dazu [...] Deshalb kann das auch sein, dass das [die Kopfschmerzen] über die Jahre besser

geworden ist. Auch wenn der Druck nicht kleiner geworden ist, der von außen kommt. (52: 38ff.)

Unsere Informantinnen sind zu anderen von der Idee eines gleichsam natürlichen Verlaufs der Kopfschmerzen geleitet, der möglichst nicht unterbrochen, sondern höchstens durch mimetisierende Linderungsverfahren begleitet werden darf. Würde der Schmerzverlauf künstlich, das heißt durch pharmazeutische Mittel unterdrückt, bräche der Schmerz nach einiger Zeit umso stärker wieder aus, so die Vorstellung. Die starken Mittel rächen sich eher, als dass sie helfen. Aus diesem Grund sind chemische Mittel geradezu schädlich. Sie wirken, wie Herr Senft beschreibt, »auch nur im Bereich des Wegdrückens. Also ich würd' das nicht als Therapie bezeichnen, was irgendwie was hilft« (36: 14ff.). Kopfschmerzen werden aber auch mit den sanften Maßnahmen nicht geheilt, sondern höchstens gelindert, etwa mit Kräutersalben oder Schüsslersalzen. Hinter der Metapher vom »angestauten Druck« steht die vaskuläre Theorie der Migräne, welche in den therapeutischen Vorstellungen Platz greift, wenn die Informanten davon ausgehen, dass ein Druckausgleich in den Blutgefäßen auch durch Mentaltechniken herbeigeführt werden kann. Herr Senft etwa rät bei Migräne: »Annehmen und akzeptieren. [...] Einfach nur zu sein und nicht dauernd im Kopf: ›Du musst noch das und das machen‹ und so, was ja enormen Druck aufbaut.« (52: 24ff.)

Von den neuen Schmerzungsformen im therapeutischen Milieu berichtet auch Frau Blankartz-König am Beispiel eines Migräneanfalls, den sie bekommen hat, nachdem sie auf die psychosomatische Station, also einem therapienahen Arbeitsbereich, gewechselt ist:

Als ich damals auf der Notaufnahme lag, kam eine damalige Stationschwester runter und hat einfach nach mir geguckt, sagt sie: »Wir haben gehört, dass du hier aufgenommen wurdest mit Migräne. Das ist ja wirklich ganz schlimm für dich.« Da hatte ich Verständnis, Zugewandtheit und nicht [wie auf der neurologischen Station] »Stell' dich nicht so an« und »Mann, dann nimmste was, und dann ist das in Ordnung«, sondern [auf der psychosomatischen Station war ein] ganz anderer Umgang damit, ein liebevoller, ein verständnisvoller. (14: 23ff.)

Der Umgang mit ihren Migränekopfschmerzen repräsentiert das Klima der neuen Arbeitsstelle, auf der ihre Kolleginnen entsprechend der offiziellen Gefühlsnormen mit Zuwendung und Empathie reagieren. Allerdings waren die Migränekopfschmerzen durch die Notfalleinweisung auch erheblich stärker dramatisiert als bei einem einfachen Arbeitsausfall. Jedenfalls wird die Migräne Teil des anerkannten Empfindlichkeitskomplexes auf der Arbeitsstelle. Empfindlichkeiten sind nun offiziell nicht mehr auf das Privatleben beschränkt, sie werden rationalisiert und gehen methodisch in Arbeitskontexte ein. Durch ihre Psychotherapie, die Frau Blankartz-König ursprünglich wegen ihrer Partnerschaftsprobleme be-

gonnen hatte, wird sie auch in die für die psychosomatische Station geforderten Behandlungseinstellungen angemessen sozialisiert, »denn es darf ja hier nicht zur Gegenübertragung kommen« (12: 6f.). Für ihre Arbeit scheint es fast notwendig zu sein, dass die Kopfschmerzen als Repräsentation des »Mutterkonflikts« tatsächlich verschwinden – nur der Ehemann behauptet, sie habe ab und zu noch welche.

Frau Blankartz-König ist sicherlich ein gutes Beispiel dafür, dass die Deutung der Kopfschmerzen auch in Verhandlungen von Empfindlichkeiten und Gefühlen eingeht. Andere Informantinnen berichten ebenfalls von der offenen Thematisierung ihrer Kopfschmerzen an den Arbeit, wie Herr Senft, bei dem auch andere Kollegen Migränekopfschmerzen haben, sodass Arbeitsteilung und Arbeitspensum ad hoc je nach Leistungsfähigkeit aushandelt werden. Dabei ist auffallend, dass die Kopfschmerzen besser werden, wenn die Informanten den üblichen Organisationspraktiken für den Umgang mit Empfindlichkeiten folgen: die Psychotherapie bei Frau Blankartz-König, der kontemplative Aufenthalt im Wald bei Herrn Senft oder die spontane Kopfmassage durch den Leiter eines Heilseminars bei Antje Völkers. Diese Beispiele zeigen, dass Schmerzäußerungen in die üblichen Routinen eingehen und deshalb verstanden werden.

Mit der hier angeführten Darstellung von Empfindlichkeitsdispositionen, zu denen auch Kopfschmerzen gehören, wird retrospektiv der Wechsel zur neuen Arbeitsstelle als gelungen, ja als notwendiger Schritt zur Selbstverwirklichung begründet. Kopfschmerzen werden nicht mehr als einfache Krankheitssymptome gedeutet, die bei zu viel Stress oder bei Wetterwechsel auftreten (das wird zwar weiterhin angeführt, allerdings in distanzierender Ironie), sondern als Symptome nicht gelingender Lebensführung und schlechter sozialer Kontakte. Der akzeptierende Umgang mit Kopfschmerzen entspricht den Normen einer Organisationskultur, in der Gefühle zum offiziellen Verhandlungsgegenstand werden und deren Arbeitsinhalte darin bestehen, Erlebnisse zu verkaufen, bzw. deren Produkte mit Emotionen assoziiert sind.

In therapienahen Organisationsmilieus hat sich die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum durchgesetzt. Man geht auch einmal angeschlagen zur Arbeit, verhandelt dort die Arbeitsfähigkeit und nutzt dafür die flexible Gestaltbarkeit des Arbeitspensums. Die Kontrolle der Leistungsfähigkeit beruht darauf, dass sich auf der Basis therapeutischer Vorstellungen eine hohe intrinsische Motivation durchgesetzt hat, mit der davon ausgegangen wird, dass der maximal mögliche Einsatz gezeigt wird.

Weltdeutungen: Lösungen für die eigenen Probleme

Mit ihrem Eingewobenwerden in das milieutypische Empfindlichkeitsspektrum repräsentieren Kopfschmerzen Einstellungen und Körperempfindungen, mit denen wiederum objektive Lebenslagen sowie die subjektiv gedeutete Biografie verknüpft

werden. Ihre Deutung dehnt sich über den Körper hinaus aus und stellt Anchlüsse zum Lebensentwurf der Selbstverwirklichung her.

Je stärker sich mit psychologischen oder esoterischen Vorstellungen identifiziert wird, insbesondere wenn man in den Bereichen Sozialarbeit, Pädagogik oder der psychosozialen Versorgung arbeitet oder eine Affinität zu solchen Wissensbeständen hat, desto eher sind Kopfschmerzen mit therapeutischen Bearbeitungs- und Deutungsformen verbunden. Prinzipiell sind unsere Informantinnen skeptisch (aber nicht ablehnend) gegenüber der Medizin und suchen nach alternativen Lösungsmöglichkeiten. In Psychotherapien, Heilseminaren und heterodoxen Therapien werden Kopfschmerzen mit der Deutung eines fehlgeleiteten und unglücklichen Lebens belegt. Heilung wird nicht in Medikamenten gesucht – diese seien nur ein Palliativ –, sondern in der psychologisch angeleiteten Bearbeitung von Lebensproblemen.

Biomedizinische Erklärungen für die Kopfschmerzen bleiben im Hintergrund. Ihr pathologischer Wert wird zwar aufrechterhalten, aber sie gehen in das Netz der als psychologisch definierten Empfindlichkeitsdispositionen ein, die andere Symptome, auch körperliche, mit einschließen: Geringer Blutdruck, Ohnmachtsanfälle, Rücken- oder Kopfschmerzen führen zum Arzt, der wiederum zum Psychologen überweist.

Als Bestandteil des Empfindlichkeitskomplexes repräsentieren Kopfschmerzen psychische Beanspruchungen und die Qualität emotionaler Beziehungen, etwa zum Partner oder zu Arbeitskollegen. Sie sind daher nicht nur im Negativen die Manifestation von Unglück und Abhängigkeit, sondern, wenn sie abnehmen, auch von Glück und der Befreiung von Abhängigkeiten. Auf diese Weise gemahnen sie an das Vorläufige, Instabile, Offene und Unvollendete des Lebensprojektes, repräsentieren die immerwährende Arbeit am Selbst sowie die Kontingenz von Lebensentwürfen. Man ist sich des Risikos der selbstbestimmten Lebensführung durchaus bewusst. Es könnte auch anders kommen und wieder schlechter werden, dagegen müssen Vorkehrungen getroffen werden, indem man an sich arbeitet. Kopfschmerzen erinnern aber ebenso an die Vergangenheit und stiften biografische Kontinuität. Ihre Bezwingung ist ein Zeichen, dass auch das Leben kontrolliert werden kann, ebenso aber, dass diese Kontrolle immer wieder aufrechterhalten werden muss.

Unsere Informantinnen transformieren therapeutische Wissensbestände in ihren Alltag und verknüpfen im Zuge dessen unterschiedliche Lebensbereiche: Familie, Erziehung der Kinder und Partnerschaft sowie Arbeit, Hobbys und Freunde. Dabei wirken jene Bestände als Metanarrativ, mit dem Gesamtsichten hergestellt und unterschiedliche Lebensbereiche integriert werden. Familien- und Erwerbsverläufe werden auf der Basis therapeutischer Motivierungen synchronisiert. Karin Rose betreibt nach ihrer Scheidung nicht nur einen Bioladen gemeinsam mit einer Freundin, sondern findet auch einen verständnisvollen neuen Freund, mit dem sie

über ihre Psychotherapie reden kann. Herr Senft findet als Wildnispädagoge ein neues Verhältnis zur Natur und damit zum Leben. Ähnlich Frau Melcher, die sich von ihrem sie bevormundenden Ehemann emanzipiert hat und ein Sozialwesenstudium beginnt.

Das Therapeutische ist dann nicht mehr nur Privatanschauung, sondern wird zunehmend zu einem Weg, sein Leben zu gestalten und Kapital aus Gefühlsinvestitionen zu schlagen. Es wird zu einem Geschäftsmodell, das nicht nur mentale und private, sondern auch sozioökonomische Gewinne bietet. Dabei müssen die Tätigkeitsfelder, wie bei Frau Blankartz-König, nicht direkt im psychologischen Bereich liegen, wichtig ist aber, dass die Therapieaffinität für die Tätigkeit eingesetzt und kapitalisiert werden kann. Das mag auch indirekt geschehen, beispielsweise mit esoterischen Wissensbeständen oder durch die Anwendung eines emotionalen Kommunikationsstils (im Gegensatz zu einem rein sachorientierten Kommunikationsstil). Therapeutische Wissensbestände werden (im Sinne von Bourdieu 1982) kommensurabel mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital. Die Psychotherapie, das Heilseminar oder der Qi-Gong-Kurs haben dann nicht nur Erlebnisqualität, sondern sind Investitionen in die berufliche Zukunft. Auch deshalb sind Therapien nicht mit dem Stigma charakterlicher Schwäche belegt, sondern gehören vielmehr zum guten Ton, da sie die Selbstreflexion befördern. Sie zeugen von der Bereitschaft, etwas über sich selbst zu lernen und dieses Wissen auch in beruflichen Feldern einzusetzen.

Trotz unsicherer ökonomischer und familiärer Verhältnisse wird an Selbstverwirklichungsidealen und therapeutischen Orientierungen festgehalten – oder gerade deswegen. Unsere Informantinnen begründen ihre neuen Lebensarrangements – die neue Tätigkeit, den neuen Beziehungsstatus, den Ortswechsel – mit therapeutischen Vorstellungen. So identifizieren, erklären und lösen sie ihre Lebensprobleme. Damit verpflichten sie sich weiter diesem Denkmodell und intensivieren Kenntnisbestände darüber, auch wenn die ökonomischen Bedingungen instabil sind und die Zukunft ungewiss ist. Im Nachhinein bestätigt eine Psychotherapie die Entscheidung für neue Lebensarrangements, die mit Härten verbunden und nicht in tradierte selbstverständliche Unterstützungssysteme eingebettet sind. Nicht die ökonomische Lebenssituation ist also stabilisiert, aber immerhin die Haltung, mit der sich mit der unsicheren Lage identifiziert wird.

Das Therapeutische ist ein teleologisches Narrativ (vgl. Illouz 2009): Ausgangspunkt ist die Abhängigkeit von anderen, aus der sich zu befreien ist. Als Ziel wird die Verwirklichung des Selbst festgelegt, das man erreicht, wenn die Anweisungen befolgt werden. Gelingt die Befreiung – zumeist als Lockerung der Bindungen zu den Herkunftsmilieus – wird sich umso stärker den neuen Vorstellungen verpflichtet. Was aber genau das Selbst und seine Verwirklichung sind, bleibt unklar – wichtig ist nur, dass hart daran gearbeitet wird, manchmal eben auch jahrelang. Die Lebensprobleme sind im Grunde genommen alltäglich: eine unglückliche Ehe,

eine nicht zufriedenstellende Arbeit, und die Lösungsangebote der Therapie sind dafür unkonkret und unspezifisch. Das Therapeutische aber legitimiert vielfältige Strategien der Selbstoptimierung.

Im Brüchigwerden der alten sozialen Bindungen zeigt sich ein Paradox: Obwohl Emotionalität dominierendes Motiv ist, lockern sich familiäre Beziehungen, die konventionell auf Emotionalität beruhen. Die Methodisierung von Emotionalität bewirkt, dass Unangenehmes – das in jeder sozialen Beziehung enthalten ist – nicht mehr einfach hingenommen oder heruntergespielt oder mit Alltagsmitteln bewältigt wird. Wenn etwas nicht mehr gefällt oder zur Last wird, trennt man sich eben davon – vom Partner oder der Partnerin, von der Arbeitsstelle, von Freunden oder vom Hobby. Gefühle werden weniger in die Aufrechterhaltung sozialer Beziehung investiert, sondern zunehmend in sich selbst. Gleichzeitig mit der Methodisierung des Emotionalen verarmt der emotionale Ausdruck und verliert an Spontaneität und Selbstlosigkeit. Unangenehmes, Liebesschmerz, Trauer und Konflikte werden in therapeutische Termini überführt, standardisiert und bearbeitungsbedürftig. In der Dauerthematization des Emotionalen gibt das therapeutische Motiv Gefühlen eine institutionalisierte Form, und es eröffnen sich neue, allerdings locker vergesellschaftete Bezugsgruppen von Gleichgesinnten, für die das Selbst zum Motiv, zur Rationalisierung und zur treibenden Kraft von Optimierungen und von sozialen Orientierungen wird.

Das therapeutische Narrativ ist suggestiv: Es bietet Deutungen und Lösungen für Lebensprobleme, die teilweise erst durch die Aufmerksamkeit auf das Selbst diese herausragende Statur erhalten. Es bietet ein weitgehend geschlossenes Wissenssystem, mit dem vieles begründet und erklärt werden kann, was dann insbesondere in Lebenskrisen und in Konflikten aktualisiert wird. Es bietet die Aussicht auf sozial geteilte Handlungserfolge, also die Durchsetzung von Interessen und Ansprüchen sowie die Minimierung von Pflichten.

Die kranke Zivilisation

Unsere Informantinnen werden nun selbst Teil der therapeutischen Bewegung und deren Weltdeutungen, für die der Therapiebedarf – das nichtauthentische Selbst – überindividuell generalisiert und zum Motiv der Durchsetzung allgemeiner Wertmuster wird. Für die Notwendigkeit der Ausdehnung der Therapeutisierung über seine Person hinaus (auf die Gesellschaft) hat Herr Senft Anhaltspunkte. Er beobachtet bei seiner jugendlichen Klientel eine Störung, für die er eine Diagnose bereithält:

Wobei allgemein ja mittlerweile immer mehr das Naturdefizit oder auch schon als Naturdefizitsyndrom auch in Deutschland bekannter wird. In den USA ist das ja schon, also ich würd' mal sagen, als Krankheit festgestellt. Was wir auch hier

immer weiter feststellen, also das so was um sich greift, weil Kinder brauchen Natur. (12: 24ff.)

Die »Entfremdung« (15: 21) deutet Herr Senft zwar gesellschaftskritisch als unangemessene industrielle Ausbeutung der Natur, setzt sie aber in den Kontext psychischer Gesundheit und subjektiviert sie. Die affektiv auf das Selbst bezogene Zivilisationskritik wird von allen Therapieaffinen geteilt. Unsere Informantinnen sind durchaus gesellschaftlich interessiert und verfolgen ernsthaft die Tagespolitik. Soziale Probleme werden an Kapitalismus, Globalisierung und der Verdichtung von Arbeit festgemacht, allerdings ohne das emanzipatorische Instrumentarium linker Gesellschaftskritik (etwa marxistischer Strömungen oder des politischen Feminismus) zu gebrauchen.

Stattdessen gibt man sich gelassen und tolerant. Es überwiegen Kultur- und Zivilisationskritik, die sich affektiv äußert und sich in individuellen Pathologien ausdrückt – allerdings für die anderen. Auf sich selbst werden Burn-out, Stress und Depression in der Regel nicht angewendet, wahrscheinlich weil man diese Phasen überlebt hat und daran gewachsen ist. Hier greift der Schutzmechanismus des Therapeutischen, das gemeine Psychopathologien von sich weist, aber auch die robuste Tradition der Herkunftsfamilien. Lösungen für Gesellschaftsprobleme werden ebenfalls nicht in Zusammenschlüssen kollektiver Akteure geteilter Lebenslagen und Interessen gesucht, sondern individuell auf der Ebene selbstbestimmten Arbeitens mit kommunikativ-emotionalen Motiven in dem Feld, in dem sich unsere Informanten gerade betätigen: fairer Handel und Bioprodukte (Karin Rose), Therapie (Frau Blankartz-König), Sozialpädagogik (Herr Senft, Frau Melcher) oder Beratung in gleichberechtigter Kommunikation (Antje Völkers). Der Antikapitalismus ist eine affektiv-idealistisch besetzte Idee, aber keine Praxis. Nicht immer sind unsere Informantinnen selbstständig, aber ihre therapeutischen Einstellungen sind erwerbsorientiert. Ihnen ist klar, dass sie sich mit den ökonomischen Zusammenhängen arrangieren müssen. In den eigenen Kopfschmerzen drückt sich zwar die Skepsis gegenüber Technik und Industrie, Massengesellschaft, der verwirrenden Vermischung von National- und Globalökonomien, den hysterischen Medien und der Gesellschaftspolitik aus, aber man spielt in den Alternativnischen weiterhin mit.

Die Informanten vergesellschaften sich in emotionalisierten Beziehungen in Szenenetzwerken, in denen sie ihre erlebnisrationalen Eigeninteressen optimieren. Wenn man sich schon für die Allgemeinheit opfert, soll es einem zumindest gut dabei gehen und positive Gefühle hinterlassen. Allerdings hat man auch den Anspruch, Teil einer Bewegung zu sein, die etwas verändert. Indem man sich selbst verwirklicht, ist man moralisch auf der richtigen Seite und sorgt für Weltverbesserung im Kleinen. Damit wird auch das Bedürfnis nach Harmonie und dem Rückzug ins Private befriedigt, dass unsere Informantinnen aus ihren kleinbürgerlichen

Herkunftsmilieus mitgebracht haben, von dem sie sich aber, aufgestiegen in ein neues Milieu, gleichzeitig distanzieren (vgl. Bourdieu 1982, Schulze 1992).

Auch Kopfschmerzen haben in den therapeutischen Erzählungen ihren Platz. Zunächst werden sie in die Vorstellung vom empfindlichen Körper eingebettet, als dessen Ausdruck hinzugezogen und mit therapeutischen Umgangsformen versehen. Das bedeutet nicht notwendigerweise eine Pathologisierung, immerhin wird aber die Grenze von gesund zu krank fließender und ist zunehmend von den Deutungen der Betroffenen abhängig. Körperliche Symptome – Kopfschmerzen gehören dazu – werden als Metaphern und Kristallisationspunkte des Leidens verstanden und nicht (nur) als Hinweis auf Alltagsbeschwerden oder eine biomedizinisch definierte Krankheit. Sie sind Empfindlichkeiten und Idiosynkrasien, mit denen die Informanten an ihrer Identität arbeiten und an denen sich die Biografie ihres Leidens im Körper materialisiert.

Im Wechselspiel von Alltag und Besonderung werden Kopfschmerzen im therapeutisch gedeuteten Empfindungskomplex mit dem Lebensstil der Selbstverwirklichung kontextualisiert. Es ist daher zu argumentieren, dass sich mit den therapeutischen Wissensbeständen die Differenz von krank und gesund weiter lockert, wenn nicht sogar in Bezug auf Empfindlichkeitsdispositionen auflöst. Unangenehme Körperempfindungen sind zwar Teil des Alltags, aber immer auch etwas Besonderes und Hervorzuhebendes, etwas, auf das man sich festlegt und mit dem Identität behauptet wird, etwas, das pathologisierbar ist, nicht aber notwendigerweise pathologisiert wird.

Das kulturelle Skript des Therapeutischen überspielt die älteren alltagsweltlichen und alltagsmedizinischen Deutungsmuster von Kopfschmerzen und die Umgangsweisen mit ihnen. Therapeutische Umgangsformen bewirken einerseits, dass sich tradierte soziale Bindungen und gefestigte Identifikationen lockern und sich Verpflichtungen an Kollektive wie Familie und Arbeitswelt relativieren. Andererseits bilden sie den diskursiven Rahmen für das Zusammenfinden in einem eigenständigen Milieu – der Selbstverwirklichung. Darin erhalten körperliche Symptome dann ihren Tauschwert, der hier in berufliche und familiäre Karrieren eingeht. So können unter geschickter Anwendung Erfolge erzielt und Selbstoptimierung betrieben werden.

3.7 Die pathologisierten Lebensprobleme der Abstiegsbedrohten

Im vorangegangenen Kapitel wurde das Ideal des flexiblen und verwirklichten Selbst der neuen Mittelklassen thematisiert. Deren Lebensentwürfe basieren auf therapeutischen Praktiken und Vorstellungen, die mittlerweile zum Alltag gehören. Die Grenze zur Pathologie ist dabei unscharf, und sie wird hin und wieder überschrit-

ten, aber man ist auf Empfindlichkeit und nicht auf Krankheit abonniert – mithilfe der Therapie geht es um die Verbesserung des Lebens im Allgemeinen.

Wenn man von Selbstverwirklichung als Norm ausgeht, so muss es davon auch Abweichungen geben, also Personen, die sich zwar verwirklichen wollen oder müssen, die daran aber scheitern oder die nicht die Ressourcen dafür besitzen. In diesem Kapitel geht es um Personen, denen der Gedanke einer Selbstverwirklichung im Sinne des therapeutischen Ideals eher fern lag, die aber aufgrund unterschiedlicher Umstände auf diesen Pfad gedrängt wurden. Die zentrale These soll dabei sein, dass diese Gruppe nicht über das kulturelle und emotionale Kapital verfügt, sich hierbei angemessen zu positionieren. Stattdessen sind sie Verlierer im Kampf um emotionale Optimierung und als Trostpries auf wohlfahrtsstaatliche Karrieren festgelegt. Ihre Empfindlichkeiten werden mit psychopathologischen Diagnosen (z.B. chronische Schmerzen und Depression) versehen, die zur sozialstaatlichen Alimentierung führen. Die Abweichung vom Ideal des flexiblen Selbst wird durch therapeutische Praktiken sanktioniert und kontrolliert. An solchen Personen, die in unserer Studie vorwiegend auf einer akutpsychosomatischen Krankenhausstation vorgefunden wurden, zeigen sich die Risiken, die mit dem Ideal der Selbstverwirklichung verbunden sind.

Die Informantinnen und Informanten dieses Teilsamples entstammen den alten Mittelschichten, deren Orientierungen und Werten sie weiterhin verpflichtet sind. Sie arbeiten in der Regel aber in den unteren Dienstleistungssegmenten und zeichnen sich dadurch aus, dass sie ihre Empfindlichkeiten neben der Familie zu einem Großteil mit der Medizin vergesellschaften: zunächst mit der Biomedizin und im Verlauf ihrer Krankenkariere mit der Psychosomatik. Entsprechend den Idealen der alten Mittelschicht ordnen sie ihre Empfindlichkeiten weitgehend körperlichen Belastungen zu. Die Medizin und nicht die Alltagswelt wird für sie zum zentralen Schmerzgegenüber und zur sinngebenden Instanz.

Robuste Schmerzdeutungen der Herkunftsfamilien

Unsere Informantinnen und Informanten haben ihre Schmerzen allerdings nicht immer schon medikalisiert. In ihren Herkunftsfamilien herrschten robuste Körpervorstellungen des alten Mittelstands. Ein Beispiel dafür ist Herr Hendrich (45 Jahre alt, Koch), der sich daran erinnert, dass seine Kopfschmerzen in seiner Kindheit auf Anraten des Hausarztes mit Kaffee und anschließendem Schlaf behandelt wurden: »Das hat auch lange Jahre funktioniert« (5: 31). Die Mutter »hat dann auch dafür gesorgt, wenn ich in der Kindheit Migräne hatte, dass ich meine Ruhe gekriegt hab'. Die hat dann auch dafür gesorgt, dass mein Bruder leise war und kein Theater gemacht hat« (18: 19ff.). In der Familie wurden Kopfschmerzen nicht ignoriert, aber sie verursachten offenbar keine großen Verwirrungen. Man hatte sich daran gewöhnt, stellt Kopfschmerzen dar, wenn nötig, relativiert sie aber auch.

Schließlich hatte auch Herr Hendrichs Mutter Migräne, deren Handlungsmuster ähnlich waren: »Wenn sie zu Hause war, hat sie sich halt hingelegt und um Ruhe gebeten, ja hat sie. Da hat man schon mal so deutlich mitgekriegt, dass sie mal Kopfschmerzen hat« (15: 10ff.).

Herr Hendrich führt physiologische Erklärungen für seine Kopfschmerzen an, die er auf eine Medikamentenvergiftung in der Kindheit zurückführt, »eine Art Schlaganfall« (10: 36): »Dabei is'n Großteil meines Gehirns abgestorben« (11: 4). Ebenso hält er die Allergietheorie parat, denn Kopfschmerzen setzen auch mit bestimmten Nahrungsmitteln ein, die er möglichst meidet. Zwar verstärkten sich seine Kopfschmerzen während der Trennungsphase von seiner Ehefrau, aber auch in dieser Zeit ging er nicht häufiger zum Arzt als sonst. Mit einer Umstellung der Medikation und mit einfachen Entspannungstechniken bekam er die Schmerzen nach der Trennung in den Griff. An der Arbeit allerdings hatte er, auch während dieser für ihn schwierigen Zeit, kaum Migränekopfschmerzen.

Frau Wert (56 Jahre alt, Altenpflegerin) hat ebenfalls eine robuste Schmerzeinstellung. Kopfschmerzen sind auf ihrer Arbeitsstelle üblich: »Viele klinken sich auch schon morgens vor der Arbeit Ibuprofen ein, schon prophylaktisch« (16: 32ff.). Sie lässt ihre Kopfschmerzen im kollektiven Schmerzcode ihrer Arbeit als Altenpflegerin aufgehen, die sie auf die überhitzten und ungelüfteten Zimmer der Altenheimbewohner zurückführt, insbesondere an Tagen, wenn sie geduscht werden. Unter der ständigen Zeitnot wird zudem das regelmäßige Trinken vernachlässigt. In den Kopfschmerzen, für die sie keine pathologische Statur beansprucht, drücken sich typische Belastungen der Pfllegetätigkeit aus.

Aber auch mit einer vom Arzt diagnostizierten Migräne gibt es keine weitreichenden pathologischen Profilierungen. Die Triptane werden immer mal wieder weggelassen, zudem können sich Migräne und Spannungskopfschmerzen abwechseln. Wenn überhaupt, wird auf die vaskuläre Migränetheorie zurückgegriffen, die eher beiläufig und vage formuliert wird: »Dann ham sie eine Minderdurchblutung im Kopf, und das verursacht die Migräne« (12: 18f.), gibt Frau Wert ihren Arzt wieder. Sie deutet mit »Durchblutungsstörungen auch in den Augen« (13: 6) die vergangenen Migräneepisoden und erklärt sich weitere Symptome mit medizinischem Vokabular:

Das ist ›ne absolute Verkrampfung, also der Kapillaren der Augen oder der Ohren, weil dann hör' ich auch ganz schlecht in dem Moment. Und ich hab's ja hauptsächlich nur rechts. (13: 12ff.)

Unsere Informantinnen erklären sich mit der vaskulären Migränetheorie die Kopfschmerzen und beruhigen sich damit selbst. Die Vorstellungen werden aber nicht gegenüber der Familie oder den Kollegen in Stellung gebracht. Wegen der Kopfschmerzen darf die Arbeit nicht liegen bleiben. Wie Frau Wert sagt: »Ich bin ja berufstätig und bin auch oft mit Migräne zur Arbeit gefahren« (16: 10).

In der Regel konsultieren unsere Informanten wegen Kopfschmerzen, insbesondere wegen Migräne, Ärztinnen, sobald sie erwachsen geworden sind. Es ist aber typisch, dass sie sie trotz der Behandlung mit einer veralltäglichten Statur belegen, die in der Familie in erwartbare Routinen eingeht, etwa durch Rückzug aus dem häuslichen Geschehen und Appelle an Zuwendung. Für diesen Normalumgang greifen sie auf tradierte Routinen der Schmerzbewältigung in der Herkunftsfamilie zurück. Kopfschmerzen werden ganz ähnlich wie im alten Mittelstand mit Alltagstheorien erklärt – etwa mit einer Fehlstellung des Nackens, mit Wetterumschwung oder einer Nahrungsmittelunverträglichkeit, bei Frauen zusätzlich mit Menstruation, Schwangerschaft und Hormonveränderung – und mit frei verkäuflichen Schmerzmedikamenten behandelt.

Diese Schmerzeinstellung lässt sich vor dem Hintergrund der Sozialisierung verstehen: Unseren Informantinnen wurde die Orientierung an Selbstdisziplin vermittelt, einem Ideal des alten Mittelstandes (vgl. Riesman 1958, Reckwitz 2017: 350-370). Die Eltern hatten einen traditionellen Lebensentwurf. Hauptverdiener war der Vater als Arbeiter, Büroangestellter, Techniker oder Selbstständiger mit kleinem Betrieb, in dem unsere Informanten als Jugendliche mitgeholfen haben. Wenn sie nicht Hausfrauen waren, arbeiteten die Mütter als Zuverdienerinnen meist in Teilzeit als Angestellte oder in den Kleinbetrieben ihrer Ehemänner. Die elterliche Ehe wird als ein Durchhalten und Durchkommen charakterisiert – auch dieses Muster nahmen unsere Informantinnen in die Gestaltung ihres eigenen Lebens auf. Sie arrangierten sich wie ihre Eltern mit dem Gegebenen und fügten sich dem Notwendigen. Die Eltern hatten durchaus Bildungsaspirationen für ihre Kinder, die allerdings keinen höheren Bildungsabschluss erworben haben. Unsere Informantinnen schlossen in der Regel die Schule mit der Mittleren Reife ab und wählten einen Ausbildungsberuf.

Lebensprobleme

Die Orientierung an Selbstdisziplin ließ unsere Informanten auch ihre Kopfschmerzen mit üblichen Alltagsmitteln ertragen. Damit unterscheiden sie sich zunächst kaum von unseren Informantinnen der anderen Teilsamples. Nun ist zu klären, unter welchen Umständen sie den Pfad der Krankheit betraten, den einige von ihnen nicht verlassen haben. Für den Beginn der Krankenkariere, die in die Psychosomatik führte, spielten Kopfschmerzen jedenfalls kaum eine Rolle, höchstens als unwesentliches Begleitsymptom. Weil andere Erscheinungen für die Krankenkariere im Vordergrund stehen, wird auf die Kopfschmerzen daher erst später zurückzukommen sein. Weiterhin ist anzumerken, dass eine soziologische Darstellung der Krankenkariere ihren Startpunkt nicht dort haben kann, wo ihn die Medizin mit der Diagnose markiert. Die vorliegende Untersuchung setzt vielmehr bei den Lebenslagen der Informantinnen sowie ihren

biografischen Erfahrungen an. Es wird herauszustellen sein, dass sich ihre Ansprüche an die Krankenversorgung aus dem Zusammenspiel von Lebensentwurf, Körperverständnis und medizinischen Deutungsangeboten ergeben.

Vor der Krankenkariere häuften sich – manchmal über mehrere Jahre hinweg – vielfältige soziale Probleme an, für die unsere Informanten irgendwann keine alltagsweltlichen Lösungen mehr fanden. Sie fühlten sich dadurch stark belastet und wurden mehr und mehr unzufrieden mit ihrem Leben. Weil die Probleme im engen Zusammenhang mit der Interpretation der Symptome, ihrer zunehmend strategischen Bedeutung und mit der darauf abgestimmten Krankenkariere stehen, ist es notwendig, den Blick auf frühere Lebenslagen zu richten, während der Zeit, als sie noch über robuste Körpereinstellungen verfügten.

Kumulierende Lebensprobleme und der nicht zufriedenstellende Lebenssituation betreffen sowohl die Familie als auch die Arbeitsstelle. Einige Beispiele: Herr Hendrich ging nach seiner Scheidung einige kurzlebige Partnerschaften ein und ist seit acht Jahren Single. Die Arbeit als Koch wurde für ihn zum zentralen Bezugspunkt, doch wurde er damit immer unzufriedener. Er beschreibt sich selbst als »Einzelgänger« (2: 31) – Freunde scheint er kaum zu haben. Er wechselte häufig die Arbeitgeber, da er mit ihnen Schwierigkeiten hatte. Frau Peters (37 Jahre alt) konnte in ihrem Ausbildungsberuf Apothekenhelferin nicht Fuß fassen und arbeitete als Verkäuferin in einem Baumarkt. Dort verschärften sich die Arbeitsbedingungen, und das Betriebsklima verschlechterte sich durch den Einsatz von Aushilfskräften sowie den Weggang ihr lieb gewordener Kolleginnen. Von ihrer Schwiegermutter wird sie nicht anerkannt, die für ihren Sohn, den stellvertretenden Leiter eines Elektromarktes, eine Ehefrau mit einem standesgemäßen Beruf und keine einfache Verkäuferin erwartet hatte.

Frau Schaumberg (49 Jahre alt), Leiterin der Filiale einer Buchhandelskette, wurde nach Auseinandersetzungen mit dem Arbeitgeber fristlos gekündigt, sie musste dadurch ihre Hobbys und ihren luxuriösen Lebensstil aufgeben. Von ihrem Partner, eine Fernbeziehung, hatte sie sich schon vorher getrennt. Frau Wiederkopf (46 Jahre alt, Sachbearbeiterin) klagt über die hohe Arbeitsbelastung sowie das schlechte Arbeitsklima unter den Kolleginnen, was ihr Kopfschmerzen bereitete. Ihr Ehemann wurde wegen Burn-out in einer Rehabilitationsklinik behandelt, ihr 17-jähriger Sohn wurde viel zu früh Vater und brach deshalb das Abitur ab. Herr Brendner (43 Jahre alt) wurde vor vier Jahren von seiner Freundin verlassen und sieht das gemeinsame Kind nur selten. Die Beziehung zu seiner neuen Freundin scheint ihn nicht zufriedenzustellen. Mit seiner Tätigkeit als teilselbstständiger Versicherungsvertreter hatte er nur wenig Erfolg. Frau Reiser (50 Jahre alt, Lagerarbeiterin) arbeitet, obwohl ausgebildete Bürokauffrau, in gering entlohnten und befristeten Beschäftigungsverhältnissen in der Versandbranche, um das Einkommen für die vierköpfige Familie etwas aufzustocken. Ihr Ehemann hatte vor 15 Jahren einen Unfall und ist seither querschnittgelähmt.

Mit ihrer Lebenssituation sind all diese Informanten nicht glücklich. Auf den Arbeitsstellen führen mangelnde Gratifikationen, beruflicher Abstieg und geringe Identifikationen mit der Tätigkeit zur Unzufriedenheit. Letzteres liegt etwa am eingeschränkten Verantwortungsbereich, an geringer Entlohnung, hohem Arbeitsaufkommen, wenig Aufstiegschancen, vermisster Solidarität vonseiten der Kollegen und Konflikten mit dem Vorgesetzten, hinzu kommen häufige Arbeitsstellenwechsel oder Zeiten der Erwerbslosigkeit. Mitunter gibt es einen beruflichen Abstieg, oder der Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit nach längerer Familienpause gelingt nicht zufriedenstellend. Das zeigt sich bei denjenigen, die nicht in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten, sondern Aushilfs- oder Anlern Tätigkeiten ausüben. Die Problemkonstellation betrifft insbesondere Personen im Alter vom fünften bis zum sechsten Lebensjahrzehnt, die sich am Ende der Lebensmitte befinden und deren berufliche (aber auch familiäre) Neuorientierung schwierig bzw. nur mit hohem Aufwand zu bewerkstelligen ist. Unsere Informantinnen sind in den unteren bis mittleren Segmenten der Dienstleistungsbranche tätig, etwa als Kassiererin, Sachbearbeiterin, Arzthelferin, Büroangestellte, Vertreter oder Telefonistin, seltener in Leitungs- oder Verantwortungspositionen.

Die beruflichen Probleme strahlen ins Privatleben aus, wo man mit der Suche nach Lösungsmöglichkeiten überfordert ist, weil hier ebenfalls Spannungen und Unzufriedenheiten vorherrschen. Nicht zurechtgekommen wird etwa mit Enttäuschungen in der Partnerschaft, mit der Erziehung der Kinder, mit der Pflegebedürftigkeit der Eltern, mit unerwarteten problembehafteten Ereignissen, zusätzlichen Belastungen, ökonomischen Zwängen oder dem Aufgeben von Gewohnheiten. Unter Umständen reduzieren sich familiäre Aufgaben, etwa durch den Auszug der Kinder oder den Tod der Eltern, die bis dahin gepflegt wurden. Doch Arbeit und Anforderungen verringern sich zwar dadurch, aber eben auch Gratifikations- und Anerkennungsmöglichkeiten.

Der Ursprungsmythos der Krankenkariere

Die Probleme in den unterschiedlichen Bereichen, Familie, Arbeit oder Zukunftsprojekte, können irgendwann nicht mehr hinreichend koordiniert werden und aggregieren zum scheinbar unauflösbaren Knäuel aus Anspannung, Unzufriedenheit und Belastungen. Die herkömmlichen Gegenmittel, etwa seinem Ärger über Unangenehmes Ausdruck zu verleihen, eine Aussprache, ein paar Tage Urlaub oder eine Erholungskur, werden zwar versucht, wirken aber nicht mehr.

Vor diesem Hintergrund bringt ein Unfall, eine akute Krankheit oder eine ganz normale Behandlungsepisode das Fass zum Überlaufen. Solche Ereignisse markieren den Beginn der Krankenkariere, die in den Dauerkrankenstand mündet. Am Beispiel der Geschichte von Herrn Hendrich soll dieser Prozess nachgezeichnet werden: Auf der letzten Arbeitsstelle eskalierten die Konflikte, als er nach einer

Zahnsanierung längere Zeit krankgeschrieben wurde. Der Arbeitgeber setzte ihn deswegen unter Druck und beschwerte sich beim behandelnden Arzt. Herr Hendrich, der nicht mit einer Zahnprothese arbeiten wollte, wurde daraufhin über mehrere Wochen weiter krankgeschrieben. Als er die Krankschreibung auf der Arbeitsstelle abgeben wollte, brach er auf dem Weg dorthin zusammen, woran er sich noch gut erinnern kann:

Je näher ich dem Laden [seiner Arbeitsstelle] kam, desto mehr haben meine Beine angefangen zu zittern. Und mir ist richtig schlecht geworden, und ich konnte da einfach nicht mehr rein. Und dann kam der große Zusammenbruch bei mir, da hab' ich mich vier Wochen total verbarrikiert in meinem Zimmer. (27: 10ff.)

Ein Freund fand Herrn Hendrich weitgehend verwahrlost in dessen Wohnung vor und rief die Mutter herbei. Sie nahm sich seiner an und initiierte einen Besuch beim Arzt, der zunächst den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik vorschlug. Das lehnte die Mutter ab. Sie kannte die Psychiatrie, in der ihr vor Kurzem verstorbener Ehemann, Herrn Hendrichs Vater, behandelt worden war. Man einigte sich schließlich auf eine Überweisung in die psychosomatische Klinik. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr Hendrich acht Monate nicht mehr arbeiten gegangen. Gegen seinem Arbeitgeber läuft inzwischen ein arbeitsrechtliches Verfahren. Nach der stationären Behandlung wird er voraussichtlich wegen eines jüngst diagnostizierten Hautleidens in seinem alten Beruf nicht weiter tätig sein können. In der Klinik bahnt sich eine Partnerschaft mit einer Mitpatientin an.

Unsere Informantinnen beginnen ihre Krankenberichte in der Regel nicht mit den Unzufriedenheiten ihres Lebens, sondern erzählen von einem einzelnen krisenhaften Ereignis als Ausgangspunkt der Kopfschmerzen, manchmal handelt es sich auch um ein Ereignisbündel. Bei Herrn Hendrich ist es die vom Arbeitgeber nicht akzeptierte Krankschreibung nach der Zahnsanierung, Frau Peters bricht sich bei Haushaltstätigkeiten einen Fuß, Herr Brendner und Frau Reiser haben jeweils einen Autounfall, Frau Wert hat nach einem Reitunfall eine Schulterverletzung. In der Regel spielen hier noch keine psychischen Dispositionen mit hinein, vielmehr sind es körperliche Verletzungen, ganz normale Ereignisse, bekannte Konsequenzen von Risiken (wie dem Autofahren oder dem Reiten), auf die man sich einstellt oder von denen man schon gehört haben muss. Mitunter sind ähnliche Episoden auch schon früher im Lebenslauf vorgekommen und wurden ohne weitere Probleme gut bewältigt. Zunächst wird solchen Ereignissen mit den üblichen Reaktionen begegnet: Es tut etwas weh, man geht zum Arzt, lässt sich behandeln und wird dafür krankgeschrieben.

Kopfschmerzen spielen in diesen Erzählungen kaum eine Rolle, sie sind in der Regel zu alltäglich, sodass die Patienten ihnen keinen Wert beimessen. Im Interview präsentieren sie die auslösenden Ereignisse als plötzlichen Schnitt in ihrem Lebenslauf, als schicksalhafte Wendung, nach der sich alles ändert. Dieser

Ursprungsmythos bezüglich der Krankenkariere teilt das Leben in zwei Hälften: das gute Leben vor Eintritt der Krankheit und das schlechte danach. Mit diesem »Lebensmärchen« (Kaufmann 1999) wird die Frage der Schuld am Krankenverlauf ausgeblendet und die Folgen rationalisiert.

Neue familiäre Arrangements

Mit den körperlichen Schädigungen und Schmerzen wird zunächst entsprechend der konventionellen Akutkrankenrolle ein Rückzug zugestanden und von der Familie mitgetragen. In der Regel handelt es sich um Unfallverletzungen, bei denen man von einer befristeten Krankheitsdauer ausgeht, typischerweise Frakturen oder Bandscheibenvorfälle. Originär chronische Krankheiten wie Krebs, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Diabetes kommen als auslösendes Krankheitsereignis nicht vor.

Nun finden die üblichen, mit der Krankheit eines Familienmitglieds normativ geforderten Solidarisierungen statt, was bedeutet, dass sich Angehörige einschränken, Arbeiten übernehmen, ihre Ansprüche zurückstellen und Zuwendung geben. Eine psychosomatische Krankenkariere ist zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar, denn zunächst wird die Behandlung in der konventionellen Biomedizin gesucht, von der sich Heilung versprochen wird.

Mit dem Rückzug entschärfen sich die angestauten Lebensprobleme: Die familiären Schwierigkeiten legen sich etwas, denn man wird ja geschont, gleichzeitig sind die Konflikte auf den Arbeitsstellen eingefroren, womit sich die Komplexität des Problemgemenges zunächst reduziert.

Mit zunehmender Dauer der Krankschreibung rutschen unsere Informantinnen langsam in eine chronische Krankenrolle hinein. Sie gewöhnen sich an den Zustand: Zu Hause wird die Krankenrolle relativiert, allerdings nie vollständig aufgegeben. Auf der Basis der Krankschreibung verselbstständigen sich gleichsam Alltagsunfähigkeit sowie die Umverteilung von Aufgaben und Rollen in der Familie. Patienten haben dennoch leichte Haus- und Familienarbeiten zu erledigen, wofür nicht zuletzt durch die Freistellung von der Erwerbsarbeit mehr Kapazitäten vorhanden sind. Wenngleich sie auf Leistungsgrenzen beharren, ist ihr Krankenstand in der Familie nicht nur akzeptiert, sondern mitunter willkommen. Es kommt sogar vor, dass das häusliche Engagement so attraktiv erscheint, dass sich die Motivation zur Erwerbsarbeit verringert. Mit der Zuwendung zum Familienleben werden Konflikte bearbeitet und weitgehend zufriedenstellende Arrangements gefunden, auch weil sich aufgrund der Anwesenheit zu Hause soziale Kontrolle ausüben lässt.

Bei diesen Arrangements, die allerdings nur einen befristeten Horizont haben, wird auf traditionelle Geschlechterrollen bzw. auf traditionelle Vorstellungen vom gemeinsamen Zusammenleben rekurriert. Das gelingt den Frauen besser, die an Identitätswürfen des alten Mittelstandes anschließen und sich an Zeiten orien-

tieren, in denen sie nicht erwerbstätig waren, insbesondere Schwangerschafts- und Erziehungszeiten. Die traditionellen Orientierungen werden von den Ehepartnern unterstützt (Frau Reiser, Frau Jonas) oder von den Familien, wenn für unselbstständige Familienmitglieder zu sorgen ist (Frau Peters, Frau Koch). Für Männer, für die es keine Aufgaben in den Familien gibt, wird es schwieriger: Da ohne Partnerin, bleibt Herr Hendrich nur, sich wieder in die Obhut seiner Mutter zu begeben und die Abhängigenrolle des Sohnes einzunehmen. Herr Brendner, dessen Freundin seinen Krankenstand zu ignorieren versucht, zieht sich nicht gänzlich ins Häusliche zurück. Trotz seiner Bandscheibenprobleme spielt er weiterhin in der Altherrenmannschaft Fußball.

Die Krankheitschancen sind in der Familie auch akzeptiert, wenn andere Mitglieder ebenfalls erkrankt oder beeinträchtigt sind. Schmerzen bilden dann einen geteilten Empfindlichkeitskosmos, über den sich verständigt wird und der die Familie oder Partnerschaft stabilisiert. (Ein ähnliches Muster wurde schon im Kapitel über die Sozialberufe dargestellt.) Dabei liegen durchaus unterschiedliche Thematisierungen vor: als Schmerzkonzurrenz, wie bei Frau Wiederkopf, deren Ehemann wegen Burn-out in der Rehabilitationsklinik war, als Gegenstand von Solidarisierung wie bei Frau Reiser, deren Ehemann querschnittgelähmt ist, oder als Aktualisierung von Geschlechterstereotypen wie bei Frau Jonas, deren Lebenspartner seine Rückenschmerzen nach einem Motorradunfall – weil er ein Mann ist, wie sie sagt – besser erträgt als sie ihre Schmerzen.

Zu Hause einrichten

Die Familie wird bei den Arbeitsplatzkonflikten eingebunden und die Lebensprobleme der Patienten im Familienverband qua Krankenrolle kollektiviert. Die familiäre Unterstützung basiert auch auf den Lohnersatzleistungen, die die Verringerung des Einkommens abfedern. In zwischenzeitlichen Arbeitsphasen können Lebensentwürfe getestet werden, etwa ob eher Weiterarbeit oder der Rückzug aus dem Arbeitsleben eine Perspektive bietet. Die Absenz vom Arbeitsplatz lässt sich allerdings nur durch eine ärztliche Diagnose erreichen, und ein Suchprozess beginnt.

Ein Beispiel dafür ist Frau Peters, die wegen eines Fußbruchs vor fünf Jahren operiert wurde, anschließend für ein Jahr zu Hause blieb und nach Entfernung der Schrauben bei Gleichstellung mit dem Behindertenstatus arbeiten gegangen ist. Nach einem halben Jahr wurde sie wieder krankgeschrieben und ist seitdem bei ruhendem Beschäftigungsverhältnis nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückgekehrt. Zwischenzeitlich hat sie wegen ihrer Fußschmerzen insgesamt 13 Ärzte konsultiert, mit deren Behandlungsvorschlägen (u.a. eine Versteifung des Fußes) sie allerdings nicht einverstanden war. Vor zwei Jahren wurde eine weitere Operation (eine Arthroskopie) durchgeführt. Auf der Suche nach einer zufriedenstellenden

Behandlung besuchte sie vor einem Jahr in einer weiter entfernten Stadt Spezialisten, die ihr eine Teilversteifung in Aussicht stellten – allerdings gäbe es erst in zwei Jahren einen Termin für die Operation, mit der aber auch keine Schmerzfreiheit versprochen werden könne. Über die Jahre hat sich Frau Peters inzwischen mit ihrer Krankschreibung häuslich eingerichtet.

Mit der Vergesellschaftung von Krankheiten im Alltag treten Gewöhnungseffekte ein, die durch die Privilegien der Krankenrolle gestützt werden. Durch die gewährten Sonderrechte verändert sich die Perspektive, aus der die Beschwerden betrachtet werden. Die Akutphase geht in den Dauerkrankenstand über, wobei gegenüber Angehörigen und Arbeitgebern die Hoffnung auf gesundheitliche Besserung nicht aufgegeben wird. Dabei ist die Krankenrolle als Dauerzustand am Anfang überhaupt nicht intendiert, nichtsdestotrotz bietet sie eine organmedizinisch abgesicherte Legitimation für eine Pause von den Alltagspflichten in einer für die Patientinnen schwierigen Zeit.

Der Übergang zum Dauerkrankenstand wird sanft moderiert, indem die Arbeit für kurze Zeit wieder aufgenommen wird. Solche Arbeitsphasen bieten den Patientinnen und ihren Familien die Möglichkeit, die Krankheitschancen gegenüber den Gesundheitschancen abzuwägen. So können Lebensentwürfe ausprobiert werden, die entweder auf Krankheit oder auf Erwerbsarbeit beruhen. Gleichzeitig wird weiterhin in unzähligen Arztkontakten nach der richtigen Diagnose gesucht. Die verschiedenen Behandlungen schreiben sich als Markierungen in Form von Operationsnarben oder aufgrund der Einnahme von Pharmaka in den Körper ein, was die Patienten, ihre Angehörigen und Kolleginnen an die Möglichkeiten des Krankenstandes erinnert.

Auf der Suche nach Diagnosen

In der Familie sind Kranken- und Gesundenrollen entsprechend des verhandelten Leistungsvermögens als Kontinuum organisiert (vgl. Corbin und Strauss 1993), im Erwerbsbereich dagegen dichotom: Entweder man ist krank, dann gibt es einen vollständigen Dispens von der Arbeit, oder man arbeitet wieder, gilt als gesund und hat also die volle Leistungsfähigkeit zu zeigen. Der Krankenstand, der inzwischen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Familien zunehmend auf Dauer gestellt ist, schafft seine eigenen Probleme, wenn die ärztlichen Befunde keine Dauerkrankheit legitimieren. Solange für die Symptome aber keine eindeutigen Evidenzen gefunden werden, befinden sich die Patienten und ihre Familien in einer Warteschleife mit ungewissem Ausgang, was am Fallverlauf von Frau Reiser erläutert wird. Ihre Krankenkariere, die sie auf die psychosomatische Abteilung führte, lässt sich als Ärzteodyssee auf der Suche nach der richtigen Diagnose beschreiben:

Vor fünf Jahren hatte Frau Reiser auf dem Weg von der Arbeitsstelle einen Unfall. Auf der Unfallstelle gab sie keine Beschwerden an, suchte aber einen Tag

später eine Amtsärztin wegen Rückenschmerzen auf, die sie als Konsequenz des Unfalls reklamierte, was diese jedoch bezweifelte. Anschließend konsultierte Frau Reiser weitere Ärzte aufgrund von Schmerzen in der Wirbelsäule, für die aber keine Diagnose gefunden wurden bzw. keine, mit der sie zufrieden war. Weder spontan noch durch Behandlung trat eine Besserung ein. Zudem wurden die Schmerzen nicht als Fall der gesetzlichen Unfallversicherung anerkannt. Frau Reiser vermutet, dass die Ärzte in ihr eine Simulantin sahen. In den folgenden Jahren hatte sie zudem eine erfolgreich operierte Schilddrüsenerkrankung, eine Restless-Legs-Diagnose, bei der sich die Neurologen des Krankenhauses, in dem sie behandelt wurde, allerdings nicht ganz sicher schienen, eine Arthrose an der Wirbelsäule sowie einen Bandscheibenvorfall. Überall versuchte sie ihre Schmerzen aus dem Wegeunfall ins Spiel zu bringen, womit die Ärztinnen aber nichts zu tun haben wollten, die sie als Fall der Berufsgenossenschaft abwiesen. Erst in einer orthopädischen Schmerzambulanz werden ihre Schmerzen ernst genommen, allerdings mit einem psychosomatischen Etikett belegt, was Frau Reiser ablehnt.

Frau Reiser kann mit den gewohnten Kalkülen, die sie etwa von ihrer Migräne kennt, nicht die von ihr erwarteten Reaktionen hervorrufen. Die Ärzte bestätigen den biomedizinischen Charakter der Schmerzen aus dem Wegeunfall nicht oder nur halbherzig, weshalb sie auch in der Schmerzambulanz behandelt wird. Ohne ärztliche Legitimation haben solche Patienten Schwierigkeiten, ihren Krankenstand auf der Arbeitsstelle durchzusetzen. Zudem droht in den Familien, dass sie nicht mehr als respektable Kranke gelten. Dort schenkt man ihren Schmerzen zwar zunächst Glauben, werden sie aber auf Dauer gestellt und deshalb für unangemessen gehaltene Rückzüge aus der familiären Arbeitsteilung beansprucht, wird auch hier (z.B. bei Frau Peters und Herrn Brendner) eine Übertreibung vermutet. Bisher ist sich Frau Reiser aber der Unterstützung ihres Ehemannes sicher, der infolge seiner Querschnittlähmung über große Wissensbestände des Versorgungssystems verfügt.

Auf der Suche nach Diagnosen konsultieren Patienten mit ihren Symptomen (aber nicht wegen ihrer Kopfschmerzen, die sie für unter Kontrolle halten) immer wieder Ärzte, die allerdings nicht die erwarteten Diagnosen stellen und die gewünschten Behandlungen durchführen. Unsere Informantinnen schildern ihre Beschwerden als körperlich-distinkt und nicht als diffusen Komplex. Jede hat abgrenzbare und ganz bestimmte Lokalisationen, Ursachen, Verläufe und wird von einem anderen Spezialisten behandelt. Ärztinnen wiederum bezweifeln zwar nicht die Schmerzen, aber vermuten (da sie keine organmedizinischen Befunde ermitteln), dass Schmerzdarstellungen strategisch geleitet und übertrieben sind. Die Krankenkarrerien dieser Diagnosesammler werden dann regelmäßig als »Odysseen« beschrieben, und die Ärzte werden skeptisch, wenn, wie bei Frau Reiser, Sozialtransferleistungen geltend gemacht werden. Mit der Dauer wird der Kran-

kenstand überbeansprucht und nicht mehr von den signifikanten Anderen oder in den institutionellen Arrangements der Arbeit und der Medizin hingenommen.

Kopfschmerzen als Bollwerk

Im bisherigen Verlauf der Symptomkarriere haben Kopfschmerzen für unsere Informanten, wie erwähnt, kaum eine Rolle gespielt, da sie zu alltäglich waren, um für die Hauptgefechte um die Diagnosen ins Spiel gebracht werden zu können. Gerade aber in den Rückzugsgefechten kommen sie wieder ins Spiel. Dass den umkämpften Symptomen (nicht aber den Kopfschmerzen) psychische Anteile zugrunde liegen könnten, wie behauptet, finden die Patienten, die um ihre Respektabilität fürchten, indiskutabel. Sie wünschen sich eine klare somatische Diagnose, da ihnen ein Glaubwürdigkeitsverlust droht, wenn ihre Schmerzen für die Ärzte eine unklare Ursache haben oder wenn diese glauben, dass sie übertrieben dargestellt werden, weil sie hinter der Symptompräsentation strategische Kalküle der Patientinnen vermuten.

Um den Verlust an Glaubwürdigkeit abzuwenden, werden nun also die zwar schwächeren, aber immerhin ärztlich bestätigten Kopfschmerzen in Stellung gebracht, wofür der bereits vorgestellte Fallverlauf von Frau Reiser ein Beispiel ist, die ihre Migräne mit einer distinkten physiopathologischen Statur belegt. Ihr wurde vor drei Jahren eine befristete Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, die in zwei Jahren ausläuft und die sie entfristen möchte. Sie befindet sich daher in der Defensive. Im Kampf um Diagnosen hat sie sich trotz ihrer gegenteiligen Beteuerungen in die Falle des zu vermeidenden Psychoetiketts hineinmanövriert. Ihr wird unterstellt, die Schmerzdarstellung zu übertreiben, weil sie sich schon gleich zu Beginn ihrer Krankheitskarriere als Fall für die Unfallversicherung bei einer Amtsärztin vorgestellt hat (wobei dieses Vorgehen versicherungsrechtlich sowohl korrekt als auch geboten war). Zudem vermuten Ärzte eine psychische Überforderung aufgrund der Verantwortung für den querschnittgelähmten Ehemann, den sie zu einer ärztlichen Konsultation mitgebracht hat. Beide Interpretationen lehnt sie ab.

Nun kommen ihre Migränekopfschmerzen ins Spiel, die vor 15 Jahren begannen. Damals waren ihre Kinder neun und zehn Jahre alt, und ihr Ehemann hatte soeben den schweren Unfall gehabt und war plötzlich gelähmt. Wegen der starken Kopfschmerzen ging Frau Reiser zum Hausarzt, der eine Migräne diagnostizierte und ihr Schmerzmittel verordnete, mit denen sie auch zufrieden ist. Sie beobachtete ihr Schmerzaufkommen genau und entwickelte elaborierte Techniken der Medikamenteneinnahme, mal mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln, mal mit speziellen Migränemitteln: »Ich versuche, die so früh wie möglich zu nehmen, aber auch so spät wie möglich, [...] weil ich will ja, dass die [Tablette] immer, immer wirkt« (2: 21ff.). Auf diese Weise kann sie mit der Migräne gut umgehen.

Als sich Frau Reiser schließlich wegen ihrer Dauerschmerzen (aber nicht aufgrund der Migräne) in einer Schmerzlinik aufhält, vermutet der Schmerzarzt psychische Schmerzanteile, was er damit begründet, dass die Schmerzmittel nicht wirken. Dem entgegnet Frau Reiser mit dem Hinweis auf ihre Migräne: »Und dann sag' ich immer: ›Meine Maxalt Lingua wirkt aber, Herr Doktor, es kann nicht sein, dass bei mir nichts wirkt« (7: 3f.).

Gerade wenn Patienten um die Anerkennung ihrer Symptome kämpfen, die sie nicht mit einem psychologischen oder gar psychiatrischen Etikett belegt sehen wollen, beharren sie auch auf der somatischen Diagnose der Kopfschmerzen. Konfrontiert mit der unerwünschten Diagnose für ihre anderen Leiden, sehen sie sich in die Verteidigung ihrer Identität getrieben und fürchten um den Anspruch der Ehrenhaftigkeit ihrer Schmerzen. Die approbierten Symptomkomplexe Migräne oder Spannungskopfschmerzen werden als Verteidigungslinie und Bollwerk gegen die aufgezwungene psychopathologische Umdeutung ihrer Symptome genutzt. Kopfschmerzen sind körperlich erfahrene Objekte der biografischen Kontinuierung eines immer schon gelebten Alltags, von vertrauten Selbstdeutungen, und versprechen sicheres Terrain, von dem aus sie den Anspruch auf die biomedizinische Erklärung der umkämpften Symptome behaupten.

Die im Alltag eingeübten Kopfschmerzroutinen sind Teil einer Normalität, in der sich Empfindlichkeit, Schmerzdarstellungen, Krankheitshandeln und die Reaktionen der anderen eingespielt haben: In der Familie wird zur zuwendenden Distanz aufgefordert, aber auch, wie auf der Arbeitsstelle, das robuste Ertragen von Schmerzen demonstriert. Beim Arzt sei schließlich die Legitimität der Krankheit bestätigt worden. Auf jeder dieser Arenen – Familie, Arbeitsstelle und Medizin – werden mit unterschiedlichen eingespielten Darstellungspraktiken die gewohnten Ergebnisse und Reaktionen erzielt. Das Gewohnte der Kopfschmerzen basiert auf der Sicherheit der alltäglichen Routinen, die wiederum auf der Sicherheit der anerkannten physiopathologischen Statur basiert.

Im Alltagsstrom der anerkannten und habitualisierten Empfindlichkeiten werden den Kopfschmerzen distinkte und von anderen Symptomen abgrenzbare Qualitäten zugewiesen, wenn neue pathologisierungsfähige Beschwerden hinzutreten, deren Legitimität in Zweifel gezogen wird. Die ärztlich sowie im Alltag anerkannten Kopfschmerzsymptome schlagen sich im Empfindlichkeitskosmos als abgeschlossen gegenüber den neuen Symptomen nieder, die, wie bei Frau Reiser, nun umkämpft werden.

Ich habe jetzt auch Schmerzen, aber die sind klein, die ärgern einen richtig, die quälen einen. Aber Migräneschmerz ist ein Schmerz, der ist hammerhart, der ballert da oben rein. [...] Die anderen Schmerzen sind nicht so schlimm wie die Migräne. (16: 18ff.)

Migräneschmerzen sind zwar stark, aber stabil im Auftreten und kontrollierbar: »Die hab' ich aber im Griff« (15: 17), behauptet Frau Reiser. In der Geografie der Beschwerden, von denen viele in den letzten beiden Jahren hinzugekommen sind, nehmen die Migräneschmerzen ein solides, vor allem ein bekanntes Territorium ein, während die anderen Schmerzen, an den Füßen, an der Wirbelsäule oder an den Gelenken, instabil, proteushaft und nicht kontrollierbar sind (was sonst über die Migräne gesagt wird). Zudem repräsentiert Migräne die Fähigkeit, belastbar zu sein und auch stärkste Schmerzen ertragen zu können, womit sich Frau Reiser gegen die Anschuldigung wehrt, ihre Beschwerden zu übertreiben, und ihre moralische Integrität behauptet: Wenn sie die starken Migräneschmerzen in den Griff bekommt, dann muss sie sich selbst auch im Griff haben. Damit aber erwehrt sie sich gegen die Zumutung der Psychopathologisierung ihrer Symptome durch die Ärzte.

Das Beispiel von Frau Reiser lässt sich verallgemeinern: Die durch die Psychopathologisierung bedrohte persönliche Integrität wird damit verteidigt, dass die ungeklärten Schmerzlokalitäten (entgegen dem ärztlichen Zweifel) als distinkt und körperlich kausal geltend gemacht werden, was unsere Informantinnen durch das Vorbild der Migräneschmerzen beweisen. Migräne wird nun als eine biomedizinische Markierung ins Spiel gebracht, die durch die Einnahme von starken und neurologisch verordneten Schmerzmitteln sowie durch eindeutige und nachvollziehbare Schmerzbeschreibungen belegt ist.

Während Kopfschmerzen vor Beginn der Krankenkariere als Alltagserscheinung mitgelaufen sind, beginnen sie nun eine privilegierte Position einzunehmen, ohne zu eskalieren. Mit dem Festhalten an bewährten Umgangsformen und Erklärungsweisen wird Normalität beansprucht, wofür Kopfschmerzen eine sichere Bank sind. Zum Beharren auf den biomedizinischen Deutungen gehört, dass Beschwerden, auch Kopfschmerzen, nicht Gegenstand der Psychologisierung sind. Symptome werden von den Patientinnen nicht als Repräsentanten psychologisch problematischer Ereignisse aufgeführt. Selbst wenn auch die Eltern Kopfschmerzen hatten, bleiben diese im Alltag und sind in den Arztkontakten kein Thema. Kopfschmerzen sind eher mit alltagsweltlichen Motiven verknüpft, die nicht durch psychologische Vorstellungen überspielt werden.

Disponible Krankheitssymptome

Kopfschmerzen können auch auf andere Weise ein Gegenstand im Kampf um die Bestätigung von Krankheitssymptomen sein. Frau Jonas (56 Jahre alt, Sachbearbeiterin) untermauert mit ihren Spannungskopfschmerzen ihre Bandscheibenvorfälle, wobei sie allerdings ihre Migräne als Spannungskopfschmerzen umdeutet. Sie hat seit dem Alter von 19 Jahren Kopfschmerzen mit Übelkeit, Erbrechen sowie Lärm- und Lichtempfindlichkeit, die ein Neurologe drei Jahre später als Migräne

diagnostizierte. Diese Diagnose stellte sie im Alter von 38 Jahren (vor 18 Jahren) infrage, als sie bei einem Neurologen eine medizinische Diagnostik (EEG, MRT) durchführen lässt. Zwar wird »ein sehr feines arterielles Gefäßsystem im Kopf« (8: 38) festgestellt – nach der vaskulären Theorie wäre das ein Hinweis auf Migräne –, für Frau Jonas ist es aber ein Grund, an der Migränediagnose zu zweifeln.

Den Hintergrund für das Infragestellen der Migränediagnose bilden die Rückenschmerzen, die vor 20 Jahren, also zwei Jahre vor der neurologischen Untersuchung, mit mehreren Bandscheibenvorfällen im Hals- und Lendenwirbel begannen. Vor zehn Jahren erfolgte die erste stationäre Rehabilitation mit dem Ergebnis, dass Frau Jonas ein Behinderungsgrad von 60 Prozent zugesprochen wurde. Die Wirbelsäulenschmerzen werden mit Infiltrationen, verschiedenen Schmerzmitteln und Physiotherapie behandelt. Frau Jonas versucht nun, die Kopfschmerzen in die Geschichte der Wirbelsäulenschmerzen einzuweben und deren Umetikettierung als Spannungskopfschmerzen herbeizuführen. Sie nimmt nämlich an, dass die Kopfschmerzen »irgendwas mit der Halswirbelsäule zu tun haben könnten« (5: 31), dass sie also anstatt einer Migräne Spannungskopfschmerzen hat, die sie im Komplex der Wirbelsäulenschmerzen verortet. Diese Interpretation weist der Orthopäde ab, der nach wie vor »eine spezielle Migräne« (5: 33) erkennt. Auch eine Gesichtsfelduntersuchung beim Augenarzt bleibt ohne zufriedenstellenden Befund. Inzwischen sind die Kopfschmerzen einem Benommenheitsgefühl gewichen, was ebenfalls konventionell als Migränesymptom gedeutet werden könnte. Aber auch dafür hat Frau Jonas einen Grund gefunden, der nicht in den Migränekomplex fällt: Die Benommenheit führt sie auf das Älterwerden zurück.

Zunächst mag es erstaunlich sein, dass Frau Jonas ihre Migräne trotz gegenteiliger ärztlicher Diagnosen als Spannungskopfschmerzen sehen will. Doch kann sie damit ihre Rückenleiden, auf das sie sich festgelegt hat, besser untermauern. Nach ihrer Rehabilitation bekam Frau Jonas nämlich aufgrund des Rückenleidens in ihrer Firma einen behindertengerechten Arbeitsplatz, der sie vor höheren Arbeitsanforderungen und einem Arbeitsplatzwechsel schützt. Die Festlegung als Rückenleidende wurde in einer zweiten stationären Rehabilitation vor drei Jahren bekräftigt. Frau Jonas sagt zwar: »Ich habe immer gern gearbeitet, arbeite immer noch gerne« (13: 10), aber diese Aussage scheint sozialer Erwünschtheit geschuldet zu sein, denn sie wird aufgrund des hohen Anforderungsniveaus immer unzufriedener mit ihrer Tätigkeit und strebt an, im Alter von 60 Jahren aufgrund der Rückenschmerzen in Frührente bei Erwerbsminderung zu gehen. Vor diesem Hintergrund ist es strategisch sinnvoll, die Kopfschmerzen als von den Rückenschmerzen abgeleitet zu sehen, womit deren Plausibilität untermauert wird.

Die Fallbeispiele zeigen, dass Krankheitssymptome durchaus disponibel sein können und dass unsere Informantinnen und Informanten versuchen, ihre Sicht gegenüber den Ärzten durchzusetzen und ihre Symptome entsprechend ihrer Kalküle und Interessenlagen in Krankheitskomplexen unterzubringen. Nichtsdesto-

trotz ist ihnen durchaus klar, dass Kopfschmerzen kein ausschlaggebendes Argument sein können. Sie haben zwar an sich eine hohe Plausibilität, aber keine solche Durchsetzungskraft, denn sie sind die Schmerzen der kleinen Münze, die aufgrund ihrer Alltäglichkeit im gesamten Symptomkomplex nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Die abgewendete Psychiatisierung

Nachdem ihre körperlichen Beschwerden von den Ärzten weitgehend als Übertreibungen abgewiesen wurden und die weitere Suche nach zufriedenstellenden Diagnosen nicht fruchtet, befinden sich die Patienten in einer Zwangslage. Die Fortsetzung ihres biomedizinischen Versorgungspfades ist für sie nicht mehr möglich, ebenso wenig aber die Rückkehr in den Stand der Gesundheit, nachdem sie und ihre Familien sich mit der Krankheit häuslich eingerichtet haben. Wenn Symptome aber nicht mit somatischen Diagnosen versehen werden, hat das negative Konsequenzen gegenüber Arbeitgebern und der Familie sowie gegenüber den Ärzten. Folgende Beispiele lassen sich in den Interviews finden: Arbeitgeber werden ungeduldig und nehmen Krankschreibungen nicht mehr hin (die Zahnsanierung bei Herrn Hendrich), Ärzte sehen bei fehlendem Befund keinen Sinn in einer Behandlung (bei den Rückenbeschwerden von Herrn Brendner) oder entlassen kooperationsunwillige Patienten aus der Behandlung (bei den Magenproblemen von Frau Herwig). Angehörige geben trotz anfänglicher Zuwendung ihre Solidarisierung auf, wenn sie durch die mangelnde und nur unzureichend begründete Alltagsfähigkeit das Familiengefüge in Gefahr sehen (bei der Fußverletzung von Frau Peters).

Die Lebensentwürfe dieser Befragten bauen inzwischen auf den Krankenstand und den daraus beanspruchten Privilegien sowie symbolischen und finanziellen Wohlfahrtstransfers auf. Das sind Nachteilsausgleiche beim Behindertenstatus, Lohnersatzleistungen durch Krankengeld oder befristete Berentungen aufgrund von Erwerbsminderung. Inzwischen haben sich die Beziehungen zum Arbeitgeber verschlechtert, oder unsere Informanten sind schon länger aus dem Arbeitsleben ausgeschieden. Eine Rückkehr zum Arbeitsplatz, ja überhaupt ins Erwerbsleben, erscheint ihnen daher zunächst ausgeschlossen, wenn nicht gar versperrt. Auch die familiären Arrangements haben sich weitgehend auf ihre Anwesenheit eingestellt, wenngleich die mangelnde Alltagsfähigkeit von den Angehörigen mitunter moniert wird.

Die Arrangements sind allerdings befristet und durch Ärztinnen und Gutachter jederzeit kündbar. Der Dauerkrankenstand führt in eine Dauerwarteschleife, und die Patientinnen und ihre Familien haben nun ein Interesse daran, den Zustand zu entfristen, um ihre Lebensentwürfe zu stabilisieren. Das treibt die Patienten aus mehr oder minder freien Stücken, auf ärztliches Anraten oder durch Drängen ih-

rer Angehörigen von der biomedizinischen in die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung.

Aushandlungen, die den Einweisungen in die psychosomatische Abteilung vorangehen, sind häufig konflikthaft und bilden nach dem Unfall oder der Erkrankung, womit die Krankenkarrerien begann, einen zweiten Wendepunkt. Wenn die Patienten weiterhin unangemessen auf ihre Alltagsunfähigkeit und auf ihren Verhaltensauffälligkeiten beharren, kommt es zu einer Kaskade von Interaktions-episoden, in denen Angehörige, Arbeitgeber oder Ärztinnen die Geduld verlieren, den Dauerrückzug anklagen und den mit der eingeschränkten Gesundheit begründeten Absenz vom Alltag anzweifeln. Unter Umständen gehen sie bei den Anstrengungen, unsere Informantinnen zu den üblichen Routinen zurückzubringen, zweckgerichtete und temporäre Bündnisse ein, die vorübergehend in die psychiatrische Versorgung führen.

Der Einstieg in die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung wird am Beispiel von Frau Peters erläutert, die zunächst von der Familie unterstützt wird. Aufgrund ihrer Fußschmerzen vernachlässigt sie zunehmend ihre Obliegenheiten im Haushalt und in der Familie und lehnt ärztliche Behandlungsvorschläge ab, was der Ehemann nach einigen Jahren nicht mehr hinnimmt. Obwohl ein Rechtsverfahren mit der Unfallversicherung anhängig ist, auf deren Entschädigungszahlung auch der Ehemann hofft, wird dessen Geduld überstrapaziert, der die Funktionsfähigkeit der fünfköpfigen Familie bedroht sieht. Er initiiert einen klärenden Hausarztbesuch, in dem unsere Informantin mit dem Ernst der Lage konfrontiert wird. Frau Peters beharrt zunächst auf ihren Standpunkt, noch ein Jahr auf eine Operation zu warten, von der sie sich eine Teilgenesung erhofft. Damit kann sie sich aber gegenüber Ehemann und Hausarzt nicht durchsetzen und macht eine Szene, die für den Hausarzt der Anlass ist, ihr Beruhigungsmittel zu verabreichen und einen Aufenthalt in der Psychiatrie vorzuschlagen. Das wird vom wieder solidarisch auftretenden Ehepaar aber abgelehnt. Stattdessen einigt man sich auf die Überweisung an einen niedergelassenen Psychiater, der weiterhin Psychopharmaka verschreibt und mit dem die Einweisung auf die psychosomatische Abteilung vereinbart wird.

Dramatische Szenen mit medizinischen Expertinnen werden in den Krankengeschichten regelmäßig geschildert. In ihnen bestehen Patienten weiterhin auf ihrer Alltagsunfähigkeit aufgrund ihrer anerkannten somatischen Diagnosen, die sie aber aus Sicht der Ärztinnen in unzumutbarer Weise ausspielen. Wenn keine Entschärfung der Situation herbeigeführt wird, Patienten also kein Einsehen zeigen, weisen ihnen die Ärzte nicht mehr nur den Status psychisch überfordert zu (das kennen die Patientinnen bereits und haben es abgelehnt), sondern sie erhöhen den Druck und definieren unsere Informantinnen nun als psychiatrische Fälle. Hier weitere Beispiele:

Bei somatisch unklarem Befund wird in Arztkontakten regelmäßig eine psychologische Behandlung angeraten (Frau Reiser) oder gar mit der psychiatrischen Versorgung gedroht (Herr Hendrich). Es kommt zu kurzfristigen stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken (Frau Wert) oder zur Konsultation eines Psychiaters (Frau Peters). Ab und an bemerken die Patienten die Drohkulisse und suchen, die Niederlage vorausschauend, freiwillig die psychiatrische oder psychologische Versorgung auf (Frau Schaumberg, Frau Wert). Regelmäßig werden jedenfalls Psychopharmaka verabreicht. Beschwerdeführer und Kläger sind in mitunter wechselnden Koalitionen Angehörige und Ärzte sowie im Hintergrund und vermittelt über das Arbeitsrecht, die Arbeitgeber.

Mit der Psychiatrisierung wird zwar der Krankenstand beibehalten (und weiterhin in der Warteschleife verblieben), allerdings auf Kosten einer größtmöglichen Stigmatisierung. Patienten laufen Gefahr, endgültig als kompetente Teilnehmer an Aushandlungen der geteilten Wirklichkeitskonstruktionen an Mitspracherecht zu verlieren, wenn ihnen der Kompletterverlust ihrer Glaubwürdigkeit als Person droht. Daran sind weder sie selbst noch die anderen Beteiligten, insbesondere die Angehörigen, ernsthaft interessiert, denn in der Psychiatrie wird kaum geheilt, und die Handlungsunfähigkeit wird absehbar auf Dauer gestellt sein.

Die Psychiatrisierung ist zwar eingetroffen, allerdings eher sanft in Form von Psychopharmaka und psychiatrischen Beratungen, in denen weitgehend nur der Aspekt der Definition der Krankheit eine Rolle spielt und nicht die Gesamtperson der Patientinnen zur Disposition steht. Trotzdem drohen weitere härtere Maßnahmen und ein ungewisser und durch die Patientinnen nicht mehr kontrollierbarer Verlauf.

Auf dieser Stufe der Krankenkariere führen unsere Informantinnen eine Entschärfung ihrer Situation herbei. In entscheidenden Aushandlungen mit Angehörigen, Ärzten und sogar dem Personal der psychiatrischen Einrichtungen beweisen sie, dass sie trotz ihrer Alltagsuntauglichkeit den Wirklichkeitskonstruktionen der anderen Beteiligten zustimmen, und beugen sich den psychologischen Deutungen ihrer Pathologien, die sie vorher abgewiesen haben. In letzter Minute wehren sie, unterstützt von ihren Angehörigen, den weiteren Gang in die Psychiatrie ab. Sie geben zu, dass ihre Ansprüche an Alltagsunfähigkeit und ihre Ansprüche an die Zuweisung somatischer Diagnosen zumindest teilweise unrealistisch sind, und kommen zur Einsicht in die wirklichen (d.h. von anderen definierten) Krankheitsdeutungen, was schnell willkommen geheißen wird. Somit lockern sich die bereits angewendeten institutionellen Zuweisungen. Dabei hilft es unseren Informantinnen, dass sie in der Regel durch ihre Krankenkariere schon direkte und indirekte Erfahrungen mit der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung haben. Zudem haben einige in diesen Bereichen gearbeitet oder Bekannte, Familienangehörige oder Arbeitskollegen, die damit Kontakt hatten. Sie sind also zumindest ansatzweise mit dem Vokabular des Rechts, der Medizin und der Verwaltung vertraut

und kennen die möglichen Konsequenzen (vgl. Dellwing 2008: 162ff.). Durch die Kenntnis der Vor- und Nachteile des institutionellen Systems stimmen sie schließlich bereitwillig, aber nicht ganz freiwillig, den neuen Zuweisungen zu.

Das Spiel um die Definition ihrer Krankheit haben unsere Informantinnen damit nicht gewonnen, denn mit dem Eingeständnis der Unrechtmäßigkeit ihrer Ansprüche werden für sie nun neue Einsortierungen und neue institutionelle Vorkehrungen getroffen. Als kleineres Übel (gegenüber der Psychiatrisierung) kaufen sie die Zuweisung ihres Zustands als psychosomatische Erkrankung als Kompromiss ein. Immerhin können sie damit die Ansprüche an den somatischen Anteilen beibehalten, wenngleich diese nun durch psychologische Erklärungen ergänzt werden. Auf diesem Zugeständnis basieren die Koalitionen mit Angehörigen und den medizinischen Expertinnen, mit denen unsere Informanten die Einweisung auf die psychosomatische Abteilung hinnehmen. Zwar haben sie sich auch mit dem Abwenden der Psychiatrisierung moralische Beschädigungen einzugestehen, aber sie haben zumindest die Glaubwürdigkeit ihrer Person gerettet. Sie können weiterhin den Krankenstand aufrechterhalten und befinden sich weiterhin in der Warteschleife um eine Festlegung auf einen Lebensentwurf außerhalb der Erwerbsarbeit.

In der Defensive

Ein früher Ruhestand lässt sich nur qua Invalidität erreichen, was aber seine Tücken hat. Unsere Informanten gehen von einem älteren Krankheitsmodell aus: Krankheit ist demnach körperlich, unverschuldet, kausal erklärbar, distinkt und objektiv erkennbar. Sie erwarten zudem ein paternalistisches Verhältnis zu ihren Ärztinnen. In der Medizin haben sich die Dinge aber geändert: Krankheiten sind komplexer geworden, ebenso die Behandlungsabläufe. Prinzipiell ist die Medizin zwar nicht vom szientistischen Krankheitsverständnis abgerückt, aber von den Patientinnen werden nun Selbstsorge und eigene Vorkehrungen zur Gesunderhaltung erwartet. Anstatt Anweisungen zu befolgen, sind sie aufgefordert, bei Entscheidungsfindung und Behandlung aktiv mitzuwirken. Die sprechende Medizin lädt die Ärztin-Patient-Kommunikation therapeutisch auf.

Diese Melange führt zu einem Missverständnis, in dem ein Teil der Patientinnen aus dem alten Mittelstand in eine Falle läuft. Ihre vorgebrachten Symptome, insbesondere Schmerzen, werden von den Ärzten ernst genommen, auch wenn keine Befunde vorliegen. Es gibt kaum Ärzte, die Patientinnen abweisen (während die Medizin der alten Bundesrepublik nur wenig Verständnis für die kleinen Wehwehchen aufbrachte, was aber auch von den Patientinnen akzeptiert wurde). Daher fühlen sich Letztere in ihren Ansprüchen erst einmal bestätigt und verfangen sich im medizinischen System. Aufgrund ihres Krankheitsverständnisses weisen sie allerdings die psychologisch-therapeutischen Deutungsangebote ab, die überhaupt nicht in ihrem Blickfeld liegen. Im weiteren Behandlungsverlauf kommen Ärzte an

ihre Grenzen und vermitteln die Patienten daher an die psychologisch-therapeutischen Expertinnen. Dort wollen diese zwar nicht hin, haben sich aber inzwischen auf ihre Krankheit verpflichtet. Die drohende Psychiatrisierung ist letztlich eine Kränkung der alten Mittelstandsideale.

Die von unseren Informantinnen berichteten Aushandlungen in der Familie, mit ihren Arbeitgebern und den Ärztinnen sind nicht nur von der Verteidigung ihrer angeschlagenen Identität motiviert, sie führen auch einen Kampf gegen den sozialen Abstieg. Als vorläufiges Fazit sollen dazu einige milieusozilogische Anmerkungen folgen: Unsere Informantinnen aus dem alten Mittelstand befinden sich in einer biografischen Defensive. Ihre alten Klassenstrategien des Beibehaltens vom Status quo, der Genügsamkeit, der Pflichtethik und der Selbstdisziplin geraten von zwei Seiten unter Druck: durch das aus einem Teil der alten Mittelschicht aufgestiegene mittlere Milieu der Selbstverwirklichung sowie durch die aus dem Mittelstand abgestiegene neue Unterklasse (vgl. dazu Bahl 2014, Hardering 2011, Reckwitz 2017: 350-370).

Der gesellschaftliche Wandel von der Industriemoderne zur Postmoderne zeigt sich etwa in der Flexibilisierung der Erwerbsarbeit, der Entstandardisierung des Normallebenslaufs und der Pluralisierung der Lebensformen. Mit der Individualisierung seit den 1980er-Jahren hat der alte Mittelstand seine gesellschaftliche Orientierungs- und Normierungskraft verloren, dessen Werte und Lebenspraxis keinen allgemeinen Anspruch mehr besitzen. Die Arbeits- und Lebensethik des alten Mittelstandes als Träger kollektiver Werte wird damit entwertet. Nach dem Einbüßen der ordnungsstiftenden Funktion der alten Orientierungsmuster werden neue Deutungsangebote (etwa die der Selbstverwirklichung) von einem Teil von ihnen aber auch nicht aufgenommen. Man hängt noch zu stark den alten Idealen an, hat nicht das kulturelle Kapital oder die Möglichkeiten für Bildung oder arbeitet ohnehin schon auf unsicheren Arbeitsstellen. Zudem beruht berufliche Aufwärtsmobilität durch betrieblichen Dauerstrukturwandel nicht mehr auf dem Senioritätsprinzip. Man kann sich also nicht mehr sicher sein, sich in der Firma hochzuarbeiten. Ohne einen Bildungs- oder Berufsaufstieg besteht nun die Gefahr, in die Unterklasse abzurutschen. Der soziale Status quo jedenfalls sichert in einer Gesellschaft des Dauerwandels nicht einmal mehr den erreichten Lebensstandard. Gesellschaftsdiagnosen kommen zu dem Befund, dass ein Teil des verbliebenen alten Mittelstands das Gefühl hat, nicht mehr mithalten zu können (z.B. Bude 2008, 2014).

Die typischen Bewältigungsmuster sind zumindest bei unseren Informantinnen nun nicht mehr erfolgversprechend: Das Festhalten an alten Erwartungen bedeutet letztlich, dass sie sich an den sozialen Wandel nicht anpassen können. Man hängt am Ort und am Betrieb fest und kann nicht flexibel auf Umstrukturierungen reagieren. Selbst die Selbstdisziplin, sich durchzubeißen, hilft nicht mehr. Sie ist keine Investition in einen besseren Status, sondern kann nur noch für die Vertei-

digung der Milieuidentität und im Kampf gegen den sozialen Abstieg in Anschlag gebracht werden. Neue Statusstrategien sind noch nicht entwickelt, und das alte Versprechen eines sicheren Lebens erfüllt sich nicht.

Die Identifikation mit den Geschlechtervorstellungen des alten Mittelstands führt die Frauen in unserem Sample zusätzlich in eine problematische Lage: Die nach diesem Ideal vorgesehene, ausschließlich zu Hause zu erledigende Erziehungsarbeit ist entwertet. Obwohl Emanzipation nicht angestrebt wird, gehen diese Frauen dennoch der Erwerbsarbeit nach, finden dort aber nicht Erfüllung und Anerkennung. Gleichzeitig haben sie das Gefühl, ihre Mütterpflichten nicht zu erfüllen. Hinzu kommt, dass die Kinder unter Umständen den generativen Auftrag nach Statusbehalt oder Aufstieg nicht erfüllen, wenn sie keinen höheren Bildungsabschluss erwerben – ein Manko der Erziehung, das bei den Frauen haften bleibt.

Sowohl Männer als auch Frauen können mit diesen Defiziten nicht mehr mit Stolz auf ihre Lebensleistung zurückblicken, die weder symbolisch noch materiell sichtbar wird. Übrig bleibt die Strategie, den drohenden sozialen Abstieg zumindest durch die sichere Wohlfahrtsposition eines vorgezogenen »wohlverdienten Ruhestandes« aufzuhalten – nach einem Altersbild, das schon die Eltern gelebt haben. Man war schließlich sein Leben lang fleißig, hat gearbeitet und Kinder großgezogen. Nicht alle der genannten Merkmale treffen für unsere Informantinnen und Informanten gleichermaßen zu, dennoch sind sie empirisch sichtbar.

4. Der pathologisierte Schmerz

Bisher wurden Kopfschmerzen aus der Perspektive des Alltags betrachtet, wo sie weitgehend in dortige Sinn- und Praxisstrukturen eingehen. Die andere Seite, die Pathologisierung, wurde als Abweichung behandelt, die sich an der Normalität messen lassen muss. Die Fallbeispiele aus dem Sample der Angestellten und derjenigen mit angehäuften Lebensproblemen zeigen schon, dass Kopfschmerzen eine öffentliche Statur besitzen: Sie werden von Ärztinnen und Therapeuten behandelt, sie gehen als Ressourcenverbrauch und Fehltage in die volkswirtschaftliche Verlustbilanz ein und werden von Patientinnen als Geschichten des Leidens und von Medizinern als Geschichten des heroischen Kampfes medial inszeniert. Infolge der medizinischen Diagnose und Behandlung wandeln sich Alltagsschmerzen zur Pathologie – diesem Aspekt wird sich nun systematisch gewidmet, indem im Folgenden gleichsam die Perspektive gewechselt und von pathologisierenden Praktiken aus auf den Alltag geblickt wird.

Medizinische Behandlungen entfalten weitreichende Wirkungen in Interaktionen, Zuschreibungen, Lebensentwürfen und Umgangsformen im Alltag, worin sich Medizin durchsetzt, ggf. aber auch abgelehnt wird. Im Zentrum der Aufmerksamkeit therapeutischer Verfahren sowie medizinischer Vorstellungen – zu denen hier auch die psychologischen gehören sollen – stehen Symptome; mit ihnen wird Identität zugeschrieben und von den Patienten aufgenommen.

In Einrichtungen der psychosomatischen Versorgung und der Kopfschmerzmedizin bekommen die Patienten ein neues Verhältnis zu ihrem Körper und ihren Schmerzen vermittelt, sie erlernen neue Wahrnehmungen und erwerben neue Einstellungen. Damit arrangieren sie ihr Leben neu und gehen ein anderes Verhältnis zu ihrem Alltag, den Verpflichtungen und Rechten sowie zu ihren Bezugsgruppen ein. Das Erwerben neuer Deutungen im medizinischen Milieu – einer eigenen, unter Umständen neuartigen Kultur – geschieht im Zusammenspiel von Expertentheorien und Laienvorstellungen sowie in der Interaktion zwischen Therapeutinnen und ihrem Verfahren mit den Symptomen und den Lebensgeschichten der Patienten.

Die medizinischen Einrichtungen werden hier als sozialisierende Korrektivinstitutionen untersucht, in denen Patientinnen auf Behandlungsverfahren und Be-

handlungsideologien eingeschworen werden. In der Psychosomatik gehen Kopfschmerzen und Migräne (wie auch Schmerzen insgesamt) in eine Semantik des psychischen Befindens und der emotionalisierten Selbstdarstellung ein und werden von Psychodiagnosen absorbiert (Kapitel 4.1). Ihre Krankheitslehre richtet sich auf Lebensumstände und -einstellungen sowie auf frühkindliche ungelöste Konflikte. Träger der Krankheit sind nicht (mehr) die Körperorgane, sondern Personen, deren Biografien und moralische Einstellungen. Im Kern der Psychosomatik als pathologischer Lehre steht die Vorstellung von einem Selbst, das seine Gefühle, sein Befinden und seine körperlichen Dispositionen nicht eigenverantwortlich managt. Ein Bearbeitungsziel ist daher Selbstverantwortung.

Mit den neu erlernten Empfindlichkeiten wird ein Optimierungsprozess betrieben, allerdings einer, der – soweit beobachtet wurde – biografisches Scheitern abfedert (Kapitel 4.2). Patienten der Psychosomatik wägen zwischen dem Stigmatapotenzial der Psychodiagnose und möglichen biografischen Gewinnen ab. Ein Teil der Klientel, insbesondere aus den Milieus der unteren Dienstleistungssegmente, beherrscht allerdings nicht die kulturellen Normen der emotionalisierten Selbstreflexion. Damit aber wird die geforderte therapeutische Semantik nur unzureichend verstanden und nur unzureichender Teil der Handlungspraxis, mit dem sich im Alltag Gewinne einfahren lassen. Diese Patientinnen sind weitgehend in den Psychoverfahren und deren Zuschreibungen gefangen und lavieren sich in eine Außenseiterpositionen, die aber aufgrund der wohlfahrtsstaatlichen Unterstützung relativ stabil ist.

Auch die auf Kopfschmerzen spezialisierte Neurologie schließt an das Management des Selbst an (Kapitel 4.3). Im Kontrast zur Psychosomatik erzieht sie ihre Patientinnen zu Migräneexpertinnen, die dort die neueste Theorie des Migränegehirns kennenlernen, mit der die Krankheit Ausdruck der Besonderheit und des Elitären wird. Patientinnen erhalten so einen identitätsbestimmenden Masterstatus, der weit über die konventionell-episodische Krankenrolle hinausgeht. Mit der neuen Migränetheorie sind sie in der Lage, ihren Alltag und ihre Bezugspersonen zu dirigieren (Kapitel 4.4). Während also die neurologische Schmerzmedizin ihren Patienten Deutungen des Elitären mitgibt, repräsentiert die Psychosomatik die Krankheitsverluste, deren Konsequenzen sie zu erleichtern sucht.

4.1 Psychosomatik: Leiden am Leben

Psychosomatik ist als Kontroll- und Korrektivinstitution für Abweichungen vom therapeutischen Imperativ der emotionalen Gesundheit anzusehen, und es ist zu untersuchen, welche Bedeutung Kopfschmerzen in diesem medizinischen Milieu einnehmen. Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie sowie deren unterschiedliche Schulen und Verfahren sehen sich zuständig für die Leiden der emotionalen

Ausdrucksfähigkeit als definierte, benennbare und narrativierbare Behandlungsgegenstände der Selbstreflexion (Ehrenberg 2015, Illouz 2009, Maasen 2011, Rau 2016). Zentral ist dabei wie für alle Pathologien, die an die Medizin überwiesen werden, die eingeschränkte Handlungsfähigkeit der Patienten, deren Ursprung in diesem Fall in Empfindlichkeits- und Emotionskomplexen, also in psychophysischen Dispositionen gesehen wird. Die Aufgabe der therapeutischen Institutionen besteht nun darin, Empfindlichkeiten erzählbar zu machen, sodass sie im Alltag mit sinnvollen Strategien belegt und angewendet werden können.

Im Folgenden werden unsere Informantinnen und Informanten aus dem Kapitel 3.7, die an ihren Lebensproblemen leiden, weiter verfolgt. Die Lösungsversuche in deren vorklinischer Phase führten in die stationäre bzw. teilstationäre Versorgung, von der nun berichtet wird. In Kapitel 4.2 werden dann die Konsequenzen dargestellt, die der Aufenthalt für sie, für ihren Lebensentwurf und ihre Angehörigen hat.

Verlaufsformen

In der Psychosomatik machen sich Patientinnen neue Deutungen ihrer Symptome zu eigen, die sie mit ihrer Biografie verknüpfen. Im stationären Aufenthalt lernen sie, dass diese (vorher von ihnen abgewiesenen) Deutungen durchaus Profit für ihre Lebensentwürfe versprechen. Damit allerdings verlieren auch die Kopfschmerzen ihre biomedizinisch-neurologische Statur und gehen in den psychosomatischen Deutungskomplex ein, denn sie sind darin Platzhalter und Symbol der Leidensgeschichten, die nun Gegenstand der Therapien werden. An ihnen kristallisieren sich die neuen Krankheitsdeutungen, mit denen die Lebenssituation und die Biografie pathologisiert werden. Das Ergebnis des Manövers besteht darin, dass die Krankheit vom Körper auf die Lebensgeschichte übertragen wird.

Ohne Zweifel durchlaufen unsere Informantinnen auf der psychosomatischen Station eine Sozialisierung, in der an ihrer Identität gearbeitet wird. Geliefert werden dafür zwei Deutungsangebote: das Stresskonzept und das psychodynamische Konzept. Beide werden in unterschiedlicher Weise, je nach Vorgeschichte, sozialer Lage und Lebensentwurf, aufgenommen. Das Stresskonzept ist vor allem für Patientinnen interessant, die der Psychosomatik skeptisch gegenüberstehen, aber dennoch dezidiert strategische Ziele mit dem Aufenthalt verfolgen (z.B. Frau Ingram, Frau Reiser, Frau Jonas). Sie beharren weiterhin auf somatischen Ursachen ihrer Handlungsunfähigkeit und sehen in der psychosomatischen Etikettierung eine unzumutbare Beschädigung ihres Selbst. Das Stresskonzept ist weiterhin für Patientinnen attraktiv, die eine Wiederkehr in ihren Alltag anstreben und nicht als neurotische Dauerkrankte gelten wollen (z.B. Frau Herweg, Frau Mock, Frau Lender). Psychodynamische Deutungsangebote nehmen hingegen jene Patienten auf, die sich in einer akuten Lebenskrise befinden und »weder ein noch aus wissen«

(z.B. Herr Hendrich, Frau Wert). Aufgrund ihrer angeschlagenen Identität sind sie anfällig für die psychosomatischen Vorstellungen. Während ihres stationären Aufenthalts legen sie ihr altes Selbst ab und nehmen neue – psychopathologische – Identitätsdimensionen auf. Ähnliches gilt auch für Informantinnen, die schon mit dem therapeutischen Betrieb bekannt sind und dort ihre Diagnosen auffrischen (z.B. Herr Brendner, Frau Koch). Sie kooperieren mit den therapeutischen Praktiken und verfolgen dabei ihre Interessen.

Skepsis und Strategie

Insbesondere in der ersten Zeit des Aufenthalts in der psychosomatischen Abteilung sind einige Patientinnen gegenüber den neuen Deutungsangeboten skeptisch. Ihre Zweifel haben vor allem dann ein großes Beharrungsvermögen, wenn sie sich während ihrer längeren Krankenkariere auf körperorganische Erklärungen der Schmerzen festgelegt haben und nur oberflächlichen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungsmilieu hatten. Diese Patienten akzeptieren nur sehr widerwillig psychosomatische Erklärungen für ihre Symptome und schon gar nicht für ihre Kopfschmerzen, sind aber pragmatisch genug, um Elemente daraus aufzunehmen, schon aus der Not heraus, dass ihnen keine anderen Diagnosen mehr zugewiesen werden, wenn sie sich auf einen Krankenpfad begeben haben, von dem es kein Zurück mehr gibt.

Einen Fallverlauf des beruflichen Abstiegs repräsentiert Frau Ingram (57 Jahre alt, freiberufliche Projektentwicklerin). Nachdem sie nach einer Umstrukturierung in ihrer Firma vor fünf Jahren gekündigt hatte, weil sie mit dem angebotenen Arbeitsplatz nicht zufrieden war, aber auch nicht für einen ihr angemessenen Arbeitsplatz in eine andere Stadt umziehen wollte, hatte sie mit der Selbstständigkeit bei einer hohen Arbeitsbelastung nicht den gewünschten Erfolg. Sie sieht Schmerzen immer noch körperlich als »eine Störung im Organismus« (20: 17) und nicht des seelischen Apparats. Trotzdem nimmt sie die Thematisierung des Psychischen auf und erinnert sich an eine Krankenkassenbroschüre, in der stand,

dass der Körper keinen Unterschied kennt [...] zwischen seelischen Belastungen und körperlichen Belastungen. Das Schmerzempfinden ist das gleiche, ob ich mich schneide oder ob ich traurig bin, [...] wo auch die schlimmste Stufe von Belastung, seelischer Belastung, Rückenprobleme sind. (11: 13ff.)

Dass Frau Ingram ihre Kenntnisbestände aus einer Broschüre paraphrasiert, aber nicht die Therapien anführt, deutet auf die Oberflächlichkeit ihrer Aneignung. »Seelische Belastungen«, die sie haben könnte, beweisen sich im weiteren Verlauf des Interviews nicht. Dass Frau Ingram sie anführt, ist demnach eher sozial erwünschten Einstellungen im psychosomatischen Milieu geschuldet.

Tatsächlich sind Rückenschmerzen ihr Hauptproblem. Durch zwei vorangegangene Operationen an der Wirbelsäule ist Frau Ingram auf den orthopädischen Krankheitspfad abonniert. Dass sie sich nicht als psychosomatische Patientin festgelegt wissen will, liegt an der starken Beweiskraft der Schmerzen durch die orthopädische Markierung der beiden Operationen (vgl. Göckenjan et al. 2013). Selbst nach einem Nervenzusammenbruch und der anschließenden achtmonatigen Krankschreibung vor Aufnahme in die psychosomatische Abteilung ist therapeutische Dauerreflexion nicht ihre Sache: »Im Grunde ist immer einer da, der mal kurz reden möchte, und das nervt mich eigentlich« (21: 1f.). Sie kritisiert die vielen Gesprächsgruppentermine und berichtet lakonisch über die Therapieangebote: »Schön, ich mache Speckstein und bastle mit Ton und dekoriere freitags schön den Tisch. und dann bin ich wieder weg« (21: 9ff.). Stattdessen möchte sie mehr Physiotherapie belegen, um ihre Bandscheibenprobleme in den Griff zu bekommen.

Ähnliche Deutungen hat sie auch für ihre Kopfschmerzen, die während ihres Abiturs im Alter von 17 Jahren begannen, im Alter von 24 Jahren für vier Jahre bis zur Geburt des Kindes eskalierten und sich anschließend normalisierten. Frau Ingram behandelt ihre Kopfschmerzen je nach Selbstdiagnose als Migräne oder Spannungskopfschmerzen mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln, Kaffee, Schlaf und Bewegung und kommt damit gut zurecht. Für sie sind Kopfschmerzen ein körperliches und kein seelisches Symptom, genauso wie ihre Rückenschmerzen. Über ihre »Druckkopfschmerzen«, die vor vier Jahren begannen, sagt sie:

Ich kann das fast [...] anfassen, diesen Schmerzpunkt dann und wenn ich 'ne Weile Treppe hoch, Treppe runter, mich bewegt hab' und Kaffee getrunken habe und so, dann löst sich das wieder auf. Deswegen sag' ich immer »Druckkopfschmerz«. Ich habe das Gefühl, ich habe auf etwas gelegen [...], was dazu geführt hat, dass es halt schmerzt. (7: 20ff.)

Ihre geradezu haptisch erfahrenen Kopfschmerzen haben ihre Ursache in körperlichen Belastungen – schlechter Schlafhaltung und langem Sitzen – und werden also mit körperlich-stofflichen Mitteln – Bewegung und Kaffee – bekämpft. Solche skeptischen Patienten schneiden aus ihrer Lebenssituation einige Aspekte heraus, die sie dem Therapeuten anbieten und zum Gegenstand der Therapie machen, aber eben nicht alles, vor allem nicht ihre Biografie. Von der Behandlung hat Frau Ingram eine klare Vorstellung, offiziell erhofft sie sich das Aufarbeiten ihrer beruflichen Situation, eigentlich strebt sie die Entfristung ihrer Erwerbsminderungsrente an.

Das Stresskonzept

Nicht alle Symptome und Schmerzen gehen also in den psychosomatischen Krankheitskomplex ein. Jene, für die es den Patienten im Vorfeld gelungen ist, die biomedizinische Statur zu bewahren, bleiben zunächst in dieser Sphäre. Aber die Patientinnen können weder alle institutionellen Deutungsangebote ablehnen noch sich dauerhaft der psychologischen Zuweisung ihrer Symptome verweigern, sonst würden sie Gefahr laufen, ihren Krankenstatus und die damit zusammenhängenden Ansprüche und Privilegien zu verlieren.

Als Kompromiss zwischen psychiatrischer Pathologisierung und organischer Ursachensuche bietet die psychosomatische Abteilung Vorstellungen an, wonach die Beschwerden in konkreten Situationen und konkreten sozialen Konstellationen verortet werden. Zugrunde liegt das verhaltenspsychologische Konzept von Stress (Selye 1974), mit dem die Pathologisierung der Kindheit oder Jugend aus dem Behandlungsgeschehen ausgeklammert werden kann (aber nicht muss). Mithilfe des Stresskonzepts wird die Statur der Schmerzen weiterhin als biomedizinisch aufrechterhalten, kann bei Bedarf aber auch in den Raum der psychischen Beschwerden hinüberreichen. Patientinnen nehmen daher zwar die psychologischen Deutungen auf, dehnen diese aber nicht auf alle Symptome und Ereignisse aus. Sie weisen Symptome, auslösende Ereignisse und den Verlauf jeweils somatischen oder psychischen Sphären zu, wobei sie die körperlichen Symptome gegen therapeutische Vorstellungen dezidiert verteidigen. Bei diesem Patienten sind die psychologischen Wissensbestände eher oberflächlich. Um die Wirkungen des Stresskonzepts auf die Krankenkarrriere zu verstehen, soll darauf näher eingegangen werden.

Im Stresskonzept stehen physiologische Prozesse im Vordergrund, mit denen auf äußere Belastungen reagiert wird: Diese sind die Erwartungshaltungen der anderen: »Stress«, so definiert Selye (1974: 58), »ist die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird«. Zentral ist die Vorstellung, dass bei Gesunden Belastungen und deren Bewältigung ein Gleichgewicht (Homöostase) bilden, das bei Störungen (Heterostase) immer wieder angestrebt wird. Diese Normalform der Bewältigung von Eustress stellt Selye dem krankheitsauslösenden Distress gegenüber: Bei zu hohen Dauerbelastungen oder bei anhaltend inadäquaten Bewältigungsmustern gelingt die Herstellung des gesunden Gleichgewichts nicht, und der Körper adaptiert den heterostatischen Dauerzustand mit Pathologien. Die Vermittlung zwischen äußeren Belastungen (Stressoren) und körpereigener Bewältigung (Coping) stellen die Bewertungen der Belastungen durch Patienten auf der Grundlage ihrer Einstellungen, Motive und Haltungen dar, mit denen die physiologischen Reaktionen angeleitet werden. Werden etwa kleine Belastungen sehr ernst genommen und dafür ein unangemessen hohes Maß an physiologischer Reaktion in Gang gesetzt, kann es genauso zu einer

Heterostase kommen, wie die Homöostase beibehalten werden kann, wenn große Belastungen ignoriert werden. Insofern ist auch das individuelle Bewertungssystem ein Stressor, durch den Krankheiten ausgelöst werden können bzw. der vor ihnen schützt. Das Phänomen Stress wurde inzwischen zur kollektiv geteilten Laienvorstellung, die in Gesundheitsratgebern auf den Alltag heruntergebrochen wird und deshalb für die Patientinnen anschlussfähig ist.

Nach der Stresstheorie sind Kopfschmerzen Fehlanpassungen auf der Grundlage zu hoher Anforderungen bei zu hohen oder falschen eigenen Erwartungshaltungen. Dazu Selye (1974: 156):

Geistige Spannungen, Enttäuschungen, Unsicherheit und Ziellosigkeit zählen zu den schädlichen Stressoren, und psychosomatische Studien haben gezeigt, wie oft sie Migräne, Magengeschwüre, Herzinfälle, erhöhten Blutdruck, Geisteskrankheiten, Selbstmorde oder auch nur ein hoffnungsloses Elendsgefühl auslösen.

Solche über Bewertungen vermittelte Reiz-Reaktions-Vorstellungen werden auch von anderen Autoren in der Kopfschmerzliteratur vorgestellt. Dauerbelastung und Daueranspannung befördern bei inadäquaten und eintönigen Körperhaltungen unangemessene Muskelmehrarbeit, die wiederum zu Spannungskopfschmerzen führt (Bischoff et al. 2003: 836f.). Die dysfunktionale Muskelaktivität wurde schon in der Kindheit konditioniert. Bischoff et al. (2003: 836) fassen eine Studie wie folgt zusammen:

Tatsächlich zeigen Patienten mit Spannungskopfschmerzen unter sozialem Stress verminderte Expressivität und reduzierte kommunikative Bewegungen der Arme und des Kopfes. Gleichzeitig korreliert die Hemmung mit den erhobenen Muskelspannungswerten.

Ähnliche Mechanismen werden für Migräne angenommen. Fehlanpassungen und inadäquate Werthaltungen wie überforderndes Leistungsstreben, Leistungskonflikte und Überanstrengung – wozu auch Überforderung durch Unterforderung gehört – werden mit physiologischen Aktivitäten in Verbindung gebracht, die Kopfschmerzen auslösen, etwa aufgrund von Serotinausschüttungen oder von Dilatation der Blutgefäße des Kopfbereichs (Franke 1981: 141, Knapp 1983a: 201ff.). Das verhaltenspsychologische Stresskonzept hat auch als ergänzendes Modul in biomedizinischen Behandlungsprogrammen Platz gegriffen (z.B. Fritsche und Gaul 2013).

Leiden an der Lebenssituation

Mithilfe des Stressmodells kooperieren Patienten mit dem psychosomatischen Programm, ohne gänzlich die biomedizinische Statur ihrer Symptome aufgeben zu

müssen. Neben Frau Ingram ist Frau Jonas ein Beispiel dafür. Im vorangegangenen Abschnitt wurde berichtet, dass sie Rückenschmerzen hat, die, wie sie berichtet, in den Kopfbereich ausstrahlen. Ihre Kopfschmerzen belegt sie deshalb mit dem Etikett Spannungskopfschmerzen, anstatt der ärztlichen Diagnose der Migräne zu folgen. Auf der psychosomatischen Station ist sie aber nicht wegen ihres Rückens, sondern aufgrund einer Magenschleimhautentzündung, die sie mit hohem Arbeitsstress begründet:

Stress, Stress, Arbeitsstress, würd' ich sagen. [...] Der Hauptpunkt ist bei mir so der Arbeitsplatz. [...] Der Druck ist einfach immens geworden. Heute wird gesagt: »Die und die Fälle sind zu bearbeiten, und das habt ihr zu schaffen. Ist das nicht der Fall, gibt es Konsequenzen.« Und das war früher nicht so. Wir haben unsere Arbeit gemacht. [...] Aber dieser Druck ist einfach viel stärker geworden. (13: 7ff.)

Frau Jonas lässt zu, dass ihre Magenprobleme mit einem psychosomatischen Etikett belegt werden, aber nicht ihre Rückenschmerzen, die bereits schmerzmedizinisch von einem Orthopäden behandelt wurden. Mit dem Stresskonzept wird das Magen-Darm-Problem als paradigmatische psychosomatische Störung zur zweiten distinkten Symptomarena. Die abschwächenden Kopfschmerzen verlieren im Wechselspiel zwischen dem somatisch definierten Rückenleiden und dem psychosomatisch definierten Magenproblemen ihre eigenständige Statur und werden von Frau Jonas dem Komplex der Wirbelsäule zugeordnet.

Das Stresskonzept, das Frau Jonas anführt, verortet Belastungen zwar im Leben der Patienten, dort aber situativ bzw. bezogen auf konkrete belastende Konstellationen, was auch von anderen Informantinnen so gesehen wird: Es sind die unmittelbar fordernden Lebensumstände insbesondere der Arbeitswelt, die die Probleme erzeugen: der unnachgiebige Arbeitgeber, der zu viel oder Falsches fordert (Herr Hendrich, Frau Schaumberg, Frau Jonas), die prekäre freiberufliche Tätigkeit (Frau Ingram, Herr Brendner), die kranken Kollegen, für die die Arbeit mit erledigt wird (Frau Herwig), oder die schlechte Stimmung im Arbeitsteam (Frau Peters). Vereinzelt wird auch Privates als stressauslösend angesehen: die Kinder, die in Schwierigkeiten stecken (Frau Wiederkopf), die pflegebedürftigen Eltern, die viel Zeit beanspruchen (Frau Lender), oder Ärger mit der Schwiegermutter (Frau Peters). Mit dem Stresskonzept können aus dem diffusen Knäuel der Lebensprobleme geeignete Bereiche, meist die Arbeitswelt, herausgelöst und bearbeitet werden.

Patientinnen berichten, dass unangemessene Anforderungen körperliche Verspannungen erzeugen, sie wenig Ruhe haben und ständig unter Druck stehen. Sie hatten zwar immer schon Schmerzen, aber die Dauerbelastungen wirken nun schmerzverstärkend, weil sie sich nicht zurückziehen und sich nicht entlasten können. Indem die Beschwerden auf die schwierigen Umstände externalisiert werden, in denen sie sich notgedrungen befinden, enthebt sie der Rekurs auf das Stresskonzept jeglichen moralischen Makels. Im Gegenteil: Selbstaufopferung,

Pflichterfüllung und ständiges Bemühen um ein gutes Miteinander weisen ihnen eine herausgehobene moralische Position zu (vgl. auch Neckel und Wagner 2013).

Die hohen Ansprüche an sich selbst stehen den Patientinnen aber auch im Weg. Die Lösung besteht dann darin, den krank machenden Ehrgeiz herunterzuschrauben und die Konstellationen so zu arrangieren, dass Belastungen lediglich im Rahmen des Machbaren nachgekommen wird. Das Stresskonzept bietet kohärente und logische Erklärungen für die Lebensprobleme, die mit den Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden, und zugleich Lösungen dafür. Damit wechselt die Arena der Pathologisierung: Die Symptome werden nicht mehr (nur) auf Störungen der Körperorgane zurückgeführt, sondern auf soziale Umstände und die Forderungen der anderen. Die neuen Arbeits- und die Familiensituationen beruhen auf der Privilegierungsstruktur der Krankenrolle, zu deren Legitimation der Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung herangezogen wird. Diesen Vorteil im Blick, wird nun die Psychosomatik von den Patienten im positiven Licht gesehen.

Organneurosen

Das Stresskonzept hält einen Kompromiss bereit für skeptische Patienten, die sich mit weitergehenden Psychologisierungen ihrer Symptome zunächst nicht anfreunden können und vor allem strategische Ziele im Blick haben. Es bietet darüber hinaus einen sanften Einstieg in vertiefte psychologische Wissensbestände. In der untersuchten psychosomatischen Abteilung gelten die unmittelbaren Lebensumstände nämlich nur als Auslöser bzw. Anlass der Leiden, deren Ursachen vielmehr in der Biografie gesehen werden. Insofern hält das Personal das Stresskonzept bei der Symptombehandlung für gut, aber weniger geeignet, um die Ursachen der Störung zu ergründen. Bessere Ergebnisse werden durch die Thematisierung von Ereignissen erwartet, die bis in die Kindheit zurückreichen können. Hierfür werden psychodynamische Konzepte bereitgehalten, mit denen nicht nur die aktuellen Lebensumstände pathologisiert werden, sondern auch die Biografie (vgl. auch Abraham 2006).

Die unmittelbare Krisensituation wird zum Anlass genommen, die Biografie der Patientinnen zu betrachten, etwa indem konkretes Verhalten und konkrete Anforderungen (der Ausgangspunkt des Stresskonzepts) als sich wiederholende Reaktionen gesehen werden, die immer wieder in problematische Situationen führen. Dass solche als Fehlanpassungen etikettierten falschen Handlungsmuster nicht zufällig sind, wird den Patientinnen anhand der Leidens Erzählungen ihrer Mitpatienten deutlich gemacht, die sie mit ihren eigenen Leidensgeschichten vergleichen. Die Ursachen für falsche Kommunikationsstrategien und falsche emotionale Reaktionen auf Belastungen werden dann in Persönlichkeitsdispositionen gesehen, die wiederum auf falsch gelaufenen Biografien basieren.

Die Logik dahinter soll kurz angesprochen werden: Die Psychosomatik als Deutungswissenschaft beobachtet das Zusammenspiel psychischer Prozesse und naturwissenschaftlich definierter physiologischer Veränderungen (Uexküll 1963: 24f., 2003). Der Körper ist Symbol psychischer Vorgänge, auf den sich psychische Probleme verschieben und in Organstörungen ihren Ausdruck finden: »Die nicht abgeführte emotionale Spannung ruft chronische vegetative Veränderungen hervor« (Köhler 1989: 21). Ausgehend von der Psychoanalyse, deuten psychodynamische Konzepte organpathologische Veränderungen als Manifestationen psychischer Vorgänge im Körper – als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse bzw. ungelöster unbewusster Konflikte insbesondere aus der Kindheit (Alexander 1950, Uexküll 1963). Die klassischen psychoanalytischen Symptome, etwa Hysterie, drücken sich zwar körperlich aus, es werden aber keine pathologischen Organveränderungen beobachtet. Bei psychosomatischen Diagnosen liegen dagegen pathologische physiologische Prozesse vor, die als »Organneurosen« oder »Konversionssymptome« bezeichnet werden (Alexander 1950, Uexküll 1963: 150).

Für die Repräsentation von seelischen Konflikten in Organstörungen gibt es Spezifitätsannahmen, nach denen seelische Vorgänge in typische physiologische Phänomene des Nervensystems transportiert werden (Bischoff et al. 2003: 828, Hoffmann und Egle 1999, Franke 1981, Köhler 1989: 22, Larbig 1982): Blockierte passiv-regressive Bedürfnisse nach Behütung und Sicherheit zeigen sich in Magengeschwüren oder Asthma. Wiederkehrende Schmerzen sind Verlagerungen psychischer Zustände zur Stabilisierung eines bedrohten Selbstwertgefühls, als Entlastung von Schuldgefühlen, zum Ersparen von Gewissenskonflikten oder als Äquivalent nicht wahrgenommener Affekte. Angestaute aggressive Energien und Feindseligkeit zeigen sich in Bluthochdruck, Migräne oder rheumatoider Arthritis.

Kopfschmerzen sind demnach Konversionsneurosen, also seelische Konflikte, die sich körperlichen Ausdruck verschaffen. In ihrer milden Form können organische Störungen seelische Konflikte entschärfen, indem sie Formen annehmen, die ungefährlich und weitgehend sozial akzeptiert sind, wie das mitunter auch für Migräne dargestellt wird (z.B. Peters 1982, Sacks 1994). In diesen Fällen sind sie eine Art »Psychoprothese« (Bischoff et al. 2003: 828), mit der ein wenn auch labiles psychisches Gleichgewicht erreicht und Alltagsstauglichkeit weitgehend sichergestellt wird, etwa wenn bei Spannungskopfschmerzen »depressive Symptome in für den Patienten akzeptable körperliche Zeichen umgewandelt werden« (Köhler 1989: 48). Migräne ist nach dieser Deutung eine fehlgeleitete Bearbeitung unterdrückter feindseliger und aggressiver Impulse (Fromm-Reichmann 1937, 1978, Köhler 1989: 22, Larbig 1982). Die Repräsentations- und Symbolfunktion von Kopfschmerzen sowie ihre Konfliktspezifität zeigen sich also in der Erkrankungsgenese aufgrund einer problematischen Kindheit. Bischoff und Traue (2004: 22f., ähnlich auch schon Larbig 1982) fassen in ihrem Überblicksartikel eine Studie folgendermaßen zusammen:

Nach psychoanalytischen Studien charakterisiert die biografische Entwicklung von Personen mit Migräne in der frühen Kindheit eine affektive Mangelkonstellation, die durch mütterliche Kühle, Zwanghaftigkeit und Härte bedingt ist. Bei den Müttern der Migräniker fanden sich vermehrt trieb- und sexualfeindliche Strebungen, bei den Vätern Weichheit und Nachgiebigkeit, insgesamt eine eher verwöhnende Haltung gegenüber den Patienten. Die Migräniker übernehmen hohe Leistungsideale von ihren Eltern in Form einer positiven Identifikation. Dies trägt dazu bei, ihre starke Erfolgsorientiertheit zu erklären.

Die Konfliktspezifität beziehen andere Autoren auf Freuds Sexuallehre und sehen in Kopfschmerzen die Bearbeitung sexueller Probleme und den Ausdruck abgewehrter sexueller Wünsche (Monsour 1957). Larbig (1982: 227) zitiert Freud, ebenfalls ein Migräniker, zweimal, der auf die Repräsentation des Phallus durch den Kopf hinweist: »Der unsterbliche Kopf ist wohl der Phallus selbst, seine Vernichtung [durch den Migräneanfall] die Kastration« (Freud 1950: 8). Der Kopfschmerz-anfall wäre symbolisch eine »Verlegung nach oben auf Kopf und Gesicht« (Freud 1940: 336). Sexualpsychologische Deutungen von Kopfschmerzen kommen in unseren Interviews allerdings nicht vor und werden deshalb hier auch nicht weiterverfolgt.

Unterdrückte Aggressionen und das Leiden an der Biografie

Psychodynamische Auffassungen werden in der untersuchten Einrichtung auf Patientinnen angewendet, die ihre Kopfschmerzdeutungen dementsprechend anpassen. Ein Beispiel für eine solche Wandlung durch die Identifikation mit psychosomatischen Deutungsangeboten ist Herr Hendrich, dessen Krankengeschichte im vorangegangenen Kapitel schon thematisiert wurde: Von seinem Nervenzusammenbruch bis zur Aufnahme auf die psychosomatische Abteilung vergingen nur einige Wochen, und die Kopfschmerzen spielten dabei keine Rolle. Dort lernt er Kopfschmerzdeutungen, die in neue Deutungen seiner Empfindlichkeit sowie seiner Biografie eingewoben sind. Die ältere Deutung, dass die Migräne durch eine Hirnschädigung in der Kindheit nach einer Medikamentenvergiftung hervorgerufen wurde, wird nun durch psychologische Konzepte überspielt: »Also die Ärzte sagen Nein! Die Migräne ist bei mir tatsächlich wirklich nur seelisch bedingt« (12: 35f.).

Mit dem Verweis auf die ärztliche Autorität mag die Übernahme der neuen Behandlungsauffassungen noch oberflächlich sein. Als er über seine Kindheit spricht, verortet er allerdings seine Migräneanfälle in psychologische Deutungsmuster. Dass er zu seinem Vater ein distanzierteres, vielleicht angespanntes Verhältnis hatte, ist zunächst noch Alltagsdeutung: »Mit meinem Vater kam ich eh nicht klar« (16: 4). Herr Hendrich beklagt die mangelnde Anerkennung durch den Vater

und übernimmt hierfür psychologisches Vokabular, wobei das Stresskonzept eine Brücke bildet: »Er hat mich also auch sehr zurückgesetzt, was dann auch in der Kindheit sehr oft seelischen Stress ausgelöst hat« (11: 9). Seine Migräne setzte nämlich mit der Schule ein, genau zu dem Zeitpunkt, als der Vater ein Studium begann. Herr Hendrich vermutet, dass er aufgrund seiner Lernschwäche die Erwartungen des Vaters enttäuschte, der ihn für »dumm gehalten hat« (11: 6).

Erschwerend kommt hinzu, dass Herr Hendrich mit seinem Bruder um die Zuneigung des Vaters konkurrierte. Auch mit ihm, der wie der Vater Ingenieur wurde, versteht er sich nicht. Rückhalt bekam Herr Hendrich nur von seiner Mutter, die eine Sonderbeschulung abwenden konnte: »Die hat immer gekämpft wie »ne Löwin für mich« (11: 18) – was sie immer noch tut, da sie die drohende Überweisung auf eine psychiatrische Station abwenden konnte. Herr Hendrich skizziert das Bild einer gespaltenen Familie mit zwei Gefühlssprachen, die jeweils die andere Seite ausschließt: Die kalte Intellektualität von Vater und Bruder steht der warmen Fürsorglichkeit der Mutter gegenüber. Als Kristallisationskern der Solidarisierung gegenüber Vater und Bruder werden die Kopfschmerzen in Stellung gebracht, die er mit der Mutter teilt.

Für Herrn Hendrich werden sie zum Repräsentanten der guten wie der schlechten Familienbeziehungen in der Kindheit und ermöglichen, die aktuellen Leiden dorthin zurückzuerfolgen. Sie sind der Beweis für etwas damals Schiefgelaufenes, das immer noch nicht gelöst ist. Als Symbol der Leidensbiografie bekommen die Kopfschmerzen zunächst eine distinkte Evidenzfunktion und lösen sich mithilfe des psychodynamischen Deutungskomplexes aus der Gemengelage der relativierenden Alltagsdeutungen und der biomedizinischen Erklärungen heraus, die alsbald einen Bedeutungsverlust erfahren.

Das psychodynamische Modell bietet die Möglichkeit, die neuen Deutungen zu generalisieren und auf alle möglichen anderen Symptome anzuwenden. Die Ablehnung des Vaters hat Folgen: »Seelischer Stress führt bei mir also häufig zu Migräneanfällen. Ja halt entweder zu Magenkrämpfen oder zu Migräneanfällen« (5: 32ff.). Mit dem Gleichsetzen von zwei Leitsymptomen der psychosomatischen Krankheitslehre, Magengeschwür und Kopfschmerzen (vgl. Köhler 1989), gehen die Kopfschmerzen in den gesamten Symptomkomplex ein und verlieren ihre distinkten Qualitäten, sowohl ihre biomedizinische als auch ihre alltägliche Statur. Die semantische Verschiebung hat Erfolg: Seit einigen Wochen sind sie jedenfalls nicht mehr aufgetreten.

Um Kopfschmerzen im psychodynamischen Symptomkomplex zu verankern (auch als originären Ausdruck der Identifikation mit psychosomatischen Logiken), sind zwei Manöver notwendig. Zunächst wird ihnen eine symbolische Statur zugewiesen, die die biomedizinischen und die alltagsweltlichen Erklärungen überschreibt. Mit suggestivem Blick in die Vergangenheit werden Kopfschmerzen als biografische Erfahrungen evident gemacht und die Ursachen in den Missgeschich-

cken des Lebens und im Leiden durch fehlgeleitete familiäre Beziehungsmuster gefunden. Mit der psychodynamischen Folie wird dann eine Situation als pathologisierbare Kränkung oder gar als Kindheitstrauma identifiziert, die im weiteren Lebensverlauf immer wieder aktualisiert wird und sich in Verhaltensmustern festschreibt. Kopfschmerzen repräsentieren bei Herrn Hendrich die schwierigen familiären Beziehungen, die Gemeinsamkeit mit der Mutter und die Abgrenzung zu Vater und Bruder. Sie sind der Beweis für das Kindheitstrauma und werden in einem zweiten Manöver in den Gesamtkomplex der psychodynamisch definierten Symptome aufgenommen.

Metaphern der Psychosomatik binden somatische und psychische Beschwerden in zirkulären (und damit tautologischen) Übersetzungen aneinander. Sie setzen Schmerzen in den Kontext von erinnerten Interaktionen mit signifikanten Anderen, die als Demütigungen aktualisiert werden, und stellen so eine Verbindung zwischen der emotionalen Sphäre und körperlichen Beanspruchungen her. Aus den diffusen Lebensproblemen wird eine kohärente Leidensgeschichte formiert, indem einzelne Episoden und Situationen nicht nur (wie nach dem deskriptiven Stresskonzept) herausgegriffen, sondern in Beziehung zueinander gesetzt werden. Die Schaltstelle für die Transformation vom Belastungsparadigma der Situation (nach dem Stresskonzept) zum Narrativ des Leidens (nach der Psychodynamik) können Kopfschmerzen, aber auch andere Symptome, sein, die mit dem logisch-deduktiven Blick der Psychosomatik mit erheblichen biografischen Deutungen aufgeladen werden, die sie vorher nicht hatten.

Dass Kopfschmerzen zu Evidenzen einer gescheiterten Biografie werden können, liegt auch an ihrer Alltäglichkeit: In Erinnerung gerufene Kränkungen und Demütigungen werden mit körperlichen Erfahrungen verknüpft und zu einer Geschichte gebündelt, die im Körper Platz gegriffen hat. Dafür bieten sich alltägliche Symptome an, die immer schon vorhanden waren und die Biografie begleitet haben und nun in der unmittelbaren Leidenskrise eine Umdeutung erfahren.

Ob die Brücke vom biomedizinischen zu psychodynamischen Vorstellungen wie bei Herrn Hendrich mit dem Stresskonzept begangen wird, hängt von den sozialen Dispositionen und strategischen Kalkülen der Patientinnen ab. In der Regel mischen sich biomedizinische Vorstellungen, Stresskonzepte und psychodynamische Vorstellungen, die entsprechend ihrer Rahmung mit den Interessen und ihrer strategischen Bedeutung ins Spiel gebracht werden. Insofern können Patienten alle drei Konzepte anwenden und miteinander mischen: Das verblässende biomedizinische Modell sichert die Glaubwürdigkeit für den Alltag; mit dem Stresskonzept steuern sie unmittelbare Belastungserwartungen und sichern sich nach alltagspraktischen Maßstäben moralische Integrität; das psychodynamische Konzept liefert weiterreichende Begründungen für die Lebensmisere, womit die dauerhafte Potenzialität des Krankenstandes gesichert ist, weil biografische Leiden nicht geheilt, sondern nur bearbeitet werden können.

Verschmelzen der Symptome

Im Weiteren werden Mechanismen und Manöver verfolgt, mit denen Kopfschmerzen in den psychosomatisch definierten Symptomkomplex eingehen und mit denen der psychosomatische Patient figuriert wird. Zunächst soll dafür das schon bekannte Fallbeispiel von Frau Wert herangezogen werden, die ebenfalls die Idee des Leidens an der Kindheit für sich in Anspruch nimmt und davon ausgehend ihre Biografie umdeutet.

Frau Wert hat seit ihrer Kindheit Kopfschmerzen, genauso wie ihre Mutter. Sie berichtet über eine schwierige Kindheit mit streitenden Eltern, einer problematischen Beziehung zum Vater und einer »sehr dominanten Mutter« (1: 31), die ihr die Schuld für die Migräneanfälle zuweist. Trotzdem bilden die Kopfschmerzen ein gemeinsames Band zwischen Mutter und Tochter, die sich beide bei Migräne zurückgezogen haben. Frau Wert erhielt als Kind in dem Fall die sonst vermisste mütterliche Zuwendung: »Dann hab' ich Tee ans Bett gekriegt, und dann war sie eigentlich auch netter zu mir« (18: 4f.). Sie fährt fort und wendet die psychodynamische Theorie auf sich selbst an:

Und dann hab' ich gedacht: »Meine Güte, haste dir das jetzt so antrainiert.« So nach dem Motto: Wenn du mal ein bisschen Zuwendung haben möchtest, haste Kopfschmerzen. (18: 5ff.)

Die Durchsetzungs- und Suggestivkraft der therapeutischen Deutungsangebote beruht nicht allein auf der Anerkennung des Leidens, sondern auch auf der Thematisierung von Widersprüchlichkeiten und Dilemmata, in denen sich die Leidenden gefangen sehen. Psychodynamische Deutungen verfangen durch eine Semantik der Paradoxie: Liebe – Gleichgültigkeit, Nähe – Distanz, Anerkennung – Abwendung, Zuwendung – Gewalt. Diese Widerspruchsverhältnisse werden mit den Fachbegriffen »ambivalente Beziehung«, »Liebe-Hass-Beziehung« oder »Double Bind« versehen (Watzlawick et al. 1969). Als ausweglose Abhängigkeiten liefern solche Interpretationen Erklärungen für die aktuellen Lebenskrisen. Aufgrund ihrer Unspezifität sind sie auf jede Situation anwendbar, sie lassen sich nicht falsifizieren und beanspruchen zumindest potenziell eine Pathologie. Man ist in diese Ambivalenzen unschuldig verstrickt. Damit wird zudem der therapeutische Zentralwert der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit verletzt.

Mit der psychopathologischen Deutung kondensieren die Erfahrungen aus der Kindheit von Frau Wert zu einem Lebensmuster: Wie der von ihr ungeliebte Vater reagierte auch der später von ihr geschiedene Ehemann abweisend auf die Kopfschmerzen, und ihre Tochter bekam ebenfalls Migräne und damit ihre Zuwendung. Solcherart werden die Kopfschmerzen als distinktes Symptom dargestellt, das die Tradierung von Familienkonstellationen repräsentiert. Diese biografische Umdeu-

tung geht damit einher, dass die biomedizinische Diagnose akzidentell und sogar abgewiesen wird:

Ich bin mir nicht ganz sicher, dass ich ganz oft Kopfschmerzen [habe]. Nachdem ich neurologisch untersucht worden bin, ist ja alles abgecheckt. [...] Organisch ist nichts, obwohl das ja immer so die gewünschte Diagnose wäre. (10: 26ff.)

Mit der Relativierung der biomedizinischen Deutung sind die Kopfschmerzen die Evidenz einer schlechten Kindheit, die sich im aktuellen Leiden fortsetzt.

Frau Wert wird allerdings nicht wegen ihrer Kopfschmerzen behandelt, sondern wegen Panik- und Angstattacken. Ihre Krankenkariere begann, als sie vor vier Jahren mit den Symptomen »plötzlicher Bluthochdruck, Sehstörungen und rasende Kopfschmerzen« (11: 16) notfallmäßig zum Neurologen ging. Zwar war ihr bewusst, dass es sich um bekannte Symptome der Migräne handelte, dennoch vermutete sie eine lebensbedrohliche Krankheit. Der Arzt stellte jedoch nichts Gravierendes fest, womit sich Frau Wert aber nicht zufrieden gab. Die Lebensbedrohung wurde katastrophisiert und in einen emotionalen Code von »Angst« und »Panik« übersetzt. Mit dieser psychiatrisch-psychologischen Rahmung kehrt sich die Kausalität um: Die Migränesymptome »Herzrasen« und »Bluthochdruck« bekommen als Symptome von Angst- und Panikattacken eine eigene Statur:

Ich leide ja unter Panikattacken. Deswegen bin ich auch hauptsächlich hier. Die aber auch meistens begleitet werden mit diesen massiven Kopfschmerzen. Und in seiner Panik denkt man ja, also ich zumindest, bei mir ist das immer so körperbezogen gewesen: »Oh, Hirnschlag, äh Schlaganfall, Herzinfarkt, Sonstiges.« (11: 17ff.)

Die unterschiedlichen Symptome werden austauschbar und virtuos gehandhabt. Die Kopfschmerzen gehen in die für Frau Wert stärkere Diagnose der Panik- und Angstsymptome auf und werden, allerdings nicht gänzlich, mit Letzteren überspielt. Frau Wert bringt die Statur der Kopfschmerzen in ihrer biomedizinischen Deutung nicht ins Spiel, hält aber deren Rahmung trotzdem aufrecht. Aus neurologischer Perspektive sind die Symptome »Bluthochdruck« und »Herzrasen« bei Migräne nämlich medizinisch plausibel. Vor dem Hintergrund der psychosomatischen Lehre werden sie mit »Ängsten« kontextualisiert, die aufgrund der neurologisch approbierten Migränediagnose einen beglaubigten Wirklichkeitsgehalt beanspruchen. Die Deutung der Migräne bekommt, entsprechend der Rahmung, in die sie gesetzt wird, eine Doppelstatur. Die neurologisch bestätigte Migräne schützt Frau Wert vor weiteren Stigmatisierungen (also vor Psychiatrisierung), weil sie die Evidenz für die Eskalation der als psychosomatisch etikettierten Symptome liefert und ihre emotionalen Zustände glaubhaft macht. Frau Wert stellt klar, dass sie nicht hypochondrisch ist und sich ihre Symptome nicht einbildet – sie leidet nur an der falschen Interpretation ihrer Symptome, was sie aber auch selbst weiß.

Beide Optiken schärfen die Symptomaufmerksamkeit und erlauben flexible und virtuose Nutzungen.

Sakrale Bekenntnisse

Die Durchsetzungsfähigkeit psychosomatischer Deutungen ergibt sich aus der Suggestivwirkung, in deren Folge Kopfschmerzen und andere Symptome als problematisch empfundene Biografien repräsentieren. Pathologische Deutungen der Kopfschmerzen werden auf die Biografie angewendet, die dadurch ebenfalls von Krankheit befallen ist. Obwohl einiges schon angedeutet wurde, ist zu vertiefen, durch welche organisatorischen und diskursiven Manöver dieses Ergebnis hergestellt wird. Am Beispiel der Fallgeschichte von Frau Wert wird der Weg der Patientinnen in die Verpflichtung an die psychosomatischen Vorstellungen dargestellt, die in einer längeren Passage über ihre Erfahrungen aus den therapeutischen Gruppensitzungen berichtet:

Generell verfällt man erst mal in so 'ne abwartende Haltung. So nach dem Motto: »O je, du, du hast das erlebt. Oh meine Güte, das hört sich schlimm an.« Dann zieht man das erst noch mal mit auf. Also, da hab' ich die anderen so gefragt, macht jeder am Anfang. Bloß nicht mit sich selber auseinandersetzen, und solange ich mit anderen darüber weinen, mich mit anderen über jemanden, 'nen bösen Vater oder sonstigen, ärgern kann, muss ich ja nicht von mir selber sprechen. Man ist ja noch auf Distanz. Aber irgendwann – wenn man Glück hat – kippt das um. Und dann trifft's plötzlich einen selber. Und das geht so schleichend über. Man ist eigentlich noch der Meinung, man unterhält sich über den anderen, und plötzlich ist man bei sich. Und das ist, glaub' ich, für jeden so ein einschneidendes Ereignis. (45f.: 31ff.)

Frau Wert stellt die institutionell gesteuerten Mechanismen eines zunehmenden emotionalen Engagements als geradezu religiöse Erfahrung dar. Dabei lassen sich die Manöver extrahieren, in denen Patientinnen psychosomatische Deutungen übernehmen: der Zwang zur Rede, in der sie ihre emotionalisierten Probleme thematisieren, wodurch deren Deutungen in der Patientengruppe kollektive Formen annehmen, sowie das anschließende individuelle Bekenntnis als ein Akt der Übernahme der neuen Glaubensinhalte.

Die therapieunerfahrene Novizin sieht sich zunächst in einer bürokratischen und fremden Einrichtung und hält die dafür üblichen sachlichen bzw. sachbezogenen Einstellungen vor, die ihre Person und ihre Gefühle zumindest gegenüber der Therapiegruppe ausklammern. Mit den Regeln therapeutischen Sprechens ist diese distanzierte »abwartende Haltung« aber sehr bald aufzugeben, denn außerhalb zu stehen ist für die Therapeuten der Gruppe nicht hinnehmbar, sie erwarten empathisches Zuhören, Verstehenwollen und vor allem Reden. Die Normen der

Reziprozität – denn man hat selbst Probleme – verlangen, dass Patienten nicht weghören und schon gar nicht indifferent sind. Weil die Mitpatienten von ihren Leiden berichten, fühlt sich unsere Informantin zur Stellungnahme aufgefordert. Die für normale Interaktionen üblichen Hemmungen, gegenüber Fremden über Intimes, die eigenen Gefühle, vor allem über Schambehaftetes zu sprechen, werden durch die Therapeuten mehr und mehr außer Kraft gesetzt, stattdessen gelten nun Regeln der Reziprozität und der Authentizität, in denen es gerade um die Darstellung, das Herbeiführen und das Teilen von Gefühlen geht. Frau Wert berichtet:

Irgendwann entwickelt sich so 'ne Dynamik. Wir haben eine Sitzung gehabt, da haben alle – und ich hab' lange nicht geweint, viele, viele Jahre nicht geweint – wir haben alle Rotz und Wasser geheult, alle, sogar die Männer. (46: 15ff.)

Patienten beschreiben keine zufälligen Ereignisse, sondern ein rituelles Ablaufmuster, »eine Dynamik, die dann durch die Gruppe gegangen ist« (46: 24f.), wiederholt Frau Wert. In der Retrospektive sieht sie die Therapie selbst als Statuspassage, die sie wie auch die anderen Patienten durchlaufen hat. In der expressiv-emotionalen Solidarisierung bildet sich das Leidenskollektiv, in dem der einzelne Patient aufgeht und worin geteilte Deutungen des Leidens eingehen.

Die Identifikation mit dem therapeutischen Imperativ ist vollzogen, wenn sich das ritualisierte Drama der Beichte vollzieht, in dem ein Bekenntnis zu emotionalisierten Inhalten und deren psychologisierenden Deutungen erfolgt (vgl. Hahn 2000: 197-236). In Form einer Prüfung vor Zeugen wird im Kampf gegen sich selbst die Wende eingeläutet, indem sich die Patienten von ihren alten Anschauungen distanzieren und sich neuen Sichtweisen zuwenden, »umkippen«, sagt Frau Wert. Im Mysterium dieser liminalen Phase sind die Patientinnen von der Verantwortung für ihr Handeln, das sie nicht steuern können, entbunden. Gerade dass die Situation als spontan gilt, beweist das Authentische und die Wahrheit der neuen Einsichten. Dass die Wende nämlich vom »Glück« abhängt, macht sie auch zu etwas Erhabenem als Attribut religiöser Erfahrung mit existenziellem Gehalt, das sich über die Profanität des Alltags stellt.

Unterstützt werden die neue Sicht sowie die Orientierung an Intimität und Emotionalität innerhalb der Therapiegruppe durch den gemeinsamen Alltag, dessen Profanität das sakrale Therapieerlebnis kontrastiert: Die Gruppe ist nicht nur in den Sitzungen zusammen, sondern auch in den Pausen, und gestaltet den gesamten Tagesablauf gemeinsam, von der Zubereitung der Mahlzeiten bis zu therapeutisch geleiteten Freizeitaktivitäten wie »Genusstaining«. Fernbleiben, selbst Unpünktlichkeit, wird den Therapeuten gemeldet und sanktioniert, wenn keine wichtigen Gründe vorliegen. Trotz des strikten Tages- und Therapieregimes wird die lockere Atmosphäre der Kameradschaft gelebt, was auch Anlass ist, regelmäßig eigene Gefühle zu reflektieren. Diese Quasifamilie ist aber auch der Ort ironischer Distanzierung zum Therapieschehen oder der Klage über einzelne Therapeuten

und zugleich Ort der Bestätigung der Leidenserzählung. Jedenfalls zeigen Patienten zunehmend Interesse füreinander, fragen nach, erzählen selbst und beteiligen sich am Austausch von Intimität und Privatheit. Gespräche in den Zigarettenpausen gehen in weiteres emotionales Engagement über, das nun auch auf sich selbst bezogen ist. Es entsteht ein Zugehörigkeitsgefühl zur Therapiegruppe und zur Einrichtung, das mitunter über den Aufenthalt hinaus bestehen bleibt, etwa wenn sich ehemalige Patienten regelmäßig treffen oder wieder aufgenommen werden (vgl. Gildemeister 1989).

In der therapeutischen Einrichtung werden eine neue Sprache und korrespondierende Empfindungen gelernt und deren Wirkungen ausprobiert. Im gegenseitigen Versichern des Leidens werden die Kommunizierbarkeit der Symptome und die korrekte, also erfolgreiche Handhabung der Diagnosen trainiert. Neben Zuwendung, Trostspenden und geteilten Gefühlsausbrüchen kommt es auch zu Schmerz- und Leidenskonkurrenzen, wobei sich Hierarchien bilden und sich Patienten weiter an ihre Symptome verpflichten – auch das wird in den Interviews regelmäßig angesprochen. Etwas scheinbar Paradoxes passiert: Gelehrt und praktiziert wird individuelle Selbstreflexion, infolge dessen sich ein leidendes Kern-Ich herauschält, das dann wieder im neuen Kollektiv aufgeht – als spiegelndes Gegenüber des Selbst und als Bestätigung des Leidens sowie des neuen Wegs und der neuen Vorstellungen. Die Distanz zu alltagsweltlichen Beziehungen – sei es zur Familie oder zur Arbeitsstelle – verlangen andere, diese ersetzende Kollektive, womit sich die hohe Identifikation mit der Therapiegruppe begründet.

Inkorporierungen

Das emotionalisierte Bekenntnis von Frau Wert legt nahe, dass therapeutische Verfahren nicht nur verbal-kognitiv ablaufen, sondern sich auch in Empfindlichkeiten abbilden. Während ihres Aufenthalts haben die Patienten in der Regel nur selten Kopfschmerzen, aber wenn sie im Interview zur Sprache kommen, markieren sie biografische Reinszenierungen des Leidens, die Prüfungen in den Therapiesitzungen sowie den Bedarf nach mehr Therapie, etwa bei Frau Wert:

Nach den Gesprächstherapien, das ist mir ausgefallen, merk' ich, wie sich da so 'n Wahnsinnsdruck aufbaut bei so bestimmten Themen. In so größeren Gruppen mit zehn Leuten gibt's verschiedene Schicksale und manche ... bin ich dann sehr empfindlich, weil bin ich nach wie vor nicht bereit, an manche Baustellen zu gehen. Und da möchte ich am liebsten dann auch aufstehen und dann lieber rausgehen, aber ich tu's halt nicht, aber dann merk' ich dieses »Oaah« [ahmt einen Schmerzlaut nach]. (45: 5ff.)

Patientinnen weisen ihren Symptomen, die während des Aufenthalts in der Einrichtung auftreten, regelmäßig eine heroische Note zu, wenn sich etwa die harte

Auseinandersetzung mit sich selbst an Kopfschmerzen zeigt. Frau Wert betont beispielsweise: »Dann geh' ich da [aus der Therapiesitzung] mit Kopfschmerzen raus« (36: 21). Dabei wird nie Kritik an den Zumutungen der Therapie geäußert oder dem Therapeuten die Schuld für die Kopfschmerzen gegeben.

In der verkörperten Repräsentation der Therapie nehmen Kopfschmerzen im Symptomgewebe eine Mittelstellung zwischen rein physisch-mechanischen Körperschmerzen der Wirbelsäule und psychisch-körperlosen Dispositionen wie Angst oder Panik ein. Kopfschmerzen sind nicht der eigentliche Behandlungsgegenstand. Sie sind zwar pathologisch, aber eben auch alltäglich und deshalb ungefährlich, sie bieten allenfalls einen kleinen Einblick in den emotionalen Zustand des Patienten. Des Weiteren sind sie mit einem hinreichend immateriell-körperlosen Deutungshorizont versehen, weil sie nicht mit der unmittelbaren Körpermechanik oder mit körperlichen Belastungen erklärt werden müssen, obwohl diese bei Bedarf hinzugezogen werden können. Kopfschmerzen repräsentieren nun ein neues Anforderungsniveau, nämlich die geistig-emotionalen Belastungen schwieriger therapeutischer Gespräche – kein Patient berichtet davon, nach einer Therapiesitzung Wirbelsäulenschmerzen zu haben. Gleichzeitig sind Kopfschmerzen physiologisch klar lokalisiert – der Kopf gehört immer noch zum Körper – und lassen sich metaphorisch mit dem Körper verknüpfen. Sie erfüllen somit in idealer Weise die Funktion eines körpereigenen Symbolmediums für den Bereich der Psychotherapie.

Die Zuweisung der Kopfschmerzen zum Kontext des Therapeutischen geschieht auch außerhalb der Gesprächstherapien. Während des Aufenthalts auf der Station deutete sich bei Frau Wert ein Migräneanfall an, der mit einer Kopfmassage von der Krankenschwester abgewendet wurde. Frau Wert war zunächst skeptisch:

Da habe ich gesagt: »Das wirkt doch sowieso nicht, nicht wenn 'ne Migräne im Anflug ist.« Dann hat sie da so mit ätherischen Ölen und irgendwie hat sie mir diesen ganzen Druck und die Last aus meinem Kopf rausgesogen. Das war so erstaunlich. Das war 'ne richtig massive Erfahrung, die ich da gemacht habe. Weil ich das überhaupt nicht für möglich gehalten habe, weil ich dachte: »Oh, das ist alles verkrampft wieder, nicht genug durchblutet.« Ohne Medikamente geht das nicht. Und dann hat sie mir einfach den Druck genommen [...], so nach dem Motto: Ich kann mich jetzt dadrauf einlassen. Ich bin ja hier in guten Händen. [...] Da hab' ich so richtig gemerkt, als wenn's raus fließt aus meinem Kopf. (14: 3ff.)

Es wäre sicherlich übertrieben zu behaupten, die Krankenschwester habe die neurologische vaskuläre Migränetheorie buchstäblich aus dem Kopf von Frau Wert massiert. Trotzdem gibt diese ein Beispiel für die Inkorporierung neuer Deutungsbestände von Empfindlichkeiten, wenn sie zwei Symptomkonzepte gegenüberstellt. Dabei muss sie sich nicht einmal genau festlegen, da »Rausfließen«

sowohl das Auflösen eines Blutstaus nach der vaskulären Theorie als auch eine unerklärliche bedrohliche psychische Energie meinen kann. Jedenfalls wird die vaskuläre Migränetheorie (»nicht genug durchblutet«) zunehmend irrelevant, während das therapeutische Konzept (»sich einlassen auf etwas«) an Bedeutung gewinnt und handlungsleitend wird. Der Übergang von der einen zur anderen Theorie geschieht durch die Haltung des »Sich-Einlassens« als eine aus der religiösen Praxis entlehene Mentaltechnik der Hingabe an das Erhabene, hier der therapeutischen Vorstellung vom authentischen Selbst. Die Behandlung nimmt die Form eines Heilrituals an, was nur gelingen kann, wenn daran geglaubt wird, wobei sich dadurch dem Handlungsverlauf verpflichtet wird.

Die Interaktion zwischen Krankenschwester und Patientin ist eine verkörperte Vermittlung zwischen Heilserwartung und der Vorstellung vom authentischen Selbst. Qua Massage dringt der therapeutische Wissensbestand als Praxisform in den Patientenkörper ein und formiert dort, dirigiert durch die neuen Wissensbestände, die neue Aufmerksamkeit für Empfindlichkeiten. Unterstützt wird die Krankenschwester durch Konnotationen und die symbolische Kontextualisierung der von ihr gebrauchten Requisiten: »Ätherische Öle« sind keine Medikamente (die in der psychosomatischen Abteilung verpönt sind), sondern mesmerisch-flüchtige Wundermittel von immateriellem Gehalt, eben ätherisch, die in den Händen der charismatischen Krankenschwester das Mysterium des Herausfließens der Schmerzen aus dem Kopf bewirken. Kopfschmerzen werden von einem äußeren Einfluss zu einem Teil der therapeutisch definierten Subjektivität, wenn sich Frau Wert am Schluss der Massageepisode fragt, »ob man es [die Kopfschmerzen] nicht doch selbst beeinflussen kann« (14: 18).

Die Suche nach dem richtigen Selbst

Durch die neuen Wissensbestände werden die Krankengeschichten zu Leidensgeschichten der Suche nach dem richtigen Selbst. Die eigene Biografie ist allerdings pathologisiert und damit die Rückkehr zum Stand der Gesunden endgültig verwehrt. Das lässt sich an der Fallgeschichte von Herrn Hendrich darstellen, für den mit dem Eintritt in die psychosomatische Abteilung ein Umlernen der Konzeption seines Selbst beginnt. Er bemerkt, dass er früher unauthentisch gelebt und Dinge mit unaufrichtiger Motivation unternommen hat. Die psychosomatische Behandlung bewirkt neue Einsichten in die Vergangenheit und eine Deutung des Selbst, das verändert werden muss:

Ich war natürlich nicht zufrieden mit meinem Leben. Ja, ich hab' mich sehr zurückgezogen. Ich hab' viele Leute vergrault, weil ich den falschen Weg gewählt hab', um Aufmerksamkeit zu erregen. Ich bin mehr so ein Einzelgänger gewesen in den letzten Jahren. Und das ist auch der Grund, warum ich hier bin. (2: 29ff.)

Auf die letzten Jahre blickt er folgendermaßen zurück: »Davon abgesehen, dass ich mich selber zurückgezogen habe, hab' ich auch gar keine Zeit gehabt, irgendwie Freundschaften zu pflegen oder aufzubauen oder gar 'ne Beziehung« (3: 34 ff.). Auch die berufliche Tätigkeit wird nun mit einem anderen Blick betrachtet:

Im letzten [Jahr] hab' ich nur noch gearbeitet und geschlafen, mehr war da nicht mehr. Jetzt kam dann ein einschneidendes Erlebnis, und da hab' ich jetzt gesagt: »Jetzt ist Schluss [...], jetzt will ich nicht mehr.« Ja, da hab' ich auch die Selbstfürsorge sehr vernachlässigt, und dadurch sind mir meine ganzen Zähne kaputtgegangen. (4: 12ff.)

Mit der neuen Perspektive verschieben sich die Ursachen der Beschwerden, die Herr Hendrich nun nicht mehr im auf sein Eigeninteresse bedachten Arbeitgeber sucht, sondern in seiner mangelnden »Selbstfürsorge« (4: 19), durch die das Zahnproblem überhaupt erst entstanden ist. Sowohl die Symptome als auch die Lebensumstände werden nun dem Selbst zugeordnet. Die psychosomatische Behandlung markiert den Wendepunkt zum richtigen Selbst, als Herr Hendrich seine therapeutischen Erfolge berichtet: »Ich hab's selber gemerkt, dass ich mich um 180 Grad gedreht habe« (29: 18). Therapeutische Begriffe der Ichbezogenheit wie »Selbstfürsorge« und »Jetzt tue ich etwas für mich« (4: 27) sind auch bei anderen Patienten beliebte Formeln, mit denen sie zeigen, dass sie sich von der Fremdbestimmung in ihrem Leben, meist durch Zwänge der Arbeit, gelöst haben: »Jetzt möchte ich anfangen zu leben und nicht mehr leben, um zu arbeiten« (4: 28), sagt Herr Hendrich. Mit der Reinszenierung unangenehmer Ereignisse und Kränkungen werden emotionale Biografien formiert, die den Ausgangspunkt für Umdeutungen von Lebens- und Selbstentwürfen bilden. Die mit psychosomatischen Theorien herauskristallisierten Symptome und deren Deutungen werden zu Requisiten, die das Leiden am unauthentischen Selbst plausibilisieren und an denen Patienten lernen, dass sie falsch oder unecht gelebt haben.

Auch Frau Wert betrachtet ihr Leben kritisch und resümiert, als sie über ihre Ausbildung zur Altenpflegerin berichtet:

Ich hab' mir dann wirklich diesen Stress angetan und hab' Tag und Nacht geübt, gelernt, gemacht und hab' wirklich mit dreimal »Eins« abgeschlossen. Ja aber, ich hab's eigentlich nicht für mich getan. (6: 15ff.)

Frau Wert stellt sich als fremdgesteuert dar, als sie die Ausbildung im Alter von 44 Jahren nach der Scheidung absolviert, weil sie ihrem Exmann ihre Selbstständigkeit beweisen möchte. Dass hinter der Ausbildung und der Berufsausübung die schlichte Notwendigkeit der Existenzsicherung steht, wird entweder kaschiert oder als selbstverständlich vorausgesetzt. In der Erzählpassage jedenfalls treten diese Umstände nicht in Erscheinung. Thematisch bedeutsam ist vielmehr der Topos des nicht verwirklichten und abhängigen Selbst, obwohl Frau Wert durchaus

in ihrem neuen Beruf zufrieden zu sein scheint. In der Therapie lernt sie jedoch, dass sie die Ausbildung nicht aus dem Motiv der Selbstverwirklichung heraus unternommen hatte, womit sie gegen das Gebot der Authentizität verstößt. Vor dem Hintergrund unauthentischer Motive werden selbst frühere Erfolge abgewertet.

Mit solchen Vorstellungen ausgerüstet, sind Patienten nicht wegen der Überforderung durch zu viel Arbeit krank, sondern aufgrund ihres unauthentischen Selbst, was sich zeigt, als Frau Wert über ihren starken, aber eben nicht angemessenen Ehrgeiz auf ihrer Arbeitsstelle spricht:

Die [ihre Dienstleitung] überschätzen mich [...] Die setzen da was voraus [...], meine Rhetorik oder wie ich mich gebe [...] Die wissen nicht, wie ich mich dabei fühle, und dann danke ich manchmal, ich habe so 'ne Maske auf und spiele was vor. (7: 1ff.)

Das Nichtauthentische ist nicht nur falsch, sondern ein Grund des Leidens bzw. das Leiden selbst. Dauerhaft eine »Maske« zu tragen, wie es Frau Wert für sich sieht, ist Zeichen von Überangepasstheit an Normen und des Übererfüllens von Erwartungen.

Kern des therapeutischen Narrativs sind die Ausdrucksformen der Empfindlichkeit, mit denen auch das Selbst ausgedrückt wird (Illouz 2009). Körperliche Symptome repräsentieren die Behandlung, deren Fortschritt und die neu gewonnenen Einstellungen sowie die neuen Einsichten bezüglich der eigenen Vergangenheit. Frau Wert berichtet über ihre Lernerfolge auf der psychosomatischen Station:

Ich bin auch sehr ungeduldig, was den Heilungsprozess angeht, aber das lern' ich ja hier. Die sagen, ich muss einfach ein bisschen sorgsamer mit mir und meinem Körper umgehen. Und nicht: »Ich muss jetzt sofort ...«, also dieser übertriebene Ehrgeiz, den ich die letzten Jahre so entwickelt habe, und mir für mich dann nichts mehr gönne, weil mir das alles dann nur noch lästig ist. Dann sind mir auch Kopfschmerzen total lästig. Und dann werden sie ja nur schlimmer. (28f.: 31ff.)

Verknüpft werden emotionale Zustände und körperliche Symptome als Ausdrucksformen des Selbst. Nach dieser Logik repräsentieren die geringer werdenden Kopfschmerzen nicht nur die Symptomlinderung, sondern auch die Selbstverbesserung und die Beschwörung eines aufrichtigen, authentischen und damit gesunden Selbst. Mit den Kopfschmerzen geht es den Patientinnen nicht nur schlecht, sie liefern auch die Begründungen, warum es ihnen so schlecht geht, nämlich dass sie zu hart gearbeitet haben und zu ehrgeizig sind.

Das therapeutische Deutungsangebot

Indem das eigene Leben im Metanarrativ des Therapeutischen subsumiert wird, werden Biografien standardisiert, allerdings nicht als Normallebenslauf mit vor-

gegebenen Abfolgen von institutionell definierten Lebensstationen, vielmehr werden Eigendynamiken moralischer und charakterlicher Entwicklungsprozesse zum Ideal des autonomen Selbst hin konstruiert, in die die biografischen Stationen als folgerichtige Entscheidungen eingehen. In der retrospektiven Deutung nach therapeutischen Regeln ist kaum etwas im Leben zufällig oder hat sich einfach so ergeben. Alles hat seinen logischen Sinnzusammenhang.

Ausgehend von den Unzufriedenheiten und Konflikten im Erwachsenenalter, wird die Lebensgeschichte wie durch ein Mikroskop auf die Leiden der Kindheit und Jugend abgesehen, die zum Kristallisationskern für die Leidensgeschichte insgesamt werden. Die Leidensgeschichte begrenzt sich aber nicht auf die Kindheit, sondern wird auf die schicksalhafte Wiederholung des Lebens der Eltern zurückgeführt, die sie an die eigenen Kinder weitervererbt haben. Leiden sind wie eine generativ übertragene Infektion, deren Manifestation über eine Quarantäne – die Psychotherapie – in die Latenz überführt wird. Die Gefährdung durch einen infektiösen Kern bleibt aber weiterhin bestehen.

Das therapeutische Narrativ liefert kohärente Deutungen einer vom Normalverlauf abweichenden Biografie, insbesondere wenn es durch biografische Wechselfälle hohen Deutungsbedarf gibt. Es bietet Erklärungen für Nöte, Leiden und Unzufriedenheiten des Alltags, die sich durch die hohe Aufmerksamkeit darauf zusätzlich verstärken und in diesem Erklärungskreislauf zunehmend eine eigene Statur als Abweichungen vom wahren Selbst gewinnen. Ihre suggestive Kraft zieht das Therapeutische aus der Thematisierung der unverschuldet verletzten Kindheit, womit selbstverständliche Sozialisierungserfahrungen infrage gestellt sind. In diese (durch therapeutische Denkformen initiierten) Erfahrungen der Verunsicherung wirkt das Therapeutische stabilisierend und wird als neue Denk- und Praxisform habitualisiert.

Für als gescheitert oder als veränderungsbedürftig betrachtete Lebensphasen werden die Beziehungen in der Herkunftsfamilie als Ursache herangezogen. Das Thema der therapeutischen Erzählung ist die Durchsetzung eines Entwurfs der Selbstverwirklichung gegen Widerstände, der sich zunächst im Bruch mit den Eltern manifestiert. Die Wechselfälle des Lebens werden nicht als unabänderliches Schicksal gesehen, sondern selbstverantwortlich gelöst, indem das wahre Selbst mithilfe der Therapie realisiert wird. Die Lösungen werden in der Durchsetzung eigener Vorstellungen gesehen, womit biografische und generative Diskontinuitäten in Kauf genommen werden. Durch die Anwendung therapeutischer Denkformen auf die Organisation des Selbst wird sich von signifikanten Anderen distanziert, und soziale Bindungen werden gelockert. Verpflichtungen an Kollektive, etwa die Familie oder den Partner, stehen unter Vorbehalt im Dienste der Selbstverwirklichung.

Die Psychotherapie rationalisiert Lebensentscheidungen und verpflichtet auf den neuen Lebensweg. Mit der Wiederholung falscher Lebensentwürfe wird ge-

brochen und eine neue Betrachtungsweise gelernt: bezüglich des Leidens in der Kindheit, der fehlgeschlagenen Versuche, daraus zu entkommen, die doch wieder in die alten Verhältnisse geführt haben, und schließlich des inneren schweren Kampfes, sich von den alten Mustern zu distanzieren und ein neues Leben zu beginnen.

Mit der Anwendung der Deutungsfolie des Therapeutischen werden problematische Lebenssituationen regelmäßig als Leiden gesehen, in die auch körperliche Symptome eingewoben werden. Die Deutungen körperlicher Symptome, etwa die Schmerzen der Eltern, die Verletzungen der Kinder und die eigenen Schmerzen, transportieren moralische Einstellungen und legitimieren Lebensentscheidungen. Symptome und Schmerzen werden sowohl als Evidenzen für die falsche Beziehung als auch für die richtigen Entscheidungen hinzugezogen. Anhaltende Konflikte und die Unzufriedenheiten mit der Lebenssituation werden auf erfahrenes Leid aus Kindertagen zurückgeführt, das erst durch die Therapie diese Kontur erhält. Verkörperte Evidenzen für den biografischen Zusammenhang zwischen den aktuellen Problemen und dem Leid der Kindheit können Kopfschmerzen sein, die als hypertrophe Elemente von Empfindlichkeit konstituiert werden. Sie dehnen sich aus, überlagern sich mit anderen Symptomen, werden mit weiteren Empfindlichkeitsdispositionen in das Motiv des Therapeutischen eingewoben und verlieren dadurch unter Umständen wieder an eigenständiger Bedeutung. Zentral sind dann nicht einzelne Symptome, sondern der gesamte Symptomkomplex, dessen Elemente austauschbar sind. Auch darin kommt der kommensurable Charakter der Kopfschmerzen im Empfindlichkeitsdiskurs des Therapeutischen zum Ausdruck.

4.2 Lebensentwürfe der Invalidität

Auch in diesem Kapitel werden die Krankenkarrerien der psychosomatischen Patientinnen und Patienten weiterverfolgt. Es wird davon berichtet, wie unsere Informantinnen die in der Klinik erlernten psychosomatischen Auffassungen in ihren Alltagsbeziehungen anwenden. Die therapeutisch gestützten Selbstbilder sind die Grundlage für neue Lebensauffassungen und Lebensentwürfe, mit denen nun auch die Angehörigen konfrontiert werden. Die neuen Wissensbestände platzieren Symptome in die Biografien und verknüpfen sie mit Erinnerungen, die dadurch einen approbierten Wirklichkeitsgehalt erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sie ihre Empfindlichkeitsdispositionen zunächst nur gegenüber denjenigen zur Sprache bringen, die diesen Deutungsrahmen teilen, also vor den Mitpatienten sowie dem Personal der psychosomatischen Abteilung. Sind die Deutungen der Empfindlichkeiten einmal eingeübt, werden sie auch an anderer Stelle angewendet, etwa gegenüber Gutachterinnen in sozialrechtlichen Verfahren, in der Familie oder auf der Arbeitsstelle, wobei jeweils die Gesten und der Empfindlichkeitsausdruck

– das Präsentieren und Andeuten, das verschämte Verschweigen und Relativieren von Symptomen – an die jeweiligen Situationslogiken angepasst werden.

Vorstellungen von einer falschen Biografie bzw. vom falschen Selbst sind nicht ohne Risiko. Die nahen Angehörigen können zunächst nichts mit den neuen Kenntnisbeständen anfangen. Sie identifizieren die Symptome und Krankheiten in den Patienten und suchen deren Ursachen nicht bei sich selbst oder den Umständen des gemeinsamen Lebens. Schließlich glauben sie, ihre Angehörigen immer gut unterstützt und nichts Falsches gemacht zu haben.

Die psychosomatischen Verfahren konstituieren eine dichotome Einteilung der Welt: auf der einen Seite die Gruppe der therapeuterfahrenen Eingeweihten, die die Innenperspektive des neuen und richtigen Selbst unterstützt, auf der anderen Seite die »äußeren Bedingungen« (Frau Wert 36: 13), die alltäglichen Beziehungen, also vor allem die Familie und die Erwerbswelt. Und indem sich Privates und Intimes auf die Therapiegruppe verlagern, errichten die neuen Einsichten eine Grenze zwischen Klinik und Alltag. Die alten, krank machenden Gewohnheiten, so die therapeutische Forderung, seien aufzugeben und durch neue, gesunde zu ersetzen; die Person des Patienten hat im Mittelpunkt zu stehen, muss sich also selbst entsprechend der therapeutischen Vereinbarungen verhalten, ansonsten verbessert sich nichts, und die Krankheit bleibt. Alle anderen haben Rücksicht zu nehmen und ihre Ansprüche zurückzustellen. Die Nähe zu den Angehörigen ist möglicherweise sogar kontraproduktiv. Hier raten Therapeuten zur Enthaltensamkeit und zum Aussetzen der Kontakte, etwa zu den als problematisch gedeuteten Eltern. Aber nicht nur das Unverständnis der Angehörigen ist ein Problem, sondern auch die Anforderungen des Alltags, die in der therapeutischen Weltsicht für unangemessen gehalten werden.

Objektivierungen: Dampfkessel und Körperpanzer

Die neuen Empfindlichkeiten und Deutungsbestände können nur effektiv werden, wenn sie im Alltag, also außerhalb der Therapiegruppe, angewendet werden. Therapeutische Verfahren geben den Patientinnen Werkzeuge und Handlungsskripte an die Hand, womit sie ihre Empfindlichkeitsdispositionen plausibilisieren und ihre gewandelte Weltsicht im Alltag testen können. Ihre Sprache, die neuen Deutungen der Empfindungen und die Weltsicht müssen dabei aber nicht notwendigerweise von den Angehörigen verstanden werden. Tatsächlich werden sie eher vage gehalten.

Die unscharfen und fluiden Wissens- und Gefühlsbestände der Patientinnen sind allerdings auch nur schwer zu kommunizieren. Vor allem stößt die spirituell-esoterisch anmutende Sprache bei den Angehörigen des alten Mittelstandes auf Skepsis. Für Nichteingeweihte ist das Therapeutische eine fremde Welt, die ihren Alltagserklärungen nicht entspricht. Um die neuen Wissensbestände verständlich

zu machen, nutzen die Patientinnen Metaphern. Ein Beispiel dafür ist der Bericht von Frau Wert über ihre Therapien:

Angstattacken, verbunden mit Kopfschmerzen oder Herzrhythmusstörungen und so, hab' ich einfach, wenn ich den Druck nicht mehr loswerden kann, den ich mir selber auferlege und denn natürlich auch durch äußere Bedingungen auferlegt wird. Manche Sachen kann ich nicht ändern, dass ich halt so viel Dienst schieben muss. Ich muss halt nur lernen, damit besser umzugehen. Und hier passiert es mir immer nach den Gesprächstherapien, dass ich mit Kopfschmerzen reagiere, jedes Mal. Weil das staut sich. Ich merk' richtig, das kommt von unten hoch und is dann irgendwann hier oben, und ich warte dann auf das Ventil. Und wenn das dann nicht da ist, sei es durch Weinen oder durch mal Luft machen, dann geh' ich da mit Kopfschmerzen raus. (36: 10ff.)

Frau Wert benutzt als Bild eine Mischung aus Dampfkessel und Durchlauferhitzer – der Kopf ist ein geschlossener Durchlauferhitzer mit einem Eingang und einem Ausgang. Bei Überforderungen »durch äußere Bedingungen« kann die Spannung nach diesem Bild durch die normale Regeneration nicht mehr hinreichend abgeführt werden. Es kommt zu einer explosiven Mischung im Inneren, die durch Ventile reguliert werden. Zunächst besteht das Ventil in ganz normalen emotionalen Äußerungen (»Weinen«, sich »mal Luft machen«) oder eben, wenn die Ventile überlastet sind, in Kopfschmerzen. Wenn zur Druckentlastung auch die Kopfschmerzen nicht genügen, explodiert schließlich der Apparat, was in »Angstattacken« und lebensbedrohlichen »Herzrhythmusstörungen« seinen Ausdruck findet.

Die Vorstellung vom überhitzten Dampfkessel repräsentiert das überforderte und vulnerable Selbst mit seinen destruktiven Emotionen und Symptomen. Der Dampfkessel ist als Gegenstand mit Begrenzungen nach außen, seinem materiellen Gehalt und seinen bekannten Funktionen für die signifikanten Anderen hinreichend nachvollziehbar. Die schwer verständlichen psychologischen Deutungen werden in eine mechanische Metapher übersetzt. Damit scheint auf den ersten Blick vieles verständlich, ohne dass es näher erklärt werden muss. Die Metapher vereinfacht und hält das für emotionale Kommunikation typische Unbestimmte weiterhin unbestimmt, ohne dass die Unbestimmtheit bemerkt wird. Durch die Metaphorisierung wird das Problem in eine Box gepackt und nicht weiter thematisiert.

In der Logik des Therapeutischen kommt die Betriebsfunktion an ihre Grenzen, wenn die eigene Person und die Ansprüche der Patienten nicht authentisch dargestellt werden, desgleichen bei unzumutbaren Belastungen. Auf solche Überforderungen wird dann mit Symptomen reagiert. Da das Innere des Dampfkessels von außen – durch die anderen – nicht einsehbar ist, können Patienten selbst festlegen, wann der pathologische Grenzwert überschritten ist.

Das Motiv des Dampfkessels ist keine Erfindung unserer Informantinnen, es findet sich schon in der psychosomatischen Literatur, etwa bei Cremerius (1978: 42) für Bluthochdruckpatienten:

Diese Menschen gleichen einem Dampfkessel auf dem Feuer, an dem alle Ventile zugeschraubt sind. Der zunehmende innere Druck überträgt sich – und hier geschieht ein Stück normalen physiologischen Ablaufes – auf die Gefäße, deren Druck ansteigt, ohne – und hier beginnt die Pathologie – sich befreien zu können.

Als Antriebsaggregat und Energiereservoir explodiert der Dampfkessel bei Überdruck, wenn seelische Konflikte nicht gelöst werden, wenn Anpassungen an die Umwelt nicht erfolgen, Bedürfnisse unterdrückt oder wenn Emotionen blockiert werden. Die Entladungen drücken sich dann in organischen Störungen, vegetativen Neurosen bzw. Organneurosen aus.

Solche Vorstellungen legen die Verbildlichung der Migräne mittels der vaskulären Theorie nahe: Hohe Anforderungen werden an die Blutgefäße weitergereicht, die ihrerseits anschwellen, wodurch es zu Kopfschmerzen kommt. Die Metapher vom Dampfkessel wird von Frau Wert sowohl im neurokardiologischen als auch psychosomatischen Sinne beansprucht, weshalb der Übergang vom einen in den anderen Vorstellungsbereich gelingen kann. Die unzumutbaren Erwartungen der anderen oder die nicht mehr rückgängig zu machenden und ständig reaktivierten Demütigungen früherer Zeiten bringen das Ventil zum Platzen und den Dampfkessel zur Explosion.

Die Dampfkesselmetapher ist ein Beispiel dafür, dass pathologisch definierte Empfindlichkeitsdispositionen als physio-emotionale Entitäten formiert werden. Ein anderes Beispiel für die Objektivierung von Empfindlichkeitszuständen bringt Herr Brendner ins Spiel, der seine Schmerzen als Zeugnis einer problematischen Kindheit heranzieht. Die harte Arbeit, die er als kleiner Junge im Betrieb seiner Eltern zu leisten hatte, wurde von Letzteren nicht anerkannt. Nach der Ursache seiner Knieprobleme gefragt, erinnert er sich an eine Degradierung durch seine alkoholkranke Mutter:

Also psychosomatisch so, wenn ich es jetzt auf die Psyche schiebe. Das erste war Konflikt, Auseinandersetzung, Mutter. Mutter mich angeschrien vor den Angestellten [...] Dann habe ich mich starr, mich steif gemacht. Dann habe ich so das Gefühl gehabt, ich stehe mit dem Unterkörper so in Beton drin, in Zement drin, so richtig angespannt. (6: 230ff.)

Inzwischen ist der seit vier Jahren, nach Auffahrunfällen und nach der Trennung von seiner Freundin, auftretende »dauerhaft massive« (3: 110) Kopfschmerz – »fünfmal die Woche« (9: 379) – als Spannungskopfschmerz diagnostiziert und fester Bestandteil des Krankheitskomplexes, wofür Herr Brendner sowohl mechanische als auch psychologische Erklärungen findet. Er stellt dar, dass die

Kopfschmerzen unmittelbar von seiner körperlichen Anspannung herrühren, und betrachtet sie als Ausstrahlungen von Schmerzen der Halswirbelsäule, die durch den gleichsam »einbetonierten Kindheitskörper« prädisponiert sind, der wiederum als Evidenz der Degradierung durch die Mutter angeführt wird. Auch für diese Metapher gibt es Vorbilder in der psychologischen Expertentheorie, die auf die Vorstellung vom Körperpanzer von Wilhelm Reich (1970) zurückgeführt werden kann und auch von anderen Autoren als gängige Erklärung psychosomatischer Leiden herangezogen wird, etwa für Muskelverspannungen und für Verdauungsstörungen (z.B. Herskowitz 1997, Köpp und Deter 2006).

Die Schwäche der Alltagsdeutungen und die Stärke der Psychosomatik

Die neuen Deutungen der Symptome überspielen die Alltagsvorstellungen. Die Schwäche der Laienerklärungen liegt zunächst am Erscheinungsbild der Kopfschmerzen selbst, deren Symptome uneindeutig, widersprüchlich und ubiquitär sind. Damit können sie von allen möglichen Deutungsmustern beansprucht werden. In den Alltagsdeutungen entziehen sich die Kopfschmerzsymptome nachvollziehbaren und logisch ableitbaren Erklärungen und lassen sich nicht prognostizieren, da sie, wie vielfach von den Patienten geschildert, aus heiterem Himmel auftreten. Interpretiert werden sie erst danach mittels gerade auf der Hand liegender Umstände, die als ursächlich gelten, beispielsweise schlechte Luft, Wetterfühligkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeit, schlechte Haltung oder andere Schmerzen – eben dort, wo gerade Belastungen auftreten. Häufungen, Intensität und Erscheinungsformen von Kopfschmerzen lassen sich auch im lebenszeitlichen Gesamtverlauf nur schlecht prognostizieren, etwa weil sie nach Geburten verschwinden und dann wieder auftauchen, mal in der Arbeitswoche, mal am Wochenende, mal als Spannungskopfschmerz, mal als Migräne. Je nach situativer Rahmung können immer andere Gründe für die Kopfschmerzen angeführt werden, was im Alltag durchaus Vorteile hat, wenn diese Gründe den üblichen Belastungsnormen entsprechen und daher von den signifikanten Anderen geteilt oder zumindest hingenommen werden. Ubiquitäre Deutungen in Verbindung mit vaskulär-mechanischen Theorien für Migräne sind das probate Mittel, um Schmerzen im Alltag zu deuten.

Die fallweisen, alltagsorientierten Erklärungen bieten indes nur eine schwache Legitimation in der psychotherapeutischen Expertenwelt, denn sie verfügen gegenüber deren Deutungen nur über eine schwache Widerstandsfähigkeit, wenn sie nicht mehr durch soziale Netzwerke und Milieus gestützt werden. Das zeigt sich insbesondere bei Patienten mit schwachen sozialen Bindungen wie bei Herrn Hendrich, der keine Partnerin hat, oder bei Herrn Brendner, dessen Partnerin für seine Schmerzen kein großes Interesse aufbringt, oder bei Patienten, die bereits

zufriedenstellenden Kontakt mit psychologischen Wissensbeständen hatten wie Frau Wert.

Vor dem Hintergrund der Zwangslage der Patientinnen vor ihrer stationären Aufnahme sind Alltagsdeutungen von Kopfschmerzen gegenüber psychosomatischen Deutungen wenig durchsetzungsfähig, selbst wenn sie auf neurologisches Basiswissen eines Allgemeinmediziners gestützt sind. Die gewöhnlichen Elemente der Kopfschmerzen, die vorher als Erklärungsmuster eine zentrale Rolle gespielt haben, bekommen einen untergeordneten Stellenwert und werden vor dem Hintergrund der psychosomatischen Theorien akzidentell und belanglos. Patienten blicken nicht mehr in deskriptiver Weise auf ihre Kopfschmerzen, sondern sind durch eine weitgehend formale und kohärente Theorie geleitet, deren Evidenz sie durch die Umdeutung der Biografie erfahren.

In Institutionen, in denen die Patienten zu selbstreflexiven Umdeutungen ihrer Biografie angehalten sind, verlieren Alltagsvorstellungen an Relevanz. Die psychosomatischen Vorstellungen treffen auf den psychologisch meist ungeübten Blick der Patienten mit großem Deutungsbedarf, den sie nun befriedigen können. Die Lehre der Psychosomatik bietet einen weiteren Vorteil, da hier nicht nur Kopfschmerzen Platz finden, sondern auch alle möglichen anderen Symptome. Das ist insofern wichtig, da Patientinnen in der Regel mit multimorbiden Episoden auf die Abteilung kommen, deren biomedizinische Legitimation im Verlauf der Krankenkarrriere abgesprochen wurde und für die sie nun, wenn sie auf den Krankenstand beharren, auch keine Alltagsdeutungen mehr beanspruchen können: Für Schmerzen unklarer Herkunft und Ursache an verschiedenen Körperarealen, für diagnostizierte somatische Erkrankungen, für biografische Altlasten wie frühere psychiatrische Episoden oder Alkoholismus sowie für die eigentlichen psychosomatischen Symptome, weswegen sie dort sind, bekommen sie nun ein überzeugendes Gesamtmodell mit hoher Erklärungskraft an die Hand. Die zunehmende Ansammlung von Symptomen überschreitet die Erklärungskraft einfacher und distinkter Krankheitsdeutungen. Psychosomatische Erklärungen, nun legitimer Ausweis des Krankenstandes, bündeln die zunächst disparaten Erscheinungen, indem sie Deutungen zur Verfügung stellen, die für verschiedenste Empfindungen und Symptome die gemeinsame Basis bilden.

Anwendung der neuen Wissensbestände

Aus den konzeptionellen Ansätzen der Psychosomatik können sich Behandlerinnen und Patienten die Erklärungen für Missempfindungen und Lebensprobleme herausgreifen, die ihnen gerade opportun erscheinen. Zunächst sollen die Anwendungen der neuen Kenntnisbestände auf die Familien angesprochen und dafür auf das Fallbeispiel von Frau Peters zurückgekommen werden, deren Ehemann die häuslichen Arrangements in Gefahr sah. Im Laufe ihres Aufenthalts in der Klinik

lernt sie, dass ihr eigentliches Problem nicht die Fußschmerzen sind (die sie immer noch hat, aber inzwischen nimmt sie mit Freude an der Tanztherapie teil), sondern die Statusbewusstheit der Familie ihres Ehemannes, die sie nie akzeptiert hat: »Sie konnten mich von vornherein noch nie riechen« (29: 4). Insbesondere mo- niert Frau Peters das Verhalten ihrer Schwiegermutter, die zwar ihr Körpergewicht als zu hoch kritisiert, ihr aber trotzdem regelmäßig Kuchen backt und damit ihre Diätanstrengungen nicht nur nicht anerkennt, sondern sogar noch unterläuft. Eine weitere Kränkung besteht im Bevorzugen der Kinder der Schwägerin gegenüber ihren eigenen Kindern und dass man keine Rücksicht auf ihre Essgewohnheiten bei Familienfeiern nimmt. Kopfschmerzen bekommt Frau Peters nun, »wenn ich mich ärgere, wenn ich mich so in was reinsteigere« (12: 4). Dafür führt sie den Ärger mit der Schwiegermutter an, der gleichermaßen alltagsweltlich wie pathologisch ist. Einerseits wird er – im Gegensatz zu den unentwegten Fußschmerzen – von allen verstanden, weil er so alltäglich und so handfest ist, andererseits bietet der Konflikt auf der Grundlage psychopathologischer Deutungen der Lebens- und Leidensge- schichte weitreichende Pathologisierungschancen, wenn er mit der Stressmeta- pher verbunden wird. Mit diesem Deutungsrahmen werden Alltagsverständnisse von Empfindungen als Pathologien lebensweltlich angewendet: Die Leidensarena verschiebt sich von den Fußschmerzen zur Dauerkränkung durch die Schwieger- mutter, welche das Fass zum Überlaufen bzw. den Dampfkessel zum Überdruck bringt und dadurch die Leiden verursacht.

Die psychopathologischen Deutungen der Empfindlichkeiten führen zu neuen Handlungschancen. In der Klinik lernt Frau Peters nun, den Ärger über alles, was sie stört, zu ignorieren, denn der mache alles nur noch schlimmer, wenn sie sich »reinstiegert«: Das bedeutet aber auch, dass sich Frau Peters nicht von familiären Forderungen beirren lassen muss:

Bestimmte Sachen kann ich einfach nicht machen [...], und was dann nicht ge- macht ist, bleibt liegen. Das hab' ich schon gelernt, was liegen zu lassen. [...] Mor- gens um achte bis zwölf nur stehen oder nur irgendwas machen, das kann ich sowieso nicht. (36: 14ff.)

Nun hat Frau Peters zusätzlich zu ihren Schmerzen, die sie scheinbar in den Griff bekommen hat, weitere psychotherapeutisch approbierte Gründe, ihre Haushalts- obliegenheiten bei Bedarf ruhen zu lassen, was auch die Familie verstehen muss.

Wenn Patienten die neuen Wissensbestände aufnehmen, obliegt ihnen nun, die Lücke zur Alltagsanwendung zu schließen und die neuen Deutungen in ihr Le- ben zu integrieren. Dafür gibt es genügend Anschlussmöglichkeiten, insbesondere wenn Selbstoptimierung betrieben wird. Wenn Patientinnen vorher einige Lebens- probleme hatten, wissen sie nun, was alles noch falsch läuft, und finden auch die Schuldigen dafür. Mit der Anwendung der psychosomatischen Lehre kristallisiert sich das Motiv des Psychischen aus dem Strom des Alltagswissens heraus – als

psycho-biografisches Objekt, das ein eigenes Territorium mit eigenen Regeln beansprucht. Etwas Paradoxes geschieht: Beim Versuch, Alltagstauglichkeit wiederherzustellen, beansprucht die Pathologie immer mehr Raum.

Trotz der Stigmatisierungen liegt der Vorteil psychosomatischer Diagnosen auf der Hand: Patientinnen können im Zweifel immer auf problematische familiäre Situationen rekurrieren und Belastungen als zu starken Stress sehen. Das Subjektive, Unspezifische und Ubiquitäre ihrer Selbstreporte korrespondiert mit der Suggestibilität und Tautologie der psychosomatischen Theorie. Wenn die Klagen der Patienten nur nachdrücklich genug vorgebracht werden, wird den Symptomen ein pathologischer Wert zugewiesen (Ehrenberg 2015, Frances 2014, Shorter 1994, 1999), was selbst skeptische Patienten überzeugt. Jede Situation kann durch das Herausstellen des Angriffs auf Subjektivität bei Bedarf als pathologisch definiert werden, was auch die psychologischen Experten sehen, wie etwa Knapp (1983a: 202):

Da psychischer Stress hier also rein subjektiv definiert ist, kann prinzipiell jede Situation, die zu dem oben genannten Resultat führt [dass keine effektiven Bewältigungsmöglichkeiten verfügbar sind], Stresscharakter annehmen.

Dazu allerdings müssen Patientinnen die entsprechenden Symptome darstellen.

Die Angehörigen: Zum Schweigen verurteilt

Die Fallbeispiele zeigen, dass einzelne biografische Episoden Signalwerte als persönliche Kränkungen zugewiesen bekommen: durch die Schwiegermutter bei Frau Peters, die Mutter bei Herrn Brendner, den abweisenden Vater von Herrn Hendrich oder die Maske des Ehrgeizes bei Frau Wert. Sie alle werden in die Dampfkesselmetapher überführt, die krank machenden Ereignisse somit in den Blick gerückt, um die daraus resultierenden Schmerzen gegenüber therapiefernen Angehörigen plausibilisieren zu können, ohne den Erlebnisinhalt der Ereignisse konkret beschreiben zu müssen. Psychopathologische Diagnosen werden akzeptierbar, wenn sie auf biografische Einzelepisoden heruntergebrochen werden, die zwar Alltagscharakter haben, aber auch als Platzhalter für die gesamte verfahrenre Leidensgeschichte unserer Informantinnen hinzugezogen werden.

Die als signifikant interpretierten Episoden markieren sowohl die Grenzen und als auch die Übergänge zwischen normal und pathologisch. Auf der einen Seite kennt jeder Demütigungen, Unglück und Trauer, auf der anderen Seite werden sie, in den Kontext der Psychotherapie gestellt, für den Therapieunerfahrenen zu etwas Fremdem, das sich am besten als Symptom einer Psychopathologie erklären lässt. Dieses Fremde bekommt durch den Bekenntnischarakter im psychotherapeutischen Milieu etwas Erhabenes, das gar nicht verstanden werden muss und als Mysterium anerkannt wird. Die therapeutischen Metaphern überspielen das Alltägliche der zugrunde liegenden Demütigungssituationen und laden sie mit der

Autorität einer psychologischen Expertise auf. Durch ihre quasireligiöse Erhabenheit sind sie nun gegen Alltagsdeutungen und Relativierungen unanfechtbar.

Die Erklärungen entfalten aufgrund ihrer tautologischen Struktur eine hohe suggestive Kraft: Es reicht, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, dass eine Episode im Leben eine bleibend demütigende und psychopathologisch etikettierte Erfahrung war, um sie zu veranlassen, von ihrer Kritik, ihren Anklagen, Erwartungen und Anforderungen abzulassen. Damit aber kehrt sich die Asymmetrie im Kranken-Gesunden-Verhältnis zugunsten der Patienten um, die nun die anderen zur Übernahme des psychopathologischen Imperativs zwingen können.

In Alltagskontakten werden die pathologischen Erpertendeutungen nicht weiter nachgefragt, nicht verhandelt und auch nicht in Zweifel gezogen. Die Traumatisierung durch eine biografische Episode infrage zu stellen, bedeutet nicht nur eine Kritik an der psychosomatischen Expertenschaft, sondern letztlich auch, die Person der Patientin und deren Anspruch auf das Leiden infrage zu stellen, womit auch die soziale Beziehung zur Disposition stehen würde. Das Gegenteil – also die Normalität der Empfindungen und der Lebensprobleme – lässt sich mit Alltagsmitteln jedenfalls nicht mehr beweisen. Es gibt nur zwei Möglichkeiten: Entweder wird das psychopathologisch etikettierte Leiden von den Angehörigen (stillschweigend) akzeptiert oder die Beziehung aufgelöst. Damit aber werden jegliche Normalisierungsanstrengungen unterlaufen, etwa das Argument, das kränkende und demütigende Erfahrungen zum Leben dazugehören. Was genau eine Kränkung, eine Demütigung oder ein traumatisches Ereignis ist, wird in Therapien herausgearbeitet und obliegt nicht mehr der Hoheit von Alltagskontakten. Die Autorität der Psychosomatik sichert den Patienten schließlich den Wirklichkeitsgehalt ihrer Leiden zu (im Gegensatz zur Psychiatrie, in der – beim Wahnsinn – den Patienten ihre Wirklichkeitssichten abgesprochen werden).

Somit wird eine pragmatische Lösung erreicht: Im Kreise der Familie können die Empfindlichkeiten ins Spiel gebracht werden, ohne dass es notwendig ist, ihre Ursachen zu thematisieren oder vage und dunkle Vorstellungen des seelischen Befindens darzustellen. Die neuen Krankheitsvorstellungen verurteilen die Angehörigen zum Schweigen: Die therapeutischen Erlebnisinhalte sind eben subjektiv und können daher nicht geteilt werden – auch nicht im Kreis der Familie. Mit diesem Manöver wird sowohl die Krankenrolle der Patientinnen als auch die Kooperationsbereitschaft der Angehörigen aufrechterhalten, wobei sich die Machtpositionen umkehren: Aus der Pflicht zur Mitarbeit an der eigenen Gesundheit wird das Recht auf Krankheit, aus dem solidarischen Entgegenkommen der Gesunden die Erwartung, dass sie sich an die Bedürfnisse der Kranken und ihren Lebensstil anpassen.

Ehrenhafte Invalidität

Patientinnen versprechen sich vom Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung nicht nur die relative Besserung ihres gesundheitlichen Zustandes, sondern auch die Lösung ihrer Lebensprobleme. Als Mittel dafür sehen sie Ausgleich und Leistungen aus dem Rechts- und Sozialsystem. Auffallend ist, dass fast alle Befragten Ansprüche auf sozialstaatliche Transferleistungen erheben oder Leistungen schon bekommen. Die Krankheitschance besteht darin, dass die befristete Zwangslage in einen Lebensentwurf der ehrenhaften Invalidität überführt wird. Das müssen nicht immer Lohnersatzleistungen sein, ebenso können Verbesserungen auf dem Arbeitsplatz durch einen symbolischen Ausgleich, etwa Behinderungsgrade, erreicht und die angestrebte Frühberentung befördert werden. Hier einige Beispiele:

Frau Peters befindet sich bei Gleichstellung mit dem Behindertenstatus nach einer gescheiterten beruflichen Wiedereingliederung in einem ruhenden Arbeitsverhältnis, gleichzeitig ist ein Verfahren mit der Unfallversicherung anhängig. Frau Reiser versuchte ebenfalls, Ansprüche aus der Unfallversicherung durchzusetzen, ist inzwischen befristet frühberentet und strebt eine Entfristung an. Frau Jonas hat einen Behinderungsgrad von 60 Prozent und strebt ebenso wie Frau Ingram eine Frühberentung an. Auch Frau Wert hofft auf eine Frühberentung, alternativ dazu denkt sie über eine berufliche Verbesserung in ihrem Arbeitsfeld nach, für die sie gegenüber dem Arbeitgeber ihren gesundheitlichen Zustand ins Feld führt. Herr Hendrich ist seit einem halben Jahr krankgeschrieben und hat ein Rechtsverfahren gegen den Arbeitgeber angestrengt. Bei ihm wurden während des stationären Aufenthalts Hautprobleme gefunden, die seiner Tätigkeit als Koch vermutlich ohnehin entgegenstehen. Frau Schaumberg wurde vor zehn Monaten gekündigt sie befindet sich ebenfalls im Rechtsstreit mit dem Arbeitgeber. Frau Koch (62 Jahre alt, Raumpflegerin) ist bereits entfristet frühberentet. Sie befindet sich seit dem Alter von 41 Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Herr Brendner und Frau Wiederkopf haben keine Aussagen zu ihrem sozialrechtlichen Status und ihren Aspirationen gemacht. Herr Brendner ist prekär selbstständig, war vor fünf Jahren über anderthalb Jahre krankgeschrieben und ist seit drei Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Frau Wiederkopf hat nach acht Jahren Arbeitspause wieder eine Stelle angetreten, auf der sie ein Jahr arbeitete, aber mit der sie nicht zufrieden ist. Wegen einer Angststörung hat sie sich in die Psychiatrie einweisen lassen und wurde nach kurzem Aufenthalt auf der psychosomatischen Abteilung aufgenommen. Ihr Ehemann hat einen Burn-out und wird seit einem halben Jahr wegen Depressionen behandelt. Solche Verläufe der Symptomeskalation, der Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation bei längeren Arbeitspausen oder Krankschreibungen sowie vorhandene Kenntnisbestände der medizinischen Versorgung weisen auf den Wunsch nach Transferleistungen hin.

In Anbetracht dessen, dass viele unserer Informantinnen eine entfristete Erwerbsminderungsrente oder Erleichterungen auf der Arbeitsstelle über eine Gleichstellung mit dem Behindertenstatus anstreben, beziehen sie neben den Kalkülen der Familie und der medizinischen Versorgung auch die Kalküle der sozialstaatlichen Bürokratie in ihre Handlungsstrategie mit ein. Die unterschiedlichen Kalküle in diesen Arenen werden vereinbart und zu einem kohärenten Lebensentwurf koordiniert. Sozialstaatliche Zuweisungen (als symbolische und tatsächliche Erleichterungen bei der Erwerbsarbeit) und Transferleistungen (als Einkommensersatz) tragen zur Sicherung der Existenz bei und sind deshalb nicht nur in ökonomischer Hinsicht eine Grundlage für die neuen Lebensentwürfe, sondern auch bedeutsam für die Zuweisung einer respektablen Identität, denn die Alimentierung der Krankenrolle bedeutet die Legitimisierung der Alltagsunfähigkeit. Symptome, gekleidet als Diagnosen, erhalten solcherart einen monetären und symbolischen Wert im Austausch mit dem Sozialstaat (statt auf dem Arbeitsmarkt).

Mit der Inkorporierung der neuen Wissensbestände legen sich die Patientinnen in der institutionellen Sphäre auf eine pathologische Identität fest, was sich sowohl auf die Behandlung als auch die sozialstaatliche Alimentierung stützt. Die medizinische Behandlung sichert zwar die Krankheit, aber keine dauerhafte staatliche Unterstützung, die erst durch sozial- und versicherungsrechtliche Zuweisungen erfüllt werden, insbesondere bei Lohnersatzleistungen. Aus der befristeten Krankenrolle soll die auf Dauer gestellte Ehrenhaftigkeit der Invalidität werden, die einigen unserer Informantinnen die halbwegs zufriedenstellende Reorganisation ihres Lebensentwurfs ermöglicht, indem trotz Erwerbsunfähigkeit ein akzeptiertes Mindestmaß an Alltagsfähigkeit beibehalten wird und in der Familie eingesetzt werden kann. Zudem erfährt die Pathologie in Form sozialstaatlicher Transferleistungen bei den Angehörigen Anerkennung.

Es gibt allerdings drei Patientinnen im Sample, von denen wir wissen, dass sie keine Lohnersatzleistungen beantragt haben, auf die aus Gründen der Kontrastierung kurz eingegangen wird: Frau Lender (50 Jahre alt, Sachbearbeiterin) fühlt sich auf ihrem Arbeitsplatz sehr wohl und strebt keinen weiteren Dispens von der Arbeit an. Sie hat zwar Alkoholprobleme und war unmittelbar vor der Aufnahme in die psychosomatische Abteilung in einer Entzugsklinik, aber sie berichtet auch von Arbeitskollegen, die viel Verständnis für ihre gesundheitliche und soziale Situation aufbringen. Über das Betriebsklima in ihrem Kommunalbetrieb sagt sie: »Find' ich schon toll, dass man an die Arbeit geht, weil man weiß, es geht einem da besser« (11: 20). Die Arbeit bedeutet für sie Erholung und Ablenkung von den Problemen, die sie zu Hause hat: Sie pflegt ihre demente Mutter und ist unzufrieden mit ihrem Partner, von dem sie sich eine engere Bindung und mehr Zuwendung wünscht, der ihr bei den Pflegetätigkeiten aber nicht zur Seite steht. Kurz auch zu Frau Mock (31 Jahre alt) und Frau Herwig (35 Jahre alt), beide Sozialarbeiterinnen, die schon län-

ger wegen depressiver Episoden in psychotherapeutischer Behandlung sind. Beide sind Berufsanfängerinnen, allerdings nicht in einem typisch sozialarbeiterischen Feld, und mit ihren Partnerschaften unzufrieden.

Die drei Patientinnen geben wenige Motive für sozialstaatliche Transferleistungen bzw. eine Freistellung von der Arbeit an: Frau Lender erfährt dort trotz ihres Alkoholismus Sicherheit, Zuwendung und Gratifikation, was sie zu Hause vermisst. Und für die beiden jüngeren Patientinnen wäre eine Erwerbsminderungsrente aufgrund ihres Lebens- und Erwerbsalters kaum existenzsichernd und müsste durch andere sozialstaatliche Leistungen bei entsprechenden sozialen Kontrollen aufgestockt werden. Selbst ein mittlerer Lebensstandard lässt sich damit nicht erreichen. Für sie wäre eine Frühberentung aufgrund von Psychopathologien nur mit hohen sozialen Verlusten und der Verschärfung privater Probleme zu erreichen, da ihr Ansehen beim Partner darunter leiden würde. Vor allem aber gibt es für diese Patientinnen andere attraktive Lebensentwürfe der Familien- und Arbeitsbiografien, zumal Sozialarbeit ein flexibles Berufsfeld ist, in dem psychische Probleme und abweichende Biografien weitgehend toleriert werden.

Die Fallbeispiele zeigen, dass Invalidisierungen mit der Akzeptanz der jeweiligen Bezugsgruppe sowie der Bilanzierung des Erwerbsverlaufs und der Erwartung eines weiterhin niedrigen Einkommens korrespondieren. Einen zentralen Hinweis dafür gibt das Lebensalter, insbesondere die Dauer bis zum Erreichen des regulären Renteneintrittsalters. Bei unter 40-jährigen Patientinnen ist die Invalidisierung eher eine Episode, da eine Dauerindividualisierung nicht von den Partnern mitgetragen wird, die Leistungshöhe aus Sozialstaattransfers nicht bedarfsdeckend ist und andere Lebensziele noch offen sind. Immerhin lassen sich mit einem Behindertenausweis bereits aktuell Privilegien durchsetzen, die Ehrenhaftigkeit der Pathologien wird bestätigt, und es besteht die Option einer späteren Invalidisierung. Für die über 50-Jährigen bildet Invalidität eine ernstzunehmende und auch von der Familie mitgetragene Option, insbesondere wenn die Höhe der späteren Rente absehbar gering ist, sodass sich Anstrengungen auf den Arbeitsmarkt bei geringen Verdienstchancen kaum noch lohnen und stattdessen Familienarbeit in den Vordergrund der Alltagsgestaltung rückt, die mehr Anerkennung verspricht.

Die Koordination der Arenen

Die Aushandlungen über die neuen Lebensarrangements finden in unterschiedlichen Arenen statt – Familie, Arbeitsstelle, Medizin, Begutachtung –, wobei Ergebnisse und Zwischenergebnisse von Aushandlungen der einen Arena jeweils als Einsätze in den anderen ausgespielt werden. Patientenkarrieren verlaufen deshalb auf mehreren korrespondierenden, teilweise parallelen Pfaden, die die Patienten zusammenführen. Hier soll wieder an die Zwangslage ihrer Festschreibung auf

den Krankenstand bei der ausgeschöpften biomedizinischen Versorgung erinnert werden, die sie in die psychosomatische Versorgung geführt hat. Auf die Logiken des Sozialrechts, an denen sie unter Betonung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche festhalten, ist nun näher einzugehen.

Um das Handeln in den verschiedenen Arenen zu koordinieren, sind Kompromisse und Koalitionen notwendig. Die Patienten sind schließlich nie ganz krank, aber auch nie ganz gesund, das Verhältnis, in dem Krankheit und Gesundheit zueinander stehen, kann sich also je nach Bedarf und Anforderung verschieben. Die Darstellung von Alltagsfähigkeit und Alltagsunfähigkeit unterliegt dann strategischem Kalkül, je nach Handlungsinteresse und Bezugsgruppe. Die Familie hat etwa ein Interesse an Transferzahlungen durch Sozial- oder Unfallversicherungen, insofern unterstützt sie gegenüber den Offiziellen die Darstellung der Symptome. Allerdings wird intern an der Normalisierung des Familienlebens gearbeitet und ein Mindestmaß an Alltagsfähigkeit verlangt. Auch gegenüber dem Arbeitgeber muss der gute Wille demonstriert werden, soll eine vorzeitige Kündigung vermieden oder Unterstützungen aufrechterhalten werden. So wird in betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen (nach dem »Hamburger Modell«) die Arbeit regelmäßig nach längeren Krankschreibungen mit zunächst geringer, sich dann aber erhöhender Stundenzahl wieder aufgenommen, um sie allerdings wegen anderer Erkrankungen oder wegen Überforderung wieder auszusetzen. Mit dieser Hinhaltestrategie wird sowohl der Arbeits- und Gesundheitswillen demonstriert als auch Invalidität gegenüber den Gutachterinnen dargestellt. In den verschiedenen Koalitionen und Vereinbarungen werden Patientinnen so auf ihre Symptome verpflichtet, die durch die Aussicht auf sozial- und versicherungsrechtliche Ansprüche festgeschrieben und dementsprechend dargestellt werden.

Psychosomatische Krankenkarrerien sind regelmäßig Sozialstaatkarrerien bzw. zielen auf sozialstaatliche Transferleistungen und Privilegierungen ab oder werden damit rationalisiert, um wenigstens kleine Erfolge vorweisen zu können. Wenn die Selbstoptimierungen der Patienten darauf abgestellt sind, werden Empfindlichkeiten nicht mehr relativiert und bekommen die dauerhafte pathologische Statur von Krankheitssymptomen, mit denen die intendierten Freiräume und Ziele beansprucht werden. Die Rolle des psychosomatisch Erkrankten wird zur zentralen Identitätsdimension, zu einem Masterstatus (Goffman 1963).

Es sind noch einige Worte zu den Kopfschmerzen zu sagen, die scheinbar aus der Arena der umkämpften Symptome verschwunden sind. Mit zunehmender Invalidisierung verändern sich Empfindlichkeitsdispositionen, Symptome und Aufmerksamkeiten, mit denen der Körper betrachtet wird. Auch Kopfschmerzen durchlaufen einige Veränderungen, sie verschwinden aber nie ganz. Das hat auch damit zu tun, dass wir an Patienten mit Kopfschmerzen herangetreten sind. Aber Deutungen verändern sich: Aus normalen Kopfschmerzen wird eine Migräne, daraus wieder Spannungskopfschmerzen, die schließlich in den psychosomatischen

Symptomkomplex eingehen. Es sind aber auch andere Symptomkarrieren möglich. Für die Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche spielen Kopfschmerzen als distinkte Diagnose allerdings nur eine geringe Rolle. Sie sind Symptome, mit denen sich nicht viel erreichen lässt, aber sie sind eben auch eine anerkannte Diagnose, die nicht umkämpft zu werden braucht. Im Begutachtungsgeschehen sind sie also eine sichere Bank, die nicht weiter demonstriert werden muss. Kopfschmerzen können aber strategisch platziert werden, wenn sie sich mit anderen Symptomen verknüpfen und nicht einfach nur zur Diagnose dazuaddiert werden. Als Symptomverstärkung unterstreichen sie sowohl psychosomatische als auch somatische Symptome. Für die Zuweisung von Ansprüchen sind sie damit zwar nicht ausschlaggebend, aber doch ein willkommenes und stabiles Zusatzsymptom, das mitgenommen wird.

Die Gemeinschaft der Invaliden

Die psychosomatischen Einrichtungen folgen den Logiken des therapeutischen Skripts, dessen Semantik der Selbstverwirklichung die Patientinnen aber genauso wenig beherrschen wie die Symptompräsentation vor den Biomedizinern. Unseren Informantinnen mangelt es an Fähigkeiten zur Dauerreflexion des Selbst und an der angemessenen Darstellung ihrer Emotionalität, die das therapeutische Skript verlangt. Ihr Selbst sehen sie zunächst nicht als reparaturbedürftig und wandelbar, vielmehr als festgelegte Entität an und verweigern die von Therapeuten und Ratgebern geforderte Dauerreflexion und Dauerveränderung. Vor allem beharren sie auch weiterhin auf einer physiologischen Erklärung ihrer Symptome. Solche Patientinnen sehen Therapeuten als konventionelle Ärzte, von denen sie Heilung erhoffen.

Ein Hinderungsgrund für die Habitualisierung therapeutischer Semantiken besteht in den sozialen Herkunftsmilieus, in denen die Emotionalisierung von Beziehungen auf Unverständnis stößt. Mit der Therapeutisierung von Empfindlichkeiten als Vehikel für Selbstverwirklichung lassen sich etwa in den gewerblichen Milieus keine Gewinne erzielen, die Patienten werden dort eher stigmatisiert. Der Überschuss an Subjektivität geht, im Gegensatz zu den mittleren und gehobenen Dienstleistungsberufen, ins Leere und nicht in ein typisches Spektrum von Anforderungen der Erwerbsarbeit oder des Erlebnisraums des Konsums ein. Sowohl im Feld der Biomedizin als auch der Therapie fehlt solchen Patientinnen das kulturelle Kapital, ihre Symptome in den jeweiligen Darstellungslogiken auszudrücken und in akzeptierte Expertensprache zu überführen. Beide Semantiken – die der Therapie und der Biomedizin – sind relativ voraussetzungsvoll und werden nicht immer beherrscht und erfolgreich angewendet.

Bis noch in die 1980er-Jahre drohte solchen Patienten die Psychiatrisierung, was sie in der Regel abzuwenden versuchten, indem sie ihre Symptome nicht mehr

ins Spiel brachten bzw. sie mit Alltagsdeutungen belegten (Shorter 1994). In den Fallgeschichten aus dem Sample der Psychosomatik sind Reste dieser Gefahr noch präsent. Die Leiden der Patientinnen finden inzwischen den sanfteren Pfad der Psychosomatik. Diese beruht zwar auf therapeutischen Kenntnisbeständen, geht aber nach anderen Logiken als denen der Selbstverwirklichung vor – vor allem weil Patienten diese Kenntnisbestände nur unfreiwillig übernehmen und die geforderten Selbstveränderungsprozesse nicht als Daueraufgabe sehen. Patienten sind dort weder konventionelle Kranke noch therapeutische Selbstverwirklicher. Allerdings bietet ihnen dieser Versorgungstyp die Möglichkeit, sich sowohl als Kranke als auch als Selbstverwirklicher sehen zu können, ohne solche Rollen tatsächlich zu authentifizieren.

Können Patienten keine der beiden Rollen erfüllen, mit denen Empfindlichkeiten pathologisiert werden, bietet die Zuweisung einer Invalidenrolle, die vom Sozialstaat zur Verfügung gestellt wird, eine Lösung. Damit ist die Unfähigkeit der Rollenerfüllung in vielen Bereichen, insbesondere denen der Erwerbsarbeit, auf Dauer gestellt. Das unterscheidet sie von der Krankenrolle, in der die Akzeptanz von Unfähigkeiten befristet ist. Invalidität beruht auf dem Ausbau von Rechten zugunsten von Pflichten und verstaatlicht Krankheit als Dauerzustand. Krankheit wird zu einem Geschäftsmodell, und die Symptome werden zu einem Tauschmedium mit den Versicherungs- und Sozialrechtsbürokratien. Im Sozialstaat, der die lebensweltlichen und familiären Sorgebeziehungen ergänzt, wenn nicht gar ersetzt, fühlen sich Patienten weitgehend aufgehoben, selbst wenn sie über die geringe Alimentierungshöhe klagen. Die einst subsidiäre und für Ausnahmen vorgesehene sozialstaatliche Leistung wird zur allgemeinen Erwartung, die auch die Ehrenhaftigkeit der Symptome einschließt.

Invalidität bietet die Möglichkeit, Lebensentwürfe zu optimieren, die von angestrebten Normalitätsentwürfen und den Erwartungen an ein gutes Leben abgewichen sind, ohne allerdings Eigenmittel, Symptome ausgenommen, einzusetzen. Damit wird nachvollziehbar, dass die erwartbare und regulierte Alimentation von Invalidität durch die Gemeinschaft der Steuer- und Beitragszahler die Modulation und Darstellung von Symptomen stabilisiert. Im Zuge des Tauschprozesses müssen Symptome ständig präsentiert werden mit dem Effekt, dass sie nach dem Erreichen der Frühberentung oder des Behindertenstatus als Empfindlichkeitsdisposition habitualisiert sind.

4.3 Schmerzmedizin: Das leistungsfähige Migränegehirn

In den bisher behandelten Teilstudien haben Kopfschmerzen zumeist eine vergleichsweise schwache Statur innerhalb der dort typischen Anforderungen eingenommen – sowohl in den sozialen Milieus als auch in der psychosomatischen

Versorgung. Im Sample der Angestellten hat sich jedoch schon angedeutet, dass Kopfschmerzen als Migräne eine besondere Stellung beanspruchen können, insbesondere wenn sich Patientinnen in der spezialistischen Kopfschmerzversorgung aufgehalten haben. Migräne bekommt hier ihre Qualität als besondere Krankheit, die besondere Umgangsweisen im Alltag erfordert und Anforderungen an die anderen stellt.

Im vorliegenden Kapitel ist daher zu untersuchen, wie sich Patientinnen in der stationären spezialistischen Schmerzversorgung neue medizinische Kenntnisbestände aneignen und welche Auswirkungen diese für ihren Alltag haben. Im Vordergrund stehen Prozesse institutioneller Sozialisation, in denen sich eine neue Aufmerksamkeit für den Körper und dessen Empfindlichkeit herausbilden, die wiederum die Grundlage von Ansprüchen ist, mit denen in die Alltagswelt zurückgekehrt wird. Die institutionellen Praktiken formieren also neue Patientenidentitäten. Es gibt allerdings auch Patienten, meist die älteren unter ihnen, die sich zwar an den psychologisch geleiteten Edukationsprogrammen beteiligen, aber mit dem neuen Deutungsangebot wenig anfangen können. Sie genießen ganz einfach das Wohlfühlprogramm eines Kuraufenthalts.

Die erwachten Migränesinne

Die Interviews mit den Kopfschmerzpatienten haben Karrieren von der hausärztlichen Versorgung zur spezialistischen stationären Versorgung zum Gegenstand. Bevor zum eigentlichen Klinikaufenthalt gekommen wird, soll kurz die Vorgeschichte dargestellt werden: Die Basisversorgung beinhaltet, dass ein- oder zweimal im Monat auftretende Kopfschmerzen, die für beherrschbar gehalten werden, mit Hausmitteln, Schonung oder frei verkäuflichen Schmerzmitteln behandelt werden. Die Beschwerden werden alltagsweltlich erklärt: Die Migräne hat man eben vererbt bekommen, da könne man nichts machen (ebenso machtlos ist man auch gegen das Wetter – ein regelmäßig genannter Auslöser von Migräneanfällen). Frauen gegenüber wird beteuert, die Migräne würde vermutlich genauso wie bei deren Mutter mit der Menopause verschwinden. Andere seien wohl gerade starken Belastungen auf der Arbeit ausgesetzt – vielleicht helfe es, etwas kürzer zu treten. Wieder andere stecken gerade im Prüfungsstress – wenn alles erfolgreich absolviert ist, werden auch die Kopfschmerzen verschwinden. Die Wochenendmigräne wird mit spätem Aufstehen begründet – diesen Patienten wird geraten, den Schlafrythmus der Arbeitswoche beizubehalten. Oder man meidet Schokolade, Käse und Wein – anderen aber hilft vielleicht gerade das.

Ähnliche Ratschläge geben auch niedergelassene Neurologinnen – die nächste Station der Kopfschmerzkarriere. Sie lassen diagnostisch abklären, ob hinter den Kopfschmerzen nicht eine schwere Krankheit steckt, etwa eine Tumorerkrankung, bei deren Ausschluss – also wenn nichts gefunden wurde – die Migräne endgültig

diagnostiziert ist. Die Ärzte verordnen spezielle Migränemittel und schreiben gelegentlich krank. Zur besseren Bestimmung der Verlaufsmuster werden den Patientinnen Schmerztagebücher mitgegeben, die zur systematischen Selbstbeobachtung anleiten. Den Ärzten geht es um eine zweckmäßige pharmazeutische Versorgung. Hier sieht man die Migränekranken ganz konventionell als Symptomträger, denen Schmerzmittel zu verschreiben sind und ein paar Ratschläge zur Lebensführung mitgegeben werden, ansonsten halten sich die Ärztinnen zurück. Die Migränepatienten lernen körperliche Symptome, therapeutische Anwendungen und ihre Gefährdungen. Die Legitimationskraft der Neurologen für eine Krankenrolle ist zwar höher als die der Hausärztinnen, aber keine Basis für weitreichende Sonderansprüche, sondern nur zur Attestierung einer gelegentlichen Leistungsunfähigkeit. Im ambulanten Versorgungsbereich wird der Krankheitswert von Kopfschmerzen zwar zugestanden, aber weitgehend relativiert.

Aus beherrschbaren Kopfschmerzen können solche werden, die mit einfacheren Mitteln in der Laienhilfe und der ambulanten Versorgung nicht mehr bewältigt werden. Das ist der Anlass für eine Einweisung in die Schmerzklinik mit gänzlich auf Kopfschmerzen abgestelltem Programm aufeinander abgestimmter chemischer, psychologischer, pädagogischer, physiotherapeutischer und sportiver Behandlung (vgl. Fritsche und Gaul 2013). In dieser »multimodalen Therapie« setzt sich das Lernprogramm zunehmender Pathologisierung auf einer höheren Stufe fort und überschreibt das alltagsweltliche Handlungsprogramm. Vermittelt werden Praktiken und Deutungen, mit denen aus Migränekranken gleichsam diplomierte Migräneexperten werden. Das konzertierte Behandlungsprogramm der ganzheitlichen multimodalen Schmerztherapie thematisiert Einstellungen und Erwartungen sowie Aufgaben, Gewohnheiten und Tagesabläufe und die Beziehungen zu den signifikanten Anderen. Sie stellt die Migräne in den Mittelpunkt eines medizinisch aufgerüsteten Alltags. Identität, nicht mehr nur Krankheit, steht auf dem Prüfstand, und die Behandlung besteht darin, möglichst die Interessen der Patientinnen in ihren Lebensbelangen zu optimieren. Das findet nicht nur in psychologischen Behandlungskontakten statt, sondern wird vom gesamten Behandlungsteam, von Ärztinnen, Physiotherapeuten und Krankenschwestern, mit getragen. Das Personal ist bei Bedarf mit alltagsweltlichen psychologischen Vorstellungen zur Hand, mit denen die Lebenssituation der Patienten gedeutet wird, deren bisherige Lebensweisen und deren Alltagswissen mit szientistischen und therapeutischen Begründungen infrage gestellt und unter Umständen diskreditiert werden.

Der anomisch erlebte Körper

Wer sich zum ersten Mal in der Schmerzklinik aufhält, hatte zuvor hohen Leidensdruck – das gilt für die Informantinnen selbst, aber auch für ihre Familien. In den

Interviews berichteten sie von katastrophisch erlebten Schmerzen, die es verhin- derten, den üblichen Anforderungen in der Familie und auf der Arbeitsstelle nach- zukommen. Der Alltag wurde von ihnen und ihren Angehörigen dysfunktional und bedrohlich erlebt. Die Schmerzen gingen weit über über das Niveau hinaus, das ertragen werden kann. Ihr Weg führte zwar zunächst zu niedergelassenen Ärztin- nen oder über die Notaufnahme auf die neurologische Station, aber auch dort gab es keine besseren Behandlungsmöglichkeiten mehr. Trotz ihrer starken Schmer- zen müssen die Patientinnen häufig von Angehörigen, Partnern oder Eltern so- wie niedergelassenen Ärzten von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung überzeugt werden, die hoffen, dass dadurch die Alltagsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.

Ein typisches Beispiel hierfür ist Frau Gude (41 Jahre alt, Fachverkäuferin), über die bereits im Kapitel zu den Angestellten berichtet wurde. Kopfschmerzen kennt sie schon seit dem Alter von 15 Jahren. Sie traten meist an den Wochenenden auf, etwa zweimal im Monat, womit sie gut zurechtkam. Seit zwei Jahren haben sich die Kopfschmerzen verstärkt, und seit sechs Monaten hat sie sechs bis acht An- fälle pro Monat, nun unregelmäßig, auch wochentags, jeder Anfall dauert drei Ta- ge. Vom niedergelassenen Arzt bekam sie Triptane, Prophylaktika sowie Antide- pressiva verschrieben. Frau Gude berichtet von Nebenwirkungen der Medikation, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Aufschwemmungen, und von der Angst vor der nächsten Schmerzattacke:

Ich habe wirklich von einer Angst, von einem Anfall zum nächsten, weil halt auch nix mehr geholfen hat. [...] Wenn selbst 'ne Infusion nicht mehr [hilft] und die hat mich vorher weggebeamt [...] und selbst das funktioniert nicht mehr. Und du leidest drei Tage wie 'n Hund. [...] Und das in kürzesten Abständen, manchmal von nur 'ner halben Woche, drei, vier Tage, und dann ging's wieder von vorne los. Und dann denkst du irgendwann: »Jetzt ist Feierabend. Ich kann mich auch aus dem nächsten Fenster schmeißen.« (38: 6)

In der Regel kennen Patienten gut wirkende Migränemittel, die sie einnehmen, wenn sie Schmerzen haben. Ein typisches Problem der stationären Kopfschmerz- behandlung sind aber, wie bei Frau Gude zu sehen, deren iatrogene Effekte. Nach der medizinischen Theorie kommt es durch zu häufige Einnahme der Schmerz- mittel nach kurzer Zeit erneut zu Kopfschmerzen, wogegen wiederum Schmerz- mittel eingenommen werden. So entsteht ein Teufelskreis aus Kopfschmerzen und Schmerzmitteleinnahme, dem man zunächst nur durch eine Medikamentenpause entrinnen kann (Göbel et al. 2014). Schmerzmittel können nicht inflationär einge- nommen werden, da durch sie selbst wieder Schmerzen verursacht werden. Über- gebrauchskopfschmerzen sind eines der typischen Probleme, mit denen Patienten in die Schmerzlinik eingewiesen werden. Dabei wird, wie im Fallbeispiel von Frau Gude, das Motiv des unbeherrschbaren und unregulierten Körpers aufgenommen.

Die erhöhte Kopfschmerzfrequenz verringert die Alltagsfähigkeit. Der andauernde und wiederkehrende Rückzug wird in den Familien infrage gestellt, und die Glaubwürdigkeit, Besserung herbeiführen zu wollen, nimmt ab. Die Schmerzklage und das zunehmende Aussetzen bei den Alltagspflichten akzeptieren die Angehörigen immer weniger. Es ist durchaus typisch für die Klinikpatienten, dass deren Partner nach neuen Versorgungsmöglichkeiten suchen und darauf dringen, dass sie in Anspruch genommen werden, so auch bei Frau Gude.

Ihr geht es inzwischen so schlecht, dass sie sich nach fünf Monaten erfolgloser Bemühung um eine Finanzierung durch die Krankenkasse als Selbstzahlerin in die Klinik einweist, was sie des Öfteren im Interview betont. Die erratischen und häufigen Kopfschmerzen zeichnen den Körper als unregelmäßig, anomisch und nicht mehr beherrschbar, sodass sie auch ihre Hochzeit aus Angst vor einem Migräneanfall verschiebt. Alltagsfähigkeit ist nicht mehr möglich, soziale Bindungen sind in Gefahr, aus dem Ruder zu laufen und auseinanderzubrechen. Körperzeichen werden nicht mehr verstanden: Sie sind verworren, undeutlich, unbestimmt, unregelmäßig, nicht distinkt und unübersichtlich. Die gewohnten Ordnungen des Körpers, seine Erscheinungen und sozialen Anbindungen sind entrückt. Mit diesen unbekanntem Schmerzen wird auch die Welt unbekannt. Die Sprache der Schmerzen folgt nur noch einer katastrophischen Semantik.

Die Beruhigung des Körpers

Der Teufelskreis aus Schmerzen und Schmerzmittelübergebrauch wird in der Klinik durch eine Medikamentenpause durchbrochen: Bei einem Migräneanfall dürfen die üblichen Schmerzmittel oder Triptane nicht genommen werden. Entweder werden die Schmerzen ausgehalten oder mit anderen Wirkstoffen erträglicher gemacht. Frau Gude bekommt eine Infusion mit einem Antidepressivum und eine dreitägige Cortisongabe, um »diesen Schmerz [zu] unterbrechen« (33: 21). Die ersten Tage in der Klinik sind für die Patienten deshalb besonders anstrengend. Regelmäßig bekommen sie Schmerzanfälle, die sie ohne Schmerzmittel aushalten müssen, bis Schmerzfreiheit erreicht wird, wie Frau Gude schildert:

Du hast eben das Gefühl, du bist total benebelt hier. Aber das ist eben Sinn der Übung. Und wenn das unterbrochen ist [...], gehen die Augen auf irgendwann, und dann denkste: »Oh Gott, kein Kopfweh.« Die Sonne scheint, und ich kann rausgehen. (33: 22ff.)

Während der Medikamentenpause, meist zu Beginn des Klinikaufenthalts, sind die Patienten freiwillig isoliert, sowohl sozial, indem sie den Störungen der normalen Umgebung entrissen sind, als auch stofflich, wodurch das Medikamentenregime durchbrochen wird. Die äußeren Einflüsse werden auch dadurch minimiert, dass die Patienten kaum aus ihrem Zimmer kommen, und wenn doch, vom Personal

zur Ruhe angehalten werden. Der Aufenthalt im meist abgedunkelten Zimmer bedeutet auch sonstige Reizarmut und wenig Bewegung. Damit verbunden ist die weitgehende Abstinenz kohlenhydrat- und fettreicher Kost – man isst wenig und leicht, trinkt viel Wasser oder Kräutertee. Zum Befinden der Patienten sagt eine Krankenschwester:

Manche versuchen es auszuhalten, die Schmerzen [...]. Andere ist so, die dann doch öfters, einmal, zweimal am Tag dann 'ne Infusion bekommen oder dann auch einige, die auch feste dann liegen. Die dann nicht zur Therapie gehen können, wenn sie so fest liegen, man ihnen auch das Essen dann aufs Zimmer bringen und dann auch die Therapie entschuldigen. (6: 28ff.)

Die pharmazeutische Enthaltbarkeit sozialisiert in das Klinikregime und ist damit eine Übergangspassage zum Status des Expertenpatienten. Die Erfahrung der Heilung durch Schmerzzufügen wird aber nicht von allen Patientinnen gleichermaßen geteilt. Einige lehnen den »Entzug«, wie es umgangssprachlich heißt, ab, andere brechen ihn ab, wieder andere verlangen eine pharmazeutische Behandlung mit anderen Schmerzmitteln, um die Schmerzbelastung zu verringern. In der Hierarchie des Schmerzaushaltens haben diejenigen den höchsten Rang inne, die die Prüfung der Medikamentenpause ohne andere Mittel und vollständig absolvieren.

Nach der erfolgreichen Medikamentenpause (mit oder ohne pharmazeutischer Hilfe) haben Patientinnen nicht nur ihre Fähigkeit bewiesen, Schmerzen auszuhalten, sondern sie verfügen nun über einen pharmazeutisch reinen Körper, in dem neuen Verfahren und damit auch neue Einstellungen eingeschrieben werden. Mit der Evidenz von Schmerzverbesserung und der Erfahrung von Schmerzfreiheit brennt sich das ärztliche Regime in den Körper ein und bestätigt ärztliche Autorität, wenn »du hier [in der Klinik] gesagt kriegst, was Sache ist« (Frau Gude 20: 40ff.). Indem den Kopfschmerzen ihr unregulierter Charakter genommen wird, können sie klassifiziert werden. Es treten weiterhin Migräneanfälle auf – das ist auch gewollt, um die neuen Behandlungen auszuprobieren –, aber aus der amorphen Gestalt der Symptome kristallisieren sich für jeden einzelnen Patienten charakteristische Merkmale heraus, mit denen ihre spezifische Regelmäßigkeit zum Vorschein gebracht wird.

Nach der Reinigung des Körpers von der falschen Chemie, die sich in Schmerzfreiheit repräsentiert und als symbolische Reinigung von sozialen Fremdeinflüssen gesehen werden kann, beginnt eine wohldosierte, systematische pharmazeutische Therapie, die das Erratische des bisherigen Medikamentenkonsums und damit auch der Schmerzen ablöst. Dazu gehören prophylaktische Maßnahmen und das frühe Erkennen von Migräneanfällen, sodass mit wenig oder keinen Medikamenten darauf reagiert werden kann. Durch die Beruhigung des Körpers verringern sich Migräneanfälle, Medikamentenkonsum und Vergiftung. Er wird klinischen Prüfungen unterzogen, bei denen, ohne Störung durch unregulierte Schmer-

zen, Gesetzmäßigkeiten der Verläufe offengelegt werden. Dabei wird auch getestet, ob überhaupt eine Migräne vorliegt oder ob die Kopfschmerzen mit anderen Dispositionen in Verbindung stehen (z.B. psychischen Problemen, Spannungskopfschmerzen, Clusterkopfschmerzen oder einer Mischung aus allem). Der gereinigte und beruhigte Körper ist die Basis für die anschließende medikamentöse Therapie, bei der der Patient nun ein unbeschriebenes Blatt ist, auf das die klinischen Praktiken ihren Stempel neu aufdrücken. Mit zunehmender Kenntnis der Klassifikation und des Empfindens von Migräne dringt die Pathologie in den Raum des Alltags ein. Migräne ist nun endgültig keine alltägliche Empfindlichkeitsdisposition mehr, sondern wurde in den Krankheitskomplex überführt.

Das Vokabular der Migräne

Im Gegensatz zum Alltagsverständnis verfügt die Medizin über elaborierte Beschreibungen von Migräneverläufen. Medizinisch gesehen ist Migräne eine »Erkrankung mit periodisch auftretenden Attacken von Kopfschmerzen, die typischerweise mit Begleitbeschwerden seitens des vegetativen Nervensystems einhergeht« (Keidel 2007: 15). Die Symptome sind nicht nur die Schmerzen, sondern vielfältige weitere körperliche Reaktionen: Sehstörungen – die sogenannte Aura –, aber auch »Dysphasie und Hemiplegie, Doppelsehen (Diplopie), Schwindel, Erbrechen, Verdauungsstörungen, Veränderungen des Flüssigkeitshaushalts und Persönlichkeitsstörungen« (Sacks 1994: 22). Eindeutige physiologische Mechanismen konnten bisher noch nicht identifiziert werden, allerdings gibt es einen in der Neurologie geteilten Wissenskorpus, der auf Annahmen und Hypothesen der multikausalen Migräneentstehung beruht (Göbel 2012a).

Die Migränediagnose basiert ausschließlich auf den Selbstberichten der Patientinnen, sie wird anhand eines Symptomschemas evaluiert (z.B. Keidel 2007: 116), also nicht durch apparative Methoden, sondern »nur durch die sichere Erfassung der Kopfschmerzphänomenologie in wiederholten ausführlichen Arzt-Patienten-Gesprächen« (Göbel 2012b: 47). Die Alltagserfahrungen der Patienten werden hierfür in ein medizinisches Vokabular übersetzt. In die Phänomenologie der Erkrankung, die aus den Selbstberichten der Patientinnen extrahiert wird, gehören neben der Beschreibung der Symptome die Auslöser, die sogenannten Trigger, und begünstigende Bedingungen (Keidel 2007), die wie die Symptome eine große Bandbreite umfassen: Wetter, Nahrungsmittel, Medikamente, Belastungen, Alltagsroutinen, psychische und physiologische Dispositionen. Die Fülle der möglichen Ursachen ist so umfangreich, dass es fast schon beliebig wirkt, was als Bedingung für den Kopfschmerz gilt. So auch Oliver Sacks (1994: 176): »Eine eindeutige Definition entzieht sich uns umso mehr, je tiefer wir in das Wesen der Migräne eindringen.« Inzwischen zeigt sich die medizinische Zunft selbstbewusster, der Neurologe Keidel (2007: 7) etwa schreibt:

Wir wissen jedoch heute, dass es sich bei der Migräne um eine biologisch begründbare Erkrankung handelt. Ihre Mechanismen sind schon weitgehend aufgedeckt und lassen sich dank der Fortschritte, die die Forschung in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, sehr effizient akut und vorbeugend behandeln.

Ganz so einfach und vor allem objektiv ist es mit den Kopfschmerzen dann doch nicht, denn Diagnosen werden auch ohne handfeste Kriterien vergeben: »Fehlen einzelne Beschwerden, die die Diagnosestellung einer Migräne nicht sicher ermöglichen, kann auch der Verdacht auf eine *wahrscheinliche Migräne* erhoben werden«, führt Keidel (2007: 15, Herv. i. Org.) einige Seiten weiter an.

Migräne ist also auch in der Medizin kein eindeutiges Phänomen, was sie in einen Graubereich zwischen normalen und pathologischen Körpererscheinungen verortet. Symptome sind zunächst sinnliche Erfahrungen, die als normale Abweichungen und Irritationen auftreten, also nicht notwendigerweise pathologisiert werden müssen. Auffällig ist der Variantenreichtum der Körperäußerungen, die als Migränesymptome identifiziert werden können. Die Beliebigkeit und »Formenvielfalt der Migräne« (Sacks 1994: 255) äußert sich auch in den Auslösern: Jedes Sinnesorgan ist anfällig für Abweichungen in den Wahrnehmungen, die Ausdruck und Auslöser von Migräne sind.

Die Diagnose wird also nach einer »Checkliste Migräne« (Keidel 2007: 116) auf Basis von Selbstberichten der Patienten erstellt – das ist auch in den beobachteten Kliniken der Fall. Die katastrophischen Beschreibungen der Laien werden in den Sprach- und Körpercode der Medizin überführt und an sie rückgekoppelt. Patienten lernen die Migräne und ihre Symptome in einem medizinischen Vokabular zu fassen, wobei Ärztinnen zunächst an Alltagsvorstellungen anschließen. Frau Gude berichtet über ihre erste Konsultation beim Klinikarzt:

Er war der Erste, der mir einen Ausdruck sagen konnte, [...] ich habe auch diese Aura [...] und hab' immer gesagt: »Das ist, als würde ich hier Wasser sehen.« [...] Und keiner konnte mir [vor dem Klinikaufenthalt] immer sagen, jeder so: »Ja, ja, da sieht man Sternchen.« [...] Und er sagte: »Ah, Kaleidoskopsehen.« [...] Und da habe ich gedacht: »Okay, die wissen, wovon sie reden. Der weiß, was du meinst.« (28: 17ff.)

Frau Gude schildert die Initiation in einen neuen Erfahrungsbestand, der sie von den katastrophisch erlebten Schmerzen und ihren Laiendeutungen in eine expertielle Semantik führt, mit der sie ihr Erleben moduliert. Der Arzt gibt den körperlichen Erfahrungen der Auraerscheinungen mit »Kaleidoskopsehen« einen neuen, auch für sie nachvollziehbaren »Ausdruck«. Das ärztliche Deutungsangebot wird bereitwillig angenommen und überspielt die bisher üblichen Beschreibungen von Wasserspiegelungen oder »Sternchen«. Die neue Deutung wird Bestandteil einer gemeinsamen Sprache, die vom Alltag distanziert – der Beginn des Eintritts in

einen neuen, den expertiellen Raum der Verständigung über die Schmerzen als kommunikative, performative Praxis. Die Deutungshoheit liegt zwar weiterhin bei den Mediziner*innen, der Diagnoseprozess ist jedoch als interpretierender Austausch zwischen Arzt und Patient*in zu verstehen.

Die Reorganisation der Sinne

Alltagsbeschreibungen verorten die Migräne im Kopf, vor allem konzentrieren sie sich auf die Schmerzen, die unregelmäßig, unbestimmt und ein schwer deutbares Konglomerat von Zeichen und Erleben des Körpers sind. Patient*innen lernen in den Arztkontakten, in denen die Auslöser der Migräne, Umwelteinflüsse sowie emotionale und körperliche Belastungen thematisiert werden, ein reichhaltiges differenziertes Vokabular, mit dem sie sich ausdrücken und verständigen können. Damit wird die Aufmerksamkeit vom Kopf und seinen Schmerzen auf die Sinne – Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen – ausgedehnt, welche auf Umweltreize reagieren: Wetterwechsel, Lichteinflüsse, Gerüche, Nahrung und Getränke werden nach möglichen Auslöser*innen evaluiert. Auch Mia Rose (21 Jahre alt, Gymnasiastin) lernt im ersten Arztkontakt eine neue Sinnessprache:

»Lichtempfindlich, geruchsempfindlich«, das haben mich bis jetzt die Ärzte gar nicht so direkt gefragt oder nicht so, zumindest nicht so wie er [der Klinikarzt]. Wie das von seiner Seite 'rüber kam, war für mich klar: »Das passt jetzt.« (20: 13ff.)

Mia Rose hat seit dem Alter von acht Jahre Kopfschmerzen, auch ihre Mutter hat Migräne. Aber erst in der klinischen Examination bekommt die Migräne eine eigene Statur, tritt aus der Enge des Kopfes hervor und breitet sich – dirigiert über die Sinnesorgane – im Körper aus. Geschult wird die Selbstbeobachtung, mit der Körperzeichen als ärztlich legitimierte Symptome identifiziert werden. Die gemeinsam mit den ärztlichen Spezialist*innen erarbeitete Diagnose stellt den Patient*innen ein Deutungsgerüst zur Verfügung, mit dem sie ihre Körpererfahrungen in neue Systematiken überführen.

Der medizinische Diskurs dringt in die Patient*innen ein und strukturiert deren Erfahrungsraum. Die neue Semantik der Migräne verknüpft Kopf, Körper, Sinneswahrnehmung, Persönlichkeit und die Beziehung zu anderen miteinander zu einer sich neu ordnenden Welt. Gelernt wird, dass Essensgerüche, Reflexionen des Sonnenlichts oder der Rauch von Zigaretten einen Migräneanfall auslösen können. Die neue Körperaufmerksamkeit dehnt das Schmerzterritorium über die Grenzen des Körpers aus. Die erlernten Klassifikationen werden als Pathologie über die älteren Alltagsdeutungen gelegt, die zum Teil diskreditiert werden. Eine Krankenschwester sagt dazu:

Viele sagen ja auch, sie wussten so manche Aufklärung nicht oder haben das gar nicht als Migräne [aufgefasst] ..., dass das auch 'ne Krankheit ist und dass man da doch für sich dann so einiges noch rausholen kann. (7: 38ff.)

Die Verständigungen über die Symptome finden nicht nur in den Initiationen der Eingangsuntersuchungen statt, sondern auch kontinuierlich in Gruppen- und Einzelsitzungen, Anwendungen und Therapien. Von der Ausdehnung der Verortung von Schmerzen vom Kopf auf die Sinne sowie vom Erwachen der neuen Körperaufmerksamkeit berichtet eine Bewegungstherapeutin:

Ich mach' immer 'ne Eingangsrunde, wo ich sie frage nach Befindlichkeiten [...] auf mehreren Ebenen, [...] auf der körperlichen Ebene, [...] aber es ist auch immer Raum dafür, da zu sagen: »Wie geht's mir insgesamt im Moment?« Und da gibt's oft auch 'ne Veränderung. Am Anfang, beim ersten Termin, wenn man da die Runde macht, dann ist es wirklich, geht's nur um den Kopfschmerz: »Ich hab' heute. Ich hab heute nicht. Ich hab' heut viel. Ich hab' heut wenig.« oder: »Ich hab' heut' nur meinen Dauerkopfschmerz.« und: »Ich spür' schon, es kommt 'ne Migräneattacke.« Und am Ende ist es doch so, dass sie sich auch mehr Raum dafür nehmen, auch wirklich über sich zu sprechen, wie es ihnen geht. [...] Bei einigen [ist es] auch, dass sie sich besser spüren. (2: 4)

Die Bewegungstherapeutin berichtet über Lernerfahrungen und über die Sozialisierung der Körperaufmerksamkeit und des Körperspürens, die durchaus zum offiziellen Lehrplan der Kliniken gehört. Zunächst werden die Kopfschmerzen thematisiert: die Unterscheidung der Kopfschmerzarten, der Schmerzzeiten und -frequenzen, der Art und Weise ihres Einsetzens. Der Ausdruck des eigenen Erfahrungsraums wird verfeinert und in Sprache gefasst. Damit sind Chancen für die Patientinnen für weitere Plausibilisierungen verbunden, die sich dann wieder in expertisierter Form auf Alltagsbereiche ausdehnen. Endgültig verlassen die Schmerzen das enge Territorium des Kopfes, sie werden versprachlicht und das Vokabular der Migräne zur Repräsentation des gesamten Körpers und seiner Befindlichkeiten angewendet. Patienten arbeiten permanent an den Deutungen ihrer Kopfschmerzen und belegen ihr Unwohlsein mit medizinischen Etiketten. Eine Krankenschwester beschreibt die Biografie der Körperaufmerksamkeit einer für sie zunächst schwierigen Patientin:

Da war auch eine Patientin, da dachten wir [...] »Oh, jetzt haut sie einen um«, auch so vom Gesichtsausdruck und so, und das hat sich im Laufe der Zeit so positiv entwickelt, weil die hatte auch sehr viel zu Hause an den Backen, und die hat sich [in der Klinik] sehr wohlgefühlt, und [...] ich hatte auch sie [...] aufgenommen oder Zwischengespräch gemacht, und da hab' ich ihr auch gesagt, dass sie jetzt ganz anders wirkt auf einen, also weicher, also so am Anfang so richtig hart. [...] Sie [hat]

das selber gemerkt, sie hat für sich hier einiges klären können und hat's gesehen und dass sie für zu Hause auch was ändern muss. (13:1ff.)

Die Migränecharakteristik beinhaltet nicht nur körperliche Symptome, sondern es wird auch eine moralische Karriere der Patientinnen in Gang gesetzt, die sich in einer neuen, nun authentischen und von Schmerzen befreiten Persönlichkeit ausdrückt.

Pharmakologisch gesteuerte Sozialisation

Die Herstellung des neuen Patientencharakters ist als Bestandteil eines konzertierten Programms zu denken, das erheblich auf der pharmakologischen Behandlung beruht. Vor ihrem ersten Aufenthalt in der Schmerzklinik behandelten sich die Patientinnen meist selbst mit frei verkäuflichen einfachen Schmerzmitteln oder mit rezeptpflichtigen speziellen Migränemitteln. Die Hoheit über Dosis und Frequenz der Einnahme führte dann unter Umständen zu den Übergebrauchskopfschmerzen. Die Selbstbehandlung schließt an die Alltagsvorstellungen an, dass Schmerzen wegzumachen, zu relativieren und zu normalisieren sind. Solche Logiken werden während des Klinikaufenthaltes durch ein neues Medikamentenregime überschrieben, Schmerzen und Gegenmittel in ein zunehmend verdichtetes Wechselverhältnis gestellt. Die Symptomdarstellung betrifft nicht nur das Vokabular der Körpererfahrungen, sondern bezieht sich auch auf das neue pharmazeutische Regime der Schmerzmittel, mit dem neue Klassifikationen gefestigt, inkorporiert und gegenüber anderen ins Spiel gebracht werden.

Zunächst wird die Einnahme hochpotenter und teurer Migränemittel, meist Triptane, eingeübt. Ein Beispiel dafür ist Frau Dornbusch (34 Jahre alt, stellvertretende Filialeiterin in einem Supermarkt): »Ich hab' das hier zum ersten Mal gehört: Triptan. Ich hab' immer die Migritanzäpfchen genommen« (9: 35ff.). Alle bisher eingenommenen Mittel hatten sich als wirkungslos erwiesen, da sie Migräne zu alltagsnah als banale Kopfschmerzen behandelten:

Ich hab ja schon Dolormin und Thomapyrin, kann ich alles vergessen. [...] Hilft alles nichts. Weil es war ja 'ne Zeit lang so, dann war man irgendwo zu Besuch und dann ging's los. Icke: »Oh, haste mal was?« Jetzt ist es so, ich hab' immer was bei, ich hab' wirklich immer meine Tablette bei, immer mein Pülverchen bei, dat gewöhnt man sich dann irgendwann an wahrscheinlich. Weil man auch weiß, wenn's losgeht, muss man handeln. (21: 3)

Zwar konnte Frau Dornbusch gegenüber ihren Bekannten ihre Migräne dramatisieren, allerdings immer nur im Bereich der Hausmittel, bei denen Migräne in den Alltag eingeht. Nun trägt sie das »Pülverchen« – ein höherpotentes Mittel, auch im symbolischen Sinne – immer mit sich.

Die Patienten stellen wie Frau Domenico (45 Jahre alt, Bürokauffrau) regelmäßig dar, dass sie sehr ungern und nur bei äußerst starken Schmerzen etwas einnehmen: »Also ich bin ein Mensch, der möchte keine Tabletten nehmen« (29: 12), denn diese sind, wie jede andere medizinische Behandlung, eine Körperverletzung. Diese Rhetorik reagiert noch auf die befestigte Grenze von Alltag und Pathologie, deren Überschreiten eines bedeutenden symbolischen Zolls bedarf, für den Schmerzen darzustellen und zu begründen sind. In der Schmerzklinik lernen Patientinnen das Motiv der Körperverletzung in neuer Weise als Münze für die Plausibilisierung der Schmerzen einzusetzen: Die Medikamenteneinnahme wird zu einem Opfer – zur unfreiwilligen, aber für geboten erachteten Selbstversehrung, mit der die Schmerzen dargestellt werden können. Mit der Begründung des Erhalts der Leistungsfähigkeit werden Schmerzmittel und Schmerzen identisch. Der regelgeleitete, in der Klinik erlernte Schmerzmittelkonsum gehört zur Migräne und ihrer Dramatisierung dazu.

Das Lernen der pharmazeutischen Repräsentation von Migräne ist ein zentraler Programmpunkt der Klinik, um zwei Fehlsteuerungen der schlechten Dramaturgie zu korrigieren: die Einnahme von zu wenig und von zu viel Schmerzmitteln. Ein Lernmotiv besteht im vernünftigen Umgang, um die Selbstversehrung zu minimieren und gleichzeitig ihre Inszenierung zu optimieren. Eine Krankenschwester erläutert:

Die Patienten bekommen alle ihre Bedarfsmedikation in die Hand, das heißt, wenn sie jetzt Migräne haben, wenn sie Kopfschmerzen haben, haben sie gleich das Medikament zur Hand. (5: 37ff.)

Patienten, die bisher auf frei verkäufliche Alltagsmedikamente und Hausmittel zurückgegriffen haben, aber damit nicht zufrieden waren, werden in der Regel auf Triptane eingestellt, die in den Kern des semantischen Feldes der Migräne gehören und deren Wirkung – neben Selbstreporten – auch ein Diagnosekriterium für Migräne ist. Der Gebrauch der Schmerzmittel muss gelernt werden, es reicht nicht, sie bei einem Migräneanfall einfach zu schlucken, so wie es die Patientinnen vor ihrem Klinikaufenthalt getan haben. Sie dürfen nicht zu früh eingenommen werden, und zu spät entfalten sie keine Wirkung. Sie helfen auch nicht bei normalen Kopfschmerzen oder bei Spannungskopfschmerzen. So haben die Schmerzmittel auch einen diagnostischen Wert: In der Klinik wird die Unterscheidung von Kopfweg, Spannungskopfschmerz, Migräne und eventuell Clusterkopfschmerz durch den Gebrauch der Schmerzmittel angeleitet und eingeübt. Damit die Migränemittel wirken, muss ein Migräneanfall erkannt werden, noch bevor er vollständig ausbricht, und dabei von anderen Kopfschmerzformen unterschieden werden. Spannungskopfschmerz etwa kann einen Migräneanfall triggern. Es müssen also die richtigen Mittel in der richtigen Dosis zur richtigen Zeit eingenommen werden, was entsprechende Körpertechniken und Körperaufmerksamkeit verlangt.

Zunächst wird also ein Gespür für die Zeichen der Evidenz der Migräne im Gegensatz zu normalem Spannungskopfschmerz gelernt. Frau Gude erläutert: »Wenn Sie Triptan nehmen [...], und es geht weg, dann haben Sie Migräne« (16: 34), also keine Spannungskopfschmerzen. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit dem Medikamentenregime, wobei es vor allem um den richtigen Einsatz der Triptane geht, die frühzeitig beim Heraufziehen einer Schmerzattacke einzunehmen sind, es soll also nicht gewartet werden, bis sich der Anfall manifestiert.

Das habe ich hier gelernt. Das hätte ich vorher nicht so gesehen. Ich habe immer krampfhaft versucht, es [die Tabletteneinnahme] so lange wie möglich hinauszuzögern, [...] weil ich gedacht habe: »Du kannst dir das doch net schon wieder einschmeißen.« Hier lernst du im Grunde, wenn du merkst: »Es kommt, nimm's so früh wie möglich. Wenn das schon kommt, nimm' eigentlich dein Triptan.« (16f.: 43ff.)

Die Voraussetzung für das richtige Medikamentenregime ist eine differenzierte Körperwahrnehmung, mit der Frau Gude schon beim Herannahen der Kopfschmerzen zwischen normalem »Spannungskopfweg« (15: 4) und Migräne unterscheidet:

Dir drückt ein Helm auf den Kopf [...], das ist Spannungskopfweg. Und ›ne Migräne fängt oft an einer Seite an [zeigt an den Nacken], oft am Nacken, [...] wobei die Muskeln nicht härter sind als sonst. [...] Dir pocht's und sticht's halt ununterbrochen. Und dann wird dir schlecht, dann wird dir übel [...] Lärm, Licht, geht gar nichts mehr, oft Ausfallerscheinungen. (15: 23ff.)

Geschildert wird ein differenziertes Raum-Zeit-Gefüge sich von hinten anschleichender, zunächst unscheinbarer Missempfindungen, die zunehmend stärker werden und sich vervielfältigen. Als Symptomkomplex breitet sich die Migräne aus und erfasst den gesamten Körper. Spannungskopfschmerzen, die alltäglichere Kopfschmerzart, sind dagegen grob, einfach und ohne zeitliche Struktur und verlangen somit auch wenig narrative Kompetenz. Sie beinträchtigen, aber der Alltag kann weiterlaufen, wie Frau Gude anhand einer Episode berichtet.

Das neue Medikamentenregime der Triptane und das darauf abgestimmte Regime der Körperwahrnehmung scheinen Erfolg zu haben, denn der Klinikarzt macht ihr Hoffnung, sie zitiert: »Selbst wenn Sie einen [Migräneanfall] kriegen würden, Sie wissen heute, was Sie machen müssen, wenn es anfängt« (38: 2). Jeder Patient kommt in irgendeiner Art und Weise mit solchen Ratschlägen nach Hause und wird zum Experten seiner eigenen Behandlung. Spätestens jetzt sind die meist hochpotenten Medikamente Requisiten der Migränedarstellung bzw. können noch mit besseren Begründungen eingesetzt werden. Schmerzmittel werden selbst zum Platzhalter der nun zumeist erfolgreich behandelten Schmerzen und bilden in Dosis und Frequenz der Einnahme den Migräneverlauf nach.

Anhand der pharmazeutischen Wirkungen der Schmerzmittel lernen Patientinnen Symptomaufmerksamkeit: das, was Kopfschmerzen sind, wie sie bemerkt werden und vor allem wie sie sich als Migräne ausdrücken. Entsprechend optimieren Kopfschmerzpatienten ihr Krankheitsverhalten und werden gute – medizinisch approbierte – Migränepatientinnen. Die expertiell unterstützte Krankenrolle bedeutet die Optimierung von Krankheitschancen sowie die Minimierung von Risiken der Stigmatisierung, was noch zu zeigen sein wird.

Eine neue Expertentheorie

In der Klinik werden neue Klassifikationen von Kopfschmerzen auf die Patientinnen angewendet. Die damit einhergehende Bereinigung ihrer Wissensbestände von störenden Einflüssen des Alltags bedeutet aber auch, dass ihrem Körper seine Alltagsgeschichte genommen ist, da sie vom pharmazeutischen und klinischen Regime überschrieben wird. Um die Konzeption zu verstehen, mit der die Patientinnen ihre Migräne nun belegen, muss zunächst die medizinische Theorie dazu vorgestellt werden.

Das neue Verständnis der Kopfschmerzen basiert auf einer Expertentheorie, die Migräne als Erkrankung des Gehirns auffasst, verortet im Hirnstamm und im Mittelhirn (»Migränegenerator«) sowie in der Hirnrinde (Göbel 2012a, Keidel 2007, Soyka 1999). Im Ratgeber eines führenden Kopfschmerzmediziners, der sich an Patientinnen sowie an Ärztinnen wendet, werden die verschiedenen Befunde der Migräneforschung zu einer »neurogenen Migränetheorie« synthetisiert (Göbel 2012b): Migräne ist demzufolge auf genetische Abweichungen bzw. Prädispositionen zurückzuführen, sie entsteht »durch eine angeborene Empfindlichkeit des Gehirns für plötzliche Veränderungen und Störungen« (Göbel 2012b: 129). Göbel (2012b: 83f.) fasst dazu eine Studie wie folgt zusammen, allerdings ohne die Quelle zu nennen:

Veränderungen am menschlichen Erbgut auf Chromosom 1 [...] stören die Erregbarkeit der Nervenzellen. Bei zu schneller oder zu lang andauernder Überlastung kann ein Zusammenbruch der Energieversorgung der Nerven die Folge sein. Die Steuerung der Nervenfunktion entgleist. Schmerzauslösende Botenstoffe werden von den Nervenzellen ungehindert freigesetzt und verursachen die hämmernden Migränekopfschmerzen.

Bei Migränepatientinnen fehlt den Gehirnregionen ein vorgeschalteter Filter, der die Reize nach ihrer Bedeutung gewichtet und sortiert. Alle Sinneseindrücke treten demnach ungehindert in das zerebrale System ein und werden dort unterschiedslos verarbeitet. In diesem hochaktiven Modus hat das Gehirn einen überdurchschnittlich hohen Energiebedarf und ist schnell überlastet, was Göbel (2012b: 180) so beschreibt:

Das Gehirn des Migränepatienten ist aufgrund der plötzlichen Fehlsteuerung und des Energiedefizits erschöpft. Sinneseindrücke jeglicher Art können als unangenehm oder auch schmerzhaft erlebt werden.

Ein weiterer führender Kopfschmerzarzt, Gerber, übersetzt dieses Kondensat medizinischer Forschung in eine griffige Metapher, diese wird in einer Tageszeitung zitiert (in: Kast 2001): »Migräniker leben mit einem Porsche im Kopf, geben immer Vollgas. Doch von Zeit zu Zeit benötigt das Hirn einen Boxenstopp.« Das »Migränegehirn« (Borsook et al. 2012) ist im Sinne von Susan Sontag (1981) die neue Krankheitsmetapher, an der sich kollektive Deutungen und Identitätszuweisungen kristallisieren. Sie löst die ältere Gefäßtheorie ab, die Wolff (1972) mit einer psychosomatischen Theorie von der perfektionistischen Persönlichkeit des Migränikers synthetisiert hat. Die Vorstellung der »Migränepersönlichkeit« (Fromm-Reichmann 1937, Wolf 1937, 1972) gilt unter der Dominanz der neuen Theorie als abzulehnende Negativfolie (zusammenfassend: Kröner-Herwig 2007). Die neue neurobiologische Theorie wertet dagegen Migräne als Erkrankung des Gehirns auf und nimmt ihr das Stigma einer psychischen Disposition, »der Migränepersönlichkeit« oder eines Frauenleidens (vgl. Kempner 2014): Das Porschegehirn des Migränikers ist eine Disposition unabhängig von Persönlichkeitseigenschaften und Geschlecht.

Trotzdem werden besondere charakterliche Dispositionen bei Migränepatienten beobachtet. Älteren Beschreibungen, sie seien »ehrgeizig, erfolgreich, perfektionistisch, rigide, ordentlich, vorsichtig und stauen ihre Gefühle so lange an, bis es dann von Zeit zu Zeit zu Ausbrüchen kommt« (Sacks 1994: 254), können nun statt psychoanalytisch und affektiv hirnphysiologisch begründet und positiv gewendet werden. Die Störung der Reizverarbeitung im Gehirn ist zwar eine Pathologie, aber eine mit besonderen Auswirkungen und positiven Konnotationen der Migränepatienten. Das reizbare Gehirn ist ein exklusives Gehirn mit beträchtlichen kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, wie es etwa Göbel (2012b: 128) in seinem Ratgeber formuliert:

Nach der neurogenen Migränetheorie besteht bei Migränepatienten eine angeborene Besonderheit der Reizverarbeitung im Gehirn. Bildlich gesprochen: Migränepatienten haben ein besonders aktives Gehirn, können »um drei Ecken denken«, fühlen emotional tiefer, hören »den Wasserhahn schon fünf Zimmer entfernt tropfen« und haben Antworten auf Fragen, die noch gar nicht gestellt sind.

Aus dem psychologischen und affektiven Makeln werden besondere kognitive und emotionale Fähigkeiten, die Migräniker als elitäre Gruppe auszeichnen: »Migräne findet sich oft bei begabten Menschen mit einem leistungsfähigen Gehirn« (Göbel 2012b: 73). Die Bewertung als Leistungselite findet sich auch in anderen Patientenratgebern (z.B. Gaul et al. 2012, Podbregar 2012, Schellenberg o.J.) und wird in öffentlichen Medien rezipiert (z.B. SWR 2014).

Gespür für Reize

Die neue Migränetheorie ist nicht nur eine abstrakte wissenschaftliche Vorstellung, an ihr bündeln sich Deutungen und Zuschreibungen mit praktischen Konsequenzen. Sie bildet ein schlüssiges Deutungssystem, das das Therapieprogramm leitet, mit dem den Patienten Anleitungen und Rezeptwissen an die Hand gegeben werden. Sie werden im Edukationsprogramm in der Migränetheorie geschult; auch das Bild vom Migränegehirn als hochleistungsfähigem, aber anfälligem Formel-1-Boliden, der immer wieder einen Boxenstop einlegen muss, wird hier genutzt.

Frau Zanitsch (56 Jahre alt, Familienhelferin) hat das erste Mal von der neuen Migränetheorie gehört, »dass das Gehirn jetzt so leistungsfähig ist und viel aufnimmt, also praktisch 'ne Reizüberflutung stattfindet, das hab ich so in dem Sinne nicht so gewusst« (4: 8f.). Sie berichtet über ihre Lernerfahrung:

Weil ja die Migräne eigentlich auch 'n Anfallsleiden ist, und es wirkt eben halt darauf hin, also auch beruhigend, also, also dass diese Hirnaktivität etwas, weil wir ja an einer Reizüberflutung auch leiden, oder was heißt leiden, also wir sind so [lacht], ist uns gesagt worden, dass wir viel aufnehmen, dass unser Gehirn recht leistungsfähig ist. (3: 26).

Frau Zanitsch ist es noch fremd und etwas peinlich, zu einer Elite zu gehören. Andere Patientinnen haben weniger Probleme, das neue Merkmal als Teil der Identitätsausstattung zu übernehmen. Auch Frau Domenico hat die neue Migränetheorie erst in der Schmerztherapie kennen gelernt: »Definitiv, hier zum ersten Mal gehört, diese Reizüberflutung« (21: 19), sie deutet mit ihr frühere Erfahrungen um und reorganisiert ihre Körperwahrnehmung. Sie beschreibt, dass sie schon vor der Therapie gespürt habe, dass sie anders als andere Menschen sei:

Ich habe das immer als Unruhe bezeichnet. Eine Unruhe in mir, weil ich immer alles mitgekriegt habe und draußen und das. Und da sagte mein Mann: »Bleib doch ruhig, was hast du?« Sage ich: »Da ist doch das und das und das, und das kriegt ihr gar nicht mit.« Und das kriege ich mit. Seien es jetzt Nebengeräusche, sei es ein Telefonat irgendwo, sei es, irgendjemand spricht mit irgendjemand, irgendwo fliegt was hin. Also das kriegt der gar nicht mit. Und ich kriege das alles mit, also absolut. (21: 7ff.)

Auch Frau Klabusch (29 Jahre alt, Industriekauffrau) kommt aus dem Krankenhaus mit einer neuen Migränetheorie zurück, wie sie im Folgeinterview berichtet: Die Reizverarbeitung im Gehirn sei gestört, weil dort ein »Filter fehlt« (13: 18), um einströmende Reize zu kanalisieren. Ihr Gehirn sei daher bei Stresssituationen schnell überlastet und reagiere mit einem Migräneanfall – eine Erklärung, die in der Klinik in Patientenschulungen vermittelt wird. Die Migränetheorie der Reizverarbeitung verändert den Fokus des Migränehandelns weg vom Drama des eigentlichen An-

falls hin zu seiner Vorbeugung. Damit aber gibt es keinen Alltag mehr jenseits der Migräne bzw. die Migräne wird zum Alltag.

Der umgedeutete Perfektionismus

Mit der neuen Körperwahrnehmung werden auch das Selbstverständnis sowie moralische Selbstzuschreibungen reorganisiert. Herr Richter (48 Jahre alt, Handwerksmeister) sagt: »Migränemenschen haben einen bestimmten Charakter so, die sind ja feinfühlig, sensibel und pflichtbewusst [...], und ich sag' ja immer: Die haben ein Gewissen.« (10: 14 ff). »Migränemenschen« haben nicht nur ein besonderes Gespür für Umweltreize wie Frau Domenico, sondern auch bei der Kommunikation mit ihren Mitmenschen, auf die sie »sensibel« eingehen; sie erfassen Stimmungen und antizipieren Motive. Herausgestellt wird auch regelmäßig die besondere Leistungsbereitschaft, die im Fall von Herrn Richter mit emotionalen Dimensionen gerahmt werden.

Neben der erhöhten Sensibilität nehmen Migränepatientinnen ausgeprägt perfektionistische Einstellungen für sich in Anspruch. Frau Klabusch berichtet im Folgeinterview über Gruppentherapiesitzungen in der Klinik:

Und interessant war auch zu sehen, dass die Menschen, die da mit mir sitzen, vom Typ Mensch her mir relativ ähnlich sind [...]. Perfektionismus. Immer für alle da sein. »Das mach' nur ich.« »Das muss ich machen.« »Ich muss bei meiner Familie ...« (48: 2ff.)

Eine Vorstellung, die auch Frau Klausen (49 Jahre alt, Arzthelferin) bestätigt:

Wir Migränemenschen oder -patienten sind ja Perfektionisten. Also ich wollte immer, dass meine Wohnung picobello aussieht und alles ganz toll ist. Ja also, ich hab' mir'n Bein ausgerissen und hab' dafür halt dann immer die Quittung mit den Schmerzen bekommen. (12: 25ff.)

Aus dem Perfektionismus resultieren Ehrgeiz, Pflichtbewusstsein und eine hohe Arbeitsethik, wie Frau Zanitsch sagt:

Dass man sonst immer sehr ehrgeizig ist, dass es [die Migräne] meist so Leute betrifft, die eben halt sehr ehrgeizig sind, die immer sehr pflichtbewusst sind und die nicht Nein sagen können, so was alles, das hab' ich schon mal gehört. (4: 4ff.)

Migränepatienten seien also perfektionistisch und überdurchschnittlich leistungsorientiert, wird im Krankenhaus gesagt, was aber nicht, wie nach der vaskulären Migränetheorie auf anerzogene Persönlichkeitseigenschaften zurückgeführt wird, sondern auf die besondere physiologische Ausstattung des Gehirns. Vor dem Hintergrund der neuen Migränetheorie nehmen die Patienten die Auffassung bereitwillig auf, die nun nicht mehr psychoanalytisch oder psychologisch begründet

weird. Migräne bekommt einen physiologischen Krankheitswert, der von Schuldzuweisungen entlastet, wie Frau Domenico bestätigt:

Mit dieser Reizüberflutung, da hat man immer gedacht, das liegt an dir. Also ich habe immer diese Schuldgefühle gehabt, und das ist jetzt ein bisschen von mir abgefallen, und das tut gut. (22: 27ff.)

Die neue Theorie entstigmatisiert Migräne, die aufgrund der physiologischen Pathogenese nicht mehr Ausdruck von charakterlicher Verweichlichung, falscher Erziehung oder Müßiggang ist. Zudem lassen sich die Anlässe für die Schmerzanfälle auf die Umwelt externalisieren: Es ist schließlich die Reizüberflutung, die Migräneanfälle provoziert, also Forderungen der anderen und äußere Umstände, gegen die man machtlos ist.

Trotzdem ist Migräne weiterhin keine normale, das heißt moralisch neutrale, körperliche Krankheit. Die in die Deutung der Empfindlichkeit eingewobene moralische Konnotation ist nicht mehr Stigma, sondern Aufwertung. Der ältere Makel der Migräne als Erkrankung bürgerlicher Hausfrauen und psychischer Fehlsozialisation, wie in jedem Kopfschmerzlehrbuch und in jedem Patientenratgeber als Negativfolie paraphrasiert, wird in das Gegenteil verkehrt. Aus Personen, die ihren Alltag nicht bewältigen können, wird eine Leistungselite. Das klinische Lernprogramm vermittelt, dass Leistung, Begabung, Perfektionismus und Ehrgeiz Eigenschaften der Hirnphysiologie sind, damit auch Eigenschaften der Betroffenen. Migränepatientinnen werden somit als besonders leistungsfähige und begabte Menschen heroisiert. Ein leitender Arzt legt im Interview sogar nahe, dass Arbeitgeber gut daran täten, Migränepatienten einzustellen.

Solche Vorstellungen nehmen die Patientinnen bereitwillig auf, das wurde schon im Kapitel über die Angestellten am Beispiel von Herrn Hellmann angedeutet. Grundgedanke der neuen Migränetheorie ist die Pathologisierung der Kopfschmerzen. Der positiv gewendete Perfektionismus, die Reizüberflutung des Gehirns und die Migräne als »Schutzreaktion« (Frau Klabusch 57: 33) werden in die Expertise der Patientinnen eingespeist, mit der sie sich untereinander verständigen und die Nichtbetroffenen, die eben nicht über diese Gehirneigenschaften verfügen, ausschließen.

Inkorporierungen und Mentaltechniken

Aus den neuen Migränedeutungen ergibt sich die Empfehlung, Sport zu treiben, etwa Nordic Walking, denn das wird als stressreduzierende Mentaltechnik verstanden, weniger zur Stärkung der Körperkraft. Ziel ist, die Aufmerksamkeit auf die Balance von Spannung und Entspannung zu lenken. Auch Bogenschießen wird empfohlen, wobei Körperwahrnehmungen und Körperpraktiken mit psychologischen Deutungen gerahmt werden. Eine Bewegungstherapeutin beschreibt, wie

die Koordination von Anspannung und Entspannung gelehrt wird, um das Ziel zu treffen:

Beim Bogenschießen geht's viel um diesen Leistungsgedanken, also die [Patienten] schießen ja auf eine Scheibe mit gelbem Punkt, und dieser gelbe Punkt ist meistens sehr präsent. Also es geht um Zieltreffen, und das ist ein Thema, was grad bei den Schmerzpatienten, die sind ja oftmals sehr pflichtbewusst, sehr an Leistung orientiert, und da geht's auch in diesem Sinne um Loslassen von dem gelben Punkt quasi. Loslassen von diesem Leistungsgedanken. [...] Loslassen eben auch auf der Ebene von Spannung spüren und Spannung loslassen. Und das Ziel treffen erfolgt dann letztendlich so 'n Stück wie von alleine in der Konzentration. (3: 4ff.)

Die Behandlungsziele bestehen nicht allein in mechanischen Abläufen, beispielsweise der Technik, einen Bogen zu führen, sondern vielmehr in Körperbeherrschung, die auch Geistesbeherrschung ist. Mentale Einstellungen werden durch Bewegung zu einem Gleichlauf der inneren wie der äußeren Haltung zusammengeführt. Koordiniert werden der Körper, dessen Beherrschung durch den Willen und die Einstellung zum Leben: Es werden Bewegungsabläufe im Kontext von Anspannung, Entspannung und Ruhe eingeübt, und das Handlungsziel, »zu treffen«, ist nur mit der richtigen Mischung zu erreichen. Damit wird die psychologische Stressvorstellung des falschen Ehrgeizes inkorporiert, die auf der Physiologie der Reizüberflutung beruht. Die Bewegungstherapeutin (1: 22ff.) schildert ihre Herangehensweise: »Das ist ein bewegungstherapeutischer Ansatz, wo es so schon um Zusammenspiel geht von körperlichen und seelischen Faktoren und die emotionale Seite, körperliche Seite.«

Sport ist daher nicht nur Fitness, der Verbrauch von Energie, sondern wird zur moralisch aufgeladenen Metapher, die auch im Alltag angewendet wird, um Wirkungen zu erreichen. Bogenschießen ist im klinischen Kontext eigentlich kein Sport, bei dem Ausdauer, Kraft und Eleganz trainiert werden – also eine Körperpräsentation, die in alltäglichen Leistungsanforderungen Gewinne abwerfen würde. Vielmehr wird eine Metapher (die Metapher vom Loslassen) als Mentaltechnik und Lebensmaxime in den Körper eingeschrieben. Nicht körperliche Widerstandsfähigkeit wird trainiert, sondern die emotional-mentale Widerstandsfähigkeit gegen Anforderungen von anderen, deren Metapher die Reize sind. Gelernt wird Selbstkontrolle, indem Deutungen von Ehrgeiz und Leistungsorientierung in Bewegungsmetaphern wie Spannung und Entspannung übersetzt werden. Das Programmziel sind nicht die Körpertechniken selbst, sondern es ist die Aneignung neuer Einstellungen, die in den Körpertechniken transportiert werden. Die Arbeitslogik der Bewegungstherapeutin findet bei den Patientinnen Anklang, wie Frau Domenico berichtet:

Meine Erfahrung war, dass ich am Anfang sehr verkrampft war und viel Kraftaufwand gebraucht habe, um diesen blöden Pfeil wegzuschießen. Dann kommt natürlich so ein bisschen der Ehrgeiz, man muss immer die Mitte treffen. Das nervt mich auch an mir selber, und dann ist man irgendwie unzufrieden, wenn man es nicht trifft. Das ist schon immer so ein Kampf irgendwie. [...] Durch dieses Entspannen, durch dieses Runterkommen, durch dieses Atmen. Ich brauche gar keine Kraft mehr oder kaum Kraft. Ich könnte jetzt wahrscheinlich hundertmal schießen und das ist nicht so anstrengend wie beim ersten Mal. Das ist ein tolles Erlebnis. (38: 2f.)

Nicht alle Patienten sind so begeistert vom Bogenschießen. In den Klinken gibt es aber ein ganzes Arsenal an Entspannungs- und Bewegungstherapien, meist der heterodoxen Medizin, die eine ähnliche Aufgabe haben – Mentaltechniken, die auf den Alltag angewendet werden, wie progressive Muskelrelaxation, Biofeedback, autogenes Training, Yoga, Qi Gong, Massagen und Stimmtherapie. Selbst schlichte Spaziergänge werden in den Kontext des Relaxierens gesetzt. Mit diesen Verfahren werden Mentaltechniken als Moraltechniken inkorporiert. Sportarten, die kompetitive Einstellungen und unmittelbare und nachweisbare Leistungsorientierungen verlangen, insbesondere Mannschafts-, Ball- und Kontaktsport, werden nicht betrieben, von ihnen raten die Therapeuten ab. Sie verlangen nach den Logiken der sportlichen Anforderungen heftige (und nicht harmonische) Bewegungen, die den Notwendigkeiten des Spiels gehorchen, weil sie vom Spielverlauf abhängen und nicht selbst gesteuert werden können.

Die Beruhigungstechniken des konzertierten Ineinandergreifens von Körper und Geist werden nicht nur auf die Vorbeugung von Schmerzen, sondern auch auf die Schmerzen selbst angewendet. Dabei soll es nicht mehr darum gehen, gegen die Schmerzen zu kämpfen (ein Kampf, der meist sinnlos ist), sondern mit ihnen zu gehen, in den Körper hineinzuhorchen und sie auf neue, eben nicht schmerzhaft Weise zu spüren. Frau Talhof (50 Jahre alt, Steuerfachgehilfin) gibt sich einen Vorsatz:

Mein Behandlungsziel ist eigentlich auch, dass ich vielleicht ja mir den Schmerz dann auch mal eingestehen kann und zulassen kann und nicht immer mein »Augen zu und durch«. Dass man vielleicht so mit dieser ganzen Situation besser umgehen lernt. (40: 19ff.)

Das gesamte Behandlungsprogramm der Klinik stellt den gereinigten Körper her: das pharmazeutische Regime den chemisch reinen und schmerzfreien Körper als Grundlage für das Mentalregime, welches dann das von Hektik, Unausgeglichenheit und falschem Ehrgeiz bereinigte Selbst hervorbringt.

Lernen, Nein zu sagen

Die neuen Vorstellungen und Körperpraktiken modifizieren die Darstellungen, mit denen Kopfschmerzen gegenüber anderen ins Spiel gebracht werden. Die gehört ebenfalls zum Therapieprogramm, vor allem in den Patientenschulungen und in den psychologisch informierten Gruppensitzungen. Wenn Patientinnen erst einmal wissen, was ihre Kopfschmerzen überhaupt sind, können sie diesen neuen Wissensbestand auch für den Alltag nutzbar machen.

Aus der Idee des hochleistungsfähigen, aber reizanfälligen Migränegehirns ergibt sich, dass die Ursachen für einen Migräneanfall in der Art und dem Umfang der Anforderungen liegen, die an dieses Gehirn gestellt werden. Das Programm der Schmerzklinik besteht also zu einem Großteil darin, dass Patienten lernen, auf diese Anforderungsstruktur Einfluss zu nehmen. Zunächst wird den Patienten vermittelt, dass ihr Perfektionismus, ihr Ehrgeiz und ihre Leistungsorientierung in der Physiologie ihres Gehirns begründet liegen, welches zu durchlässig für Reize ist. Damit lernen sie aber auch, dass diese an sich sozial erwünschten Eigenschaften bei ihnen eine pathologische Note haben. Der nächste Schritt besteht also darin, zu lernen, das Anforderungsniveau abzusenken, indem man an sich arbeitet, dass man eben weniger ehrgeizig, perfektionistisch, pflichtbewusst und leistungsorientiert ist.

Lernen, Nein zu sagen, lautet ein Mantra im Ausbildungsprogramm zum Migränemenschen – weitere sind »loslassen« und »Grenzen ziehen«. Gerade der Klinikaufenthalt selbst wird zum Lehrstück, indem den Patientinnen vorgeführt wird, dass ihre Kollegen und besonders ihre Familie auch ohne sie zurechtkommen und dass Tätigkeiten delegiert werden können. Frau Domenico zählt ihre Lernergebnisse aus den Patientenschulungen auf: »Lernen zu entspannen, lernen, Grenzen zu setzen, meine Grenzen: Wo sind meine Grenzen? Das mache ich jetzt nicht, weil mir das wirklich zu viel wird.« (33: 9ff.). Damit hat sie eine expertiell bestätigte Begründung, unangenehme Tätigkeiten nicht durchführen zu müssen: »Müssen tu ich gar nichts!«, sagt auch Frau Klabusch (14: 2). Und was das genau ist, was Patientinnen nicht tun müssen, können sie selbst bestimmen. Mit der Theorie des Migränegehirns und der Vorstellung von der Subjektivität der Schmerzen wird die Krankenrolle in die eigene Hand genommen, und Kontrollen sowie Sanktionierungen werden umgangen.

Die neue Migränetheorie verändert den Fokus des Migränehandelns weg vom Drama der Schmerzen hin zur Vorbeugung. Damit aber gibt es keinen Alltag mehr jenseits der Migräne, denn jede Situation kann potenziell als stressbelastet und damit als schmerzzerzeugend bewertet werden. Genauso wie die Migräneerscheinungen ubiquitär und transient sind, sind es auch die Auslöser dafür, die im Stress gesehen werden. Das wurde schon in den Abschnitten zur psychosomatischen Versorgung angesprochen. Um ihr Gehirn zu entlasten und einen Migräneanfall

zu vermeiden, müssen Patientinnen das Stressaufkommen minimieren, lernen, sich zu entspannen und nicht alle Aufgaben, denen sie sich verpflichtet fühlen, zu übernehmen. Damit allerdings individualisiert das psychologisch ausgerichtete Behandlungsprogramm die Patienten und entwertet die Alltagsdeutungen der Migräne. Alle möglichen Einstellungen, Erwartungen, Motive, Intentionen und Gefühle können mit dem Schmerzgeschehen kontextualisiert werden und sind damit grundsätzlich pathologisch verdächtig.

Das Migränekollektiv

Das Behandlungsprogramm individualisiert die Patientinnen nicht nur, indem, wie in der Foucaultschen Klinik (1973), Krankheiten und Symptome klassifiziert werden, sondern auch indem es sie von ihren bisher alltäglichen Leistungs- und Rollenanforderungen distanziert. Auf der Basis expertisierter Deutungen und Körperpraktiken lernen sie, sich auf sich selbst zu beziehen und sich in den Mittelpunkt ihrer Migräne zu setzen. Damit aber hat das Programm noch nicht seinen vollen Effekt erzielt. Denn gleichzeitig sozialisiert es in ein neues Kollektiv, das den Rückhalt für die Individualisierung bietet: Die in den Interviews regelmäßig gebrauchten Selbstdeutungen als »Migränemenschen« sind nicht nur persönliche Sichten, sondern sie sind Ausdruck einer kollektiven Verortung in einer Bezugsgruppe, deren Setzungen, Regeln und Normen aufgenommen sind. Das Beisammensein der Klinikpatientinnen mit den gleichen, ständig thematisierten Beschwerden, auch wenn diese im Einzelnen unterschiedlich ausfallen, führt zur Einschätzung eines kollektiv geteilten Erscheinungsbildes der Migränikerin oder des Migränikers. Im Folgenden wird über die Klinik als einer Bühne berichtet, auf der Patientinnen ihre Darstellung von Migräne einüben und dafür in eine Doppelrolle als Zuschauer und Schauspielerin schlüpfen.

Die zentralen Orte für die Sozialisierung der Patienten untereinander sind neben den Gemeinschaftstherapien die gemeinsam genutzten Aufenthaltsräume, der Speisesaal und vor allem ein Wartebereich, der durch eine gemütlich anmutende Ausstattung mit Sofas, Sesseln und Clubtischen sowie der Möglichkeit, Getränke zuzubereiten, die Atmosphäre eines Wohnzimmers imitiert. Dieser Aufenthaltsraum ist nicht wirklich privat, da die dort Sitzenden vom vorbeigehenden Personal und von anderen Patienten beobachtet werden können – schließlich befindet man sich in einer öffentlichen Einrichtung. Er ist aber auch nicht ganz öffentlich, weil doch nicht alle zugelassen sind. Das Klinikpersonal ist dort ein Fremdkörper, genauso die forschenden Beobachter, bei deren Anwesenheit Gespräche eine andere Richtung nehmen.

Patientinnen halten sich dort zwischen den Therapien sowie am Abend auf und unterhalten sich über Alltägliches oder ihre Krankheits- und Behandlungserfahrungen. In der eigenen Gruppe werden Kopfschmerzen locker-distanziert, ge-

radezu relaxt dargestellt. Auf dieser Hinterbühne ist man unter Gleichen, womit sich eine allzu ernste Darstellung der Schmerzen erübrigt. Die lockere Atmosphäre zeigt sich selbst bei Migräneanfällen. Frau Klabusch berichtet:

Es ist 'ne Erleichterung. Du musst niemandem irgendwas beweisen oder erklären [...], wenn da dich jemand jetzt fragt: »Hast du heute wieder Kopfschmerzen?«, und du reagierst net so drauf. (56: 18ff.)

Bei einem schmerzverzerrten Gesicht bekommt man Trost und aufmunternde Worte, wenn fast demonstrativ gesagt wird: »Ich weiß, wie du dich fühlst.« Ein Zuspruch, den Patienten sicher nicht von ihren Angehörigen akzeptiert hätten. Wenn sie nicht zu den Mahlzeiten erscheinen, wird sich nach ihnen erkundigt. Man weiß dann schon, dass sie an einem Migräneanfall leiden. Unter Umständen werden sie auf ihrem Zimmer besucht und trotz der Schmerzen zu gemeinsamen Aktivitäten eingeladen, allerdings nie zu Therapien aufgefordert, die in diesem Zustand als unangemessene Anforderung gelten. Im Gegenteil: Wenn Patientinnen nicht zur Therapie erscheinen, wird dies auch vom Personal als Erfolg im Kampf gegen Ehrgeiz und Perfektionismus gedeutet. Nach der Attacke begrüßt man sich mit einem lockeren »Gestern habe ich mir meine Migräne geleistet«, wie wir in einer Schmerzklinik beobachtet haben.

Nicht alle Patienten mit Migräneanfall zeigen dabei eine leidgeprüfte Miene. Stattdessen kann etwa ein an den Kopf gehaltener Kühlakku oder ein Infusionsständer mit Infusionsflasche zu einem Indikator eines akuten Schmerzanfalls werden. Es gibt dabei durchaus Grenzen der Toleranz, in denen der Schmerz dargestellt werden darf, ansonsten wirkt es übertrieben, etwa wenn Patienten längere Zeit nicht an der üblichen Fröhlichkeit der Zusammenkünfte teilnehmen. Dann wird allerdings auch vermutet, dass sie ihr Therapieziel noch nicht erreicht haben und in Gedanken bei ihren Angehörigen oder bei ihrer Arbeitsstelle sind – eben noch nicht losgelassen haben. Auch dagegen helfen dann die Ablenkung und das lockere bis (je nach Tageszeit) ausgelassene Beisammensein in der Patienten-Gruppe. Es ist allerdings erlaubt, am Beginn des Aufenthalts an Migräne zu leiden. Dann hatte man die »Reisemigräne« oder macht eine Medikamentenpause wegen des Schmerzmittelübergebrauchs.

In der Migränegruppe werden ein neues Wir-Gefühl, ein neues kollektives Selbstverständnis und eine neue Weltsicht gelernt. In der Regel kennen Migränepatienten andere Betroffene, Familienangehörige oder Arbeitskolleginnen, mit denen sie ihre Missempfindungen teilen, sich gegenseitig Ratschläge geben oder Schmerztabletten bereithalten. Die Migräneschmerzen bleiben dort aber Teil des Alltags, der nur kurzfristig unterbrochen ist. Die Erfahrung des Alltäglichen an den Schmerzen wird in der Schmerzklinik aufgebrochen und Migräne als zentrales Motiv herausgehoben. Die neue Migränetheorie wird dabei zur Grundlage der Solidarisierung zwischen den Patientinnen und zur Erklärung der Differenz

zu Nichtmigränikern. Frau Klabusch berichtet aus psychologisch angeleiteten Gesprächsgruppen und zieht eine Grenze zwischen den Mitpatientinnen und ihrem »Umfeld« zu Hause:

Es ist für mich was, was ich lernen muss, also dazusitzen und das jetzt zu erzählen und das nutz'-, deswegen nutz' ich das jetzt auch hier mal so'n bisschen, da auch rauszukommen, vielleicht hilft's mir ja auch einfach in meinem Umfeld. (52: 4ff.)

Das Migränekollektiv bietet neue Orientierungen, die sie vom lebensweltlichen Erfahrungsraum distanzieren und das selbstverständliche Eingewobensein ihrer Schmerzen dort aufbrechen. Auf die eigene Familie wird nun das psychologische und sozialtherapeutische Vokabular der »Umwelt« angewendet, mit dem die unmissverständliche Zugehörigkeit zur Familie sowie deren alltagsweltliche Erklärungen und Relativierungen der Kopfschmerzen leichte Risse bekommen. Zentral ist für die Distanzierung von der Alltagswelt die Vorstellung, ob und von wem die Schmerzen verstanden werden – ein Verständnis, das in der Welt außerhalb der Klinik nicht vorhanden ist, wie Frau Domenico beschreibt:

Es war eine ganz tolle Erfahrung. Ich war ganz überrascht, weil einfach das Verständnis da ist, weil: Der neben einem erzählt was und dann huups: Genauso wie bei dir. Und das ist halt ein tolles Gefühl. Einfach: Du bist nicht allein mit der Krankheit, oder anderen geht es genauso. Und diese Erfahrung zu machen, das ist wirklich sehr positiv. (36: 21ff.)

Therapeutische Gruppensitzungen bilden den formellen Rahmen, in dem Patientinnen ihre Erfahrungen aufbereiten und zum Anlass für weitere Reflexionen nehmen. Frau Talhof erinnert sich:

Ich weiß ja, wie ich ticke [...] und komm' aber aus diesem Hamsterrad ganz schlecht 'raus. Was mir unheimlich gut tut, sind wirklich diese Gespräche mit den anderen Migränikern, dass man da mal dann [...] so einen Hintergrund erfährt, wie die ticken. (44: 19ff.)

Tatsächlich wird sich über das Kriterium die Migräne organisiert, andere Sozialkategorien wie Milieu, Geschlecht oder Alter sind dem untergeordnet. Frau Klabusch berichtet:

Interessant war aber zu sehen, dass die Menschen, die da mit mir sitzen, vom Typ Mensch her mir relativ ähnlich sind. [...] Perfektionismus, immer für alle da sein. »Das kann nur ich, das muss ich machen, ich muss bei meiner Familie ...« Obwohl die einen hatten Kinder, die anderen hatten Partner, andere nicht, andere waren älter, andere jünger. Aber vom Typ Mensch her, die, die in meiner Gruppe waren. (48: 2ff.)

Aber auch innerhalb der Gruppe gibt es Differenzierungen. Eine Psychologin spricht von einer »Kellerrallye« (9: 14), bei der es darum geht, wer am schwersten an den Kopfschmerzen zu tragen hat. Weiter sagt sie:

Die Patienten fangen natürlich auch irgendwo an, sich dafür zu entschuldigen, die *nur* [betont] mit Spannungskopfschmerzen irgendwie manchmal in der Gruppe sitzen oder die vielleicht mal eine Migräneattacke haben. (9: 37ff.)

So gibt es eine Hierarchie zwischen Clusterkopfschmerzen, Migräne und Spannungskopfschmerzen. In der Regel wird anerkannt, dass Clusterkopfschmerzen die schwersten Leiden verursachen – Clusterpatienten gelten als Schmerzelite –, dennoch kam es zwischen einem Migränepatienten und einer Clusterpatientin zu einem Wortgefecht. Die Clusterpatientin Frau Beil (38 Jahre alt, Verkäuferin) berichtet:

Gestern wurde ich bei der einen Sitzung noch von einem Migränepatienten noch angepflaumt: »Du hast doch sowieso keine Ahnung.« Und ich guck den so an [ironisch]: »Von Schmerzen, ich habe keine Ahnung von Schmerzen, ist okay!« Ich sagte: »Jüngchen, wir können gerne tauschen.« [...] Der ist total abgegangen. Gut, der hat auch den Stress, der hat eine Woche auf seinen Koffer gewartet und machte mich dann so blöde an, nachdem er das Kompliment gekriegt hat: »Ja, Migränepatienten sind ja so 250-prozentig und total klasse und super.« (44: 7ff.)

Zentral ist hier, dass die Zuschreibung einer hohen Leistungsbereitschaft für Migräniker von der Clusterpatientin akzeptiert wird, wenngleich sie es gegen ihr eigenes Vermögen, Schmerzen auszuhalten, ausspielt, was ebenfalls allgemein akzeptiert ist. Die Kopfschmerzhierarchie zeigt letztendlich weniger die Differenz, sondern die hohe Identifikation mit den neu erlernten Einstellungen und Wissensbeständen.

In den Kliniken werden Patienten als moralische Subjekte refiguriert, indem Kopfschmerzen viel Aufmerksamkeit erhalten und mit einem bedeutenden Krankheitswert belegt werden. Patientinnen lernen ein auf die Migräne abgestimmtes, systematisches und einheitliches Krankheitshandeln, mit dem die Pathologisierung und die damit verbundenen Einstellungen weiter vorangetrieben werden. Das Programm beinhaltet das Erlernen des Vokabulars und des Empfindens der Migräne, womit sich aus der Vielgestaltigkeit der Erscheinungsformen ihre distinkte Gestalt herauschält. Mit diesem neuen konzeptionellen Selbstverständnis können Patientinnen ihre Interessen und Positionen im Alltag ohne große Verluste durchsetzen. Die einzelnen Stationen des Programms sind nicht sequenziell geordnet, sondern laufen als komplexe und parallele Erkenntnis- und Lernprozesse mit unterschiedlichen Betonungen in einem semantischen Netz ab, in dem definiert wird, was Migräne und ein Migräniker ist, wie Migräne dargestellt wird und wie die Grenzen zu den anderen bestimmt sind. Auf diese Weise entsteht ein Migränekollektiv

und es wird die Differenz zu einer nicht von Migräne betroffenen Normalpopulation definiert. Den Patienten werden im Sinne des Behandlungsregimes über sich und ihre signifikanten Anderen die Augen geöffnet. Sie lernen neue Interpretationsschemata ihres Alltags und des Umgangs mit ihren Bezugspersonen.

4.4 Krankheitsexpertise im Alltag

Bisher wurde herausgearbeitet, dass die Schmerzklinik ein Lern- und Probierfeld für Identitätsdarstellungen ist, bei der die Migräne im Zentrum steht. Es wird nun zu zeigen sein, dass im Alltagsleben nach dem Aufenthalt die dort erlernte und verinnerlichte Deutung der Migräne als chronische Krankheit angewendet wird. Patientinnen und Patienten leiten daraus Ansprüche ab, die – ausgestattet mit der Erklärungskraft der Medizin – von den Angehörigen anerkannt werden. Wie es den Patientinnen gelingt, das neue Verständnis in der Familie durchzusetzen, kann insbesondere anhand der Interviews, die ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt mit ihnen und ihren Angehörigen geführt wurden, veranschaulicht werden.

Chronische Krankheit

Über den Aufenthalt von Frau Domenico in der Klinik wurde bereits berichtet – allerdings noch nicht über ihre Vorgeschichte: Sie kennt Kopfschmerzen seit dem Alter von zwölf Jahren, auch ihre Mutter und ihre beiden Schwestern haben Migräne. Sie nahm ihr Leiden zunächst hin, suchte den Hausarzt auf und behandelte es mit Alltagsmitteln, Schmerzmitteln, Ruhe sowie dem Rückzug in einen verdunkelten Raum. Vor dem Klinikaufenthalt sah sie die Migräne aus der Perspektive älterer Vorstellungen und der Migränetheorie der Gefäße. Auslöser seien etwa »Stresssituationen« (20: 13), Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie Kreislauf- und Verdauungsprobleme, zudem »Streit und wenn man sich so erhitzt« (20: 26). Der Ehemann hat eine robuste Einstellung zum Schmerz, bringt wenig Empathie für die Migräne seiner Ehefrau auf und verlangt von ihr schnelle und alltagsverträgliche Lösungen: »Also er hat das schon immer so ein bisschen abgetan, und ich sollte was dagegen tun« (16: 8f.), sagt sie im ersten Interview.

Frau Domenico ist in Vollzeit tätig und mit der Arbeitsteilung zu Hause sowie mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden. Seit einem Jahr eskalieren ihre Kopfschmerzen: In drastischen körperlichen Reaktionen wurden Auraerscheinungen, Geruchs- und Hörempfindlichkeit sowie Erbrechen häufiger, was einen ganztägigen Rückzug notwendig machte. Die Einnahme von Schmerzmitteln half nicht mehr, und es zeigten sich bereits Symptome von Übergebrauchskopfschmerzen. Die mangelnde Alltagsfähigkeit in Familie und Beruf führte Frau Domenico schließlich in die spezialistische Schmerzversorgung, in der sie die neue Deutung

der Kopfschmerzen als physiologischer Erkrankung eines anfälligen Gehirns kennenlernte:

Ich hab das schon gemerkt, dass ich ja empfindlicher war, also ich lag auf'm Sofa und dann hat mich irgendwie das kleinste Geräusch oder so, wenn mein Sohn oben irgendwas, gestört und dann hat er gesagt: »Mama, was hast du denn?«, sag ich: »Das stört mich, ich kann nicht lesen, das muss man abstellen.« [...] Weil das wirklich der Kopf war, weil das einfach 'ne Über-, ja zu viele Geräusche oder zu viel aus dem Umfeld kriegt man mit. Und das hat mich schon gestört, aber ich wusste nicht, dass es wirklich an dem Migräniker liegt. (11: 28ff.)

Ihre älteren Alltagsdeutungen überspielt Frau Domenico mit den neuen Vorstellungen, diese macht sie nach ihrer Rückkehr nach Hause zur Grundlage neuer Arrangements:

Und meine Einstellung hat sich grundsätzlich geändert. Also so weil einfach so [...] erstmal die Akzeptanz von der Krankheit und zu sagen »Du bist krank!« Das wirklich zu akzeptieren, dass es 'ne chronische Krankheit ist. [...] Allein dieser Gedanke und auch mal zu sagen: »Ich hab Migräne! Hallo, ich muss mich nicht zusammenreißen und ich hab Migräne und fertig ist.« Das ist wirklich gut. (5: 20ff.)

Migräne wird in der Familie nun nicht mehr als ein Alltagsleiden angesehen, sondern als chronische Krankheit, für die Frau Domenico die Krankenrolle und deren Rechte beansprucht.

Optimierungen in Familie und Erwerb

Bei der Rückkehr nach Hause hat sich das Schmerzaufkommen von Frau Domenico erheblich verringert. Und mit den neuen Kenntnissen aus der Klinik gelingt es ihr nun, neue Privilegien und Rückzugsmöglichkeiten zu etablieren, vor allem indem sie die Erwartung, Aufgaben erfüllen zu müssen, abgelegt hat. Im Folgeinterview zeigt sich zudem, dass sie die Verantwortung für die Migräne nicht mehr nur bei sich sieht, auch der Ehemann und die beiden halbwüchsigen Söhne sollen an der Vermeidung der Anfälle mitarbeiten und sie bei den Haushaltstätigkeiten entlasten, da sie schließlich einer Vollzeittätigkeit nachgeht.

Dadurch, dass ich nicht so viel da bin, weil ich ja ziemlich viel unterwegs bin oder halt von der Schule her, vom Arbeiten her. Ja, dann sag' ich dann »Hallo, ihr müsst das machen und das und das«, und das klappt eigentlich relativ gut. (8: 32ff.)

Die Ansprüche von Frau Domenico an die neue Aufgabenverteilung bestätigt ihr Ehemann im Partnerinterview:

Da hat sie so gesagt: »Jetzt müsst ihr euch ein bisschen mehr einbringen.« [...] Da hat sie dann auch gesagt, also sie muss einfach, sie muss selber einen Gang zurückschalten. (15: 7ff.)

Auch die beiden Söhne werden mit Aufgaben betraut, die vorher durch die Mutter übernommen wurden. Sie sagt:

Wenn ich nicht da bin, dass was zu essen auf'n Tisch kommt, und das hab' ich, vorher hab' ich gedacht: »Du musst jetzt kochen« und so und nö, also die sind groß genug und müssen selber auch mal kochen. (11: 19ff.)

Für Familie Domenico hat sich einiges geändert: Vor dem Aufenthalt konnte unsere Informantin nur auf die Alltagskraft ihrer Empfindlichkeitsdarstellungen bauen, die bei einer Eskalation der Kopfschmerzen schon bald verbraucht war, während sie nun in der Lage ist, ihre Leistungsunfähigkeit medizinisch zu legitimieren. Mit dem Krankenargument reorganisiert sie das Familienleben und sorgt für eine Umverteilung der Haushaltstätigkeiten, zu denen die männlichen Familienmitglieder nun vermehrt hinzugezogen werden.

Vor dem Klinikaufenthalt reagierten diese erst während des Migräneanfalls durch Zuwendung oder durch das Ermöglichen von Rückzug. Dagegen ist es typisch für die Absolventen der Schmerzkliniken, dass mit dem Krankenargument die gesamte Familie zur gemeinsamen Arbeit an der Vermeidung von Migräneanfällen verpflichtet wird. Krankheitshandeln ist nicht mehr auf die Zeit der Anfälle beschränkt und die Krankheit nicht mehr nur in den Köpfen der Patienten präsent, sondern sie weitet sich symbolisch, zeitlich und örtlich aus und wird von den Patientinnen dirigiert.

Nach den älteren Vorstellungen wurden zwar immer auch schon nicht veränderbare Umwelteinflüsse wie das Wetter oder das Raumklima für Migräneanfälle verantwortlich gemacht, aber eben auch die Patientinnen selbst, etwa durch die Auswahl von Nahrungsmitteln und die Organisation der Tagesabläufe. Die neue Theorie der Migräne weist dagegen auch den Angehörigen Verantwortung für die Schmerzanfälle zu. Der Vermeidungsimperativ dehnt sich demzufolge auch über Routinen, Tagesabläufe und Belastungen aus, zudem auf weitere Bereiche des Familienlebens, etwa Freizeitaktivitäten. Frau Domenico verpflichtet den Ehemann zum gemeinsamen Joggen am Sonntag, ebenso reklamiert sie einen gepachteten Garten als Rückzugsort für sich, in dem sie sich entspannen kann:

Ich hab' [...] mit meiner Familie, mit meinen Männern drüber gesprochen, hab' ich gesagt: »So und so sieht das aus, also ich brauch' meine Ruhe.« Also ich hab' das einfach klargestellt, sag' ich: »Ich brauch' meine Auszeit, meine Ruhe.« Und dann mach' ich das wirklich so, dass ich dann in meinen anderen Garten gehe, und dann hab' ich da einfach meine Ruhe. [...] Weil dann lieg' ich in meiner Hängematte oder oder sitz' ich auf'm Sofa oder weil wir haben da so eine kleine Hütte oder hab'

einfach da wo ja und dann Augen zu und dann braucht man nichts machen. (9: 26ff.)

Sowohl das gemeinsame Joggen als auch die Nutzung des Gartens durch sie allein zeigen, wie medizinische Zuweisungen in räumliche und zeitliche Ordnungen des Familienlebens transformiert werden. Solche neuen Arrangements der Nähe und Distanz werden in den Familien weitgehend akzeptiert, weil die Patienten damit in der Regel alltagsfähiger sind bzw. sich Leistungsunfähigkeiten als Frei-, Aus- und Ruhezeiten in einen erwartbaren Zeitplan einspeisen. Nicht die Leistungsunfähigkeit an sich ist das Problem, sondern deren Unplanbarkeit sowie die Dauerklage der Patienten über ihre unbegreiflichen Schmerzen. Die neuen Arrangements sorgen für die Erwartbarkeit der Leistungsunfähigkeit und regulieren die Verläufe der Migränekopfschmerzen, denen nun eine Erklärung gegeben wird. Insgesamt wird die neue Situation als Verbesserung gegenüber der Zeit vor dem Klinikaufenthalt gesehen, in der die Lage emotional eskalierte.

Die Veränderungen in den familiären Arrangements haben auch Auswirkungen auf das Erwerbsleben. Frau Domenico, die sich auf ihrer Arbeitsstelle überlastet fühlte und deshalb die Absicht hatte, kürzer zu treten und nicht mehr Vollzeit zu arbeiten, kündigte zum Beispiel nach dem Klinikaufenthalt, war ein halbes Jahr arbeitslos und hat sich in dieser Zeit nach einer besseren Stelle umgesehen, auf der sie inzwischen wieder Vollzeit arbeitet. Mit der medizinisch informierten Legitimation, Anforderungen, die sie für unangemessen hält, abzuweisen, steuert sie nun wie auch zu Hause ihr Arbeitsaufkommen und ihre Arbeitszeiten:

Das Gute ist, dass ich jetzt in dem Job, [...] also vielleicht hab' ich da so auch nicht mehr den gleichen Stress wie vorher, aber auch meine Einstellung ist anders, weil ich dann einfach sag'h: »Heute ist vier Uhr, jetzt geh' ich nach Hause.« Und das war vorher nicht. (5: 28ff.)

Nach dem Klinikaufenthalt tritt sie nicht nur eine volle Stelle an, sondern gibt zusätzlich noch Fremdsprachenunterricht in der Volkshochschule. Somit erfolgt eine Zunahme ihrer Erwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Abnahme der Hausarbeitstätigkeit.

Also ist eigentlich mehr geworden von der Arbeit her. Aber dadurch, dass ich mich wirklich ein bisschen geändert habe, klappt das ziemlich gut. Also ich bin hier echt total zufrieden. (2: 24ff.)

Durch die Optimierung der Hausarbeit durch Arbeitsteilung in der Familie und die Installation der neuen Rückzugsmöglichkeit eröffnen sich für Frau Domenico neue Chancen in ihrem Erwerbsleben, in das sie nun mehr Energie steckt. Die Familie profitiert davon insofern, dass (im Angesicht der Drohkulisse Arbeitslosigkeit) der Verdienstaustausch vermieden wird und sogar ein weiteres Einkommen hinzukommt.

Die Rearrangements sowohl in der Familie also auch im Erwerb basieren auf der Zuweisung als chronische Migräneerkrankte. Im Zweifel – also bei Unzufriedenheit – kann Frau Domenico somit ihre Kopfschmerzen jederzeit ins Spiel bringen und neue Arrangements initiieren.

Den Kopfschmerzpatientinnen der Schmerzkliniken geht es um die Verbesserung der Arbeitssituation, nicht um ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In der Regel streben sie (im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten der psychosomatischen Abteilung) keine Erwerbsminderung oder Frühberentung an.

Parallele Empfindlichkeitswelten

Mit dem medizinisch angeleiteten Migräneargument unterstehen die Familienroutinen nun stärker formalisierten Regeln und sind nicht mehr nur einfach auf der Basis herkömmlicher und alltagspragmatischer Vorstellungen tradiert. Durch das Rearrangieren der sozialen Beziehungen nach dem Klinikaufenthalt entstehen familiäre Parallelwelten, in denen die Patienten ihre Ansprüche als chronisch Kranke geltend machen. Die neue Migränetheorie kontextualisiert die Migräne in den Bereich der Medizin und führt sie so aus den Alltagserklärungen und Alltagspraktiken heraus. Die Patientinnen holen sich Expertenratschläge aus dem Internet oder von Ärztinnen, befolgen das pharmazeutische Regime, achten selbst auf ihre Gesundheit und übernehmen sich nicht, aber mit den neuen Deutungen katastrophisieren sie auch nicht mehr ihre Schmerzen.

Die Gesetze dieser Expertenwelt haben die Familienmitglieder ohne weiteres Mitspracherecht bei der Lebensführung zu befolgen. Es ist typisch für aus der Klinik entlassene Schmerzpatientinnen, dass sie ihrer Familie »eine Ansage machen« oder wie Frau Domenico »etwas klarstellen« und damit für neue Routinen sorgen. Das wirft bereits während des Aufenthalts in der Klinik einen Schatten voraus, wenn Frau Domenico konzidiert, dass bei ihrer Familie »das Verständnis für die Krankheit fehlt, weil einfach das ganze Wissen nicht da ist« (19: 14ff.). Während ihr Sinnhorizont ein expertieller ist, der über den tradierten Alltags gelegt wird, sind die Hinweise und Ratschläge, die aus der Familie kommen, sowie deren Versuche der Schmerzrelativierung eben nicht expertiell beglaubigt (selbst wenn sie dasselbe wie die Experten vorschlagen oder etwas aus einem Kopfschmerzratgeber). Der zentrale Bezugspunkt für die Migräne ist nicht mehr der Alltag, sondern die Medizin und das neue Kollektiv anderer Migränepatienten. Bei ihnen und den Ärztinnen werden Rat und Bestätigung gesucht, nicht mehr in der Familie.

Die Patientinnen können zwar eine neue Wissensordnung und neue Routinen, aber keine von allen Familienmitgliedern geteilte Empfindlichkeitsordnung durchsetzen. Die neuen Migränedeutungen werden somit nicht Teil eines habituell geteilten Empfindlichkeitskosmos, denn die robusten Angehörigen bleiben weiterhin robust und übernehmen nicht die empfindliche Körpervorstellung. Des Öfteren

berichteten unsere Informantinnen, so auch Frau Domenico, dass sie die Kopfschmerzen ihrer Partner ebenfalls mit Migräne zu belegen versuchen:

Insofern, dass mein Mann jetzt selber manchmal Migräne hat und dann das irgendwie doch einsieht, und dann zieh' ich ihn halt immer auf, so immer ja: »Ja, immer am Wochenende hast du Migräne« oder so. (7: 25ff.)

Dieses Etikett wird von den Angehörigen in der Regel allerdings rundheraus abgelehnt. Herr Domenico, Betreiber einer KFZ-Werkstatt, sieht seine Schmerzen weiterhin als haltungsbedingte Alltagskopfschmerzen:

Dann je älter man wird, desto mehr macht einem der Stress zu schaffen, und dann kommt vielleicht so was raus. Also bei mir ist es wirklich »ne Verspannung. Ich denk' weniger, dass es Migräne ist. (5: 21ff.)

Die neuen Migränedeutungen können in den Routinen zwar Platz greifen und werden von den Angehörigen vor allem aus pragmatischen Gründen akzeptiert, denn das Leben ist damit für sie viel einfacher geworden, doch hat die Familie nun kaum mehr Mitspracherechte, sie ist geradezu unbeteiligt. Das kann zum Problem werden: Die Partner haben beim Kampf um die Migräne sehr viel emotionales Kapital investiert. Sie haben dem Leiden der Erkrankten verzweifelt zugesehen und hatten dabei das Gefühl, nichts tun zu können. Auf beiden Seiten gab es Anschuldigungen und Genervtsein, Entschuldigungen und Versöhnungen, Versuche, sich gegenseitig zu verstehen, und Ängste, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können. Am Ende, auch das ist typisch, überredeten die Angehörigen die Erkrankten dazu, in die Klinik zu gehen – manchmal sogar mit der Drohung, dass es so nicht mehr weitergehe. Nun müssen sie erkennen, dass die Patientinnen ihnen eine Verantwortung für die Migräneanfälle zuschreiben und sie das investierte Kapital nicht zurückerhalten, etwa in Form von Dankbarkeit.

Das starke emotionale Engagement der Angehörigen ist plötzlich nicht mehr notwendig. Es ist entwertet, wird von den emanzipierten Patienten nicht mehr anerkannt und nicht mehr gefordert. Die Lösung besteht darin, dass man sich in zwei getrennten Gefühlswelten arrangiert: die Migräneexpertinnen mit ihrer empfindlichen Gefühlsordnung und die Angehörigen mit ihrer robusten. Aus einer gemeinsamen, wenn auch höchst konflikthaften Gefühlsordnung zuvor werden also zwei Gefühlsordnungen, die in der praktischen Umsetzung in ein Nebeneinander in der Alltagsgestaltung münden. Das wird bei Frau Domenico deutlich, die den Garten schon vor dem Klinikaufenthalt durchgesetzt hat und danach für sich allein beansprucht.

Die Parallelität der Gefühls- und Erfahrungswelten zeigt sich noch deutlicher, wenn die Patienten (auf Anraten der Psychologinnen aus den Kliniken) zusätzlich noch eine ambulante Psychotherapie absolvieren. Die dort besprochenen intimen Inhalte sind üblicherweise dem Paargespräch vorbehalten. Dadurch gehören nun

plötzlich die Therapeuten – eigentlich Fremde – zur Familie. Ihnen stehen die Partner skeptisch gegenüber, sie fühlen sich ausgeschlossen und unter Umständen auch verraten. Dieses Gefühl wiegt umso stärker, als sie glauben, die Migräneanfälle geduldig hingenommen sowie die Identität der Patientin und ihrer Familie geschützt zu haben. Zudem wird ihm der Anspruch darauf, sich selbst als Opfer der Kopfschmerzen zu sehen, durch die neuen Deutungen und die Behandlungen verwehrt. Allerdings scheinen die Parallelwelten zu funktionieren, wenn die Angehörigen ihr auf die Migräne gerichtetes emotionales Engagement herunterkühlen, sich selbst eigene Räume eröffnen und wenn sie sich weitgehend sicher sein können, dass die Alltagsfähigkeit ihrer Partnerin erhalten bleibt. Dann nämlich sehen sie vor allem diese Vorteile.

Krankheit als Distinktion

Zusammenfassend lässt sich die spezialisierte Kopfschmerzversorgung als ein Lernprogramm beschreiben: Patienten kommen in die Schmerzkliniken, wenn die Schmerzen ihre Alltagsfähigkeit gefährden und das informelle Netz emotional und praktisch überfordern. Kopfschmerzen sind dann nicht mehr selbstverständlicher Teil des Alltags. Eine starke, erratisch auftretende Migräne geht mit Unsicherheiten der Lebensentwürfe und der Identität sowie einem empfundenem Mangel an Alternativen und der Verständnislosigkeit vonseiten der Bezugspersonen einher. Die Kopfschmerzen werden so zu einem Element der wahrgenommenen Desorganisation des Lebens. Die Lösung wird in der stationären Behandlung gesehen.

Das Lernergebnis des Klinikausenthalts ist die Veränderung der Interaktionslogiken durch die erfolgreiche Plausibilisierung der Krankenrolle, mit der Rückzug, neue Aufgabenverteilungen und neue Rollenzuschritte legitimiert werden. Migräne wird als ernstzunehmende, behandlungsbedürftige chronische Krankheit definiert, die Rücksichtnahme erfordert, womit neue Handlungschancen und neue Wirklichkeitssichten verbunden sind, die ausreichend Nährboden für weitere Lern- und Sozialisationseffekte bieten.

Die Programme sind durchaus erfolgreich. Die Einrichtungen initiieren Sozialisationsprozesse, in denen die Patientinnen eine neue Moral, neue Einstellungen sowie neue Körper- und Durchsetzungstechniken erwerben, mit denen sie lernen, mit den Kopfschmerzen besser klarzukommen. Am Ende formiert die Klinik einen Migränehabitus: typische Gesten und Ausdrucksformen, mit dem sie ihre Schmerzen plausibilisieren, das Verhalten von anderen steuern und ihre Interessen durchsetzen. Spätestens damit werden die Kopfschmerzen aus dem Alltagsverständnis herausgeholt und zu etwas Besonderem. Aus Leuten mit Kopfschmerzen werden gelehrige Patienten mit Migräne, die wiederum gelehrte Migräniker werden. Mit der Erkrankung werden einerseits Schutzräume beansprucht, andererseits reprä-

sentiert sie eine hohe Arbeitsethik. Die neuen Deutungen verleihen den Schmerzen Sinn, der zuvor bei einer eskalierenden Migräne nicht zugewiesen werden konnte, sodass Helfernetze überfordert waren. Die neue Theorie führt zwar aus dem Alltag heraus, indem die Schmerzen medikalisiert werden, aber sie führen auf einer neuen Stufe auch wieder dorthin zurück: Mit der Krankheit ist man etwas Besonderes.

Von den Betroffenen wird allerdings intellektuelles und rhetorisches Geschick erwartet, doch nicht jeder ist fähig, die geforderten Repräsentationsstrategien authentisch anzuwenden, wenn die Schmerzen eben nicht selbstevident sind. Bei geschickter Anwendung der Logiken hat die neue Situation für alle Beteiligten Vorteile: Durch weniger Migräneepisoden ist das gemeinsame Leben entspannter. Die Familie hat die gewünschte Erwartungssicherheit, und die Migränetheorie ist an den Alltag anschlussfähig, wenn man sie pragmatisch genug handhabt. Die Patientinnen wiederum können ihre Vorstellungen über Nähe und Distanz durchsetzen. Sie können sich Freiheiten nehmen, ohne dafür vom Partner kritisiert zu werden. Die von unseren Informanten berichteten Karrieren lassen sich also durchaus als Happy End lesen. Die Migräne ist zwar nicht geheilt, und sie ist weiterhin unangenehm, aber ihr Schmerzaufkommen hat sich verringert, und die Anfälle sind weitgehend reguliert und in feste, also erwartbare Bahnen gelenkt.

Die Veränderungen in ihrem Leben rahmen unsere Informantinnen mit der in der Klinik erlernten neurogenen Migränetheorie, die aus vielfältigen Gründen attraktiver erscheint als etwa psychologische oder Alltagstheorien. Mit ihr wird eine Krankenrolle beansprucht, mit der die moralische Integrität nicht gefährdet wird. Migräne wird nicht nur als chronische Erkrankung gedeutet, sondern in den Alltagsbeziehungen als Lebensstil ausgespielt, wodurch die paradoxe Situation entsteht, dass Betroffene aus der Klinik heimkehren und ihre Alltagsunfähigkeit nicht etwa abgelegt haben (wenngleich sie sicherlich besser geworden ist), sondern, mit höherer Legitimationskraft belegt, besser plausibilisieren.

Die neuen Deutungen führen dazu, dass sich das Rechte-und-Pflichten-Verhältnis zwischen Gesunden und Kranken umkehrt, wodurch sich die Durchsetzungskapazitäten der Kopfschmerzkranken verbessern. Für die Relativierung der Krankenpflichten bietet sich die Migränetheorie an, schließlich heißt es, Migräniker würden hart, viel, perfekt und schnell arbeiten, egal ob zu Hause oder im Erwerbsleben. Darüber hinaus verfügen sie über besondere sinnliche und emotionale Fähigkeiten. Dabei aber ist Leistungsbereitschaft – ein gesellschaftlicher Zentralwert – das pathologische Problem und muss kontrolliert werden. Mit dieser Begründung können nicht nur Auszeiten genommen werden, wenn Schmerzen akut vorliegen, sondern Schonung und Rücksichtnahme sind auch zu ihrer Vermeidung notwendig.

Konventionell ruft Krankheit die Gesunden zu Hilfe und Zuwendung auf und die Kranken zum krankheitsangepassten Verhalten. Dabei schätzen die Gesunden den Krankheitswert von Empfindungen ein und nicht die Kranken. Im neuen Ver-

ständnis verändert sich diese Asymmetrie. Mit der Expertisierung von Krankheit und Empfindlichkeit werden die Krankenrechte gegenüber den Krankenpflichten nicht nur betont, sondern auch ausgedehnt, wohingegen sich die Gesunden einem Krankenlebensstil unterzuordnen haben. Gesunde kommen in Erklärungsnot, wenn sie Forderungen stellen. Nach der neuen Theorie sind sie nur noch »Umwelt«, die mit ihren Anforderungen stört und ansonsten mit den Krankheitsumständen zu kooperieren hat.

Mit diesem eigenen und vom Alltag abgetrennten Sinnhorizont wird die Krankenrolle, wie sie Parsons (1958) verstanden haben wollte, gänzlich ausgehebelt. Rechte und Pflichten der Beteiligten haben sich umgekehrt: Die moralische Verantwortung für die Erkrankung tragen nun die Gesunden. Die Migräne kann unentwegt ausgespielt werden, selbst wenn ihre Schmerzen nicht akut vorliegen – gerade dann. Sie ist strategisches Moment im Spiel um Aufmerksamkeit, Zuwendung und Anerkennung der eigenen Position, der eigenen Werte und der eigenen und gemeinsamen Projekte. Aus dem Schwachen wird der Starke. Die Schmerzaufmerksamkeit hat sich dabei nicht normalisiert, sondern der Alltag steht unter medikalisierte Dauerbeobachtung.

5. Empfindlichkeitsregimes

Es hat sich gezeigt, dass Kopfschmerzen in all ihren Formen und Schattierungen je nach Verpflichtungen, Abhängigkeiten und Interessen gedeutet, gespürt und plausibilisiert werden. In den Bindungen zu anderen entfalten sie ihre Wirkung im Netz der geteilten und verstandenen Empfindlichkeiten. Darin folgen sie üblichen Normen genauso wie den Regeln, welche Abweichungen davon bestimmen. Kopfschmerzen sind auf diese Weise eine Sonde in die Welt des Spürens. Nun sind einige verallgemeinernde Bemerkungen über die Vergesellschaftung von Empfindlichkeiten zu machen, die über die Deutung von Kopfschmerzen hinausgehen.

Ausgehend vom »Skandal der Schmerzen« werden im Folgenden die neuen Krankheitsvorstellungen thematisiert, in denen seit einiger Zeit ein anderes Verhältnis zum Körper Platz greift (Kapitel 5.1). Der Wandel hat eine historische Vorgeschichte, deren Elemente sich im kollektiven Bewusstsein abgesetzt haben: Infektionskrankheiten, die noch bis Anfang des 20. Jahrhunderts das Krankheitspektrum dominierten, wurden von den chronisch-degenerativen Krankheiten abgelöst. Zwar wird auch daran gestorben, dennoch sind ihre Verläufe weitgehend durch medizinische Verfahren kontrolliert, etwa bei Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Leben mit Krankheit wurde möglich. Über die beiden genannten Formenkreise spannt sich nun seit Ende des 20. Jahrhunderts das Netz der Empfindlichkeitserkrankungen, der denen die gespürte Vulnerabilität des Körpers im Vordergrund steht. Diese Krankheiten sind vom Tod abgelöst, Behandlungsziele sind die Verbesserung des Befindens und die Optimierung von Erlebnisfähigkeit.

Die Überblendung szientistisch-objektiver Krankheitsverständnisse durch psychologisch-subjektivistische Pathologisierungserfahrungen ist eine Reaktion auf den gesellschaftlichen Wandel, durch den nun Stimmungen, Empfindungen und kollektiv geteilte Emotionen zu sozialen Kategorien werden, mit denen sich Individuen verorten (Kapitel 5.2). Somit lässt sich heute ein neues Verhältnis zwischen Normalität und Pathologie beobachten, wie in einer sozialkulturell informierten Typologie der Kopfschmerzdeutungen und Kopfschmerzpraktiken zu sehen sein wird (Kapitel 5.3). Letztendlich ist zu konstatieren, dass sich die Grenzen von Krankheit und Gesundheit verflüssigen und nicht mehr nur von der Medizin bewacht sind (Kapitel 5.4). Es gibt sie zwar noch, aber sie zeigen sich in vielfältigen

und sich überlagernden Diskursen, worin Krankheitsidentitäten definiert und das Verhältnis zwischen Gesunden und Kranken neu ausgehandelt werden.

5.1 Empfindlichkeitserkrankungen

Vom Verschleiß des Körpers zum Verschleiß der Persönlichkeit

Spätestens ab den 1990er-Jahren lässt sich die zunehmende Bedeutung eines Krankheitstyps beobachten, der zwar in der Oberschicht immer schon öffentlich sichtbar war, aber demografisch und gesundheitspolitisch bisher noch nicht ausschlaggebend. Es sind die Erkrankungen der Empfindlichkeit und, wenn man so will, Einschränkungen des Wohlbefindens, in der Regel als psychosomatische Erkrankungen oder als leichtere psychiatrische Störungen diagnostiziert. Psychophysische Erscheinungen wie Depressionen, Angststörungen, Allergien, Unverträglichkeiten und Schmerzen traten aus dem Schatten von Infektionskrankheiten und vor allem von chronischen Krankheiten, bei denen sie zuvor höchstens als Begleitsymptome galten.

Empfindlichkeitssymptome sind inzwischen mit einem eigenständigen Krankheitswert belegt. Es sind die Krankheiten des Befindens, denen keine eindeutigen somatischen Ursachen zugeschrieben werden, deren Symptome schwer definierbar sind und die sich unter Umständen verschieben. Viel dichter als bei den Infektionskrankheiten und den chronischen Krankheiten befinden sich bei ihnen Natur und Kultur in Wechselwirkungen – in Verhältnissen des Vermischens, Verschiebens, Verstärkens oder des Abschwächens (Morris 2000). Verliert etwa eine kulturelle Deutung an Relevanz, so wie ehemals bei der Hysterie, so kann auch die Krankheit an Bedeutung verlieren oder gar verschwinden (Ehrenberg 2015, Shorter 1994, 1999, Seemann 2019).

Schon Herzlich und Pierret (1991: 152) beobachten den Wandel von den Krankheiten des Körpers zur »Krankheit des Ichs« für die 1960er-Jahre. Psychosomatische Erkrankungen gelten als »eine Art Lösegeld« (ebd.: 153) für die Verausgabung von Persönlichkeit. Mit dem Wandel des Krankheitsspektrums zu den Pathologien der Empfindlichkeit verlagert sich der Ort der Krankheiten vom Körper zum Selbst. Verschleißt bei den chronisch-degenerativen Krankheiten der Körper, so erschöpft sich bei den Erkrankungen des Wohlbefindens die Persönlichkeit. Empfindlichkeitssymptome zeigen sich, wenn sich eine ohnehin schon empfindliche persönliche Grundkonstitution durch die Anstrengungen von Haus- und Erwerbsarbeit und die mentale und emotionale Verarbeitung dramatischer Ereignisse überfordert. Das neue Krankheitsverständnis knüpft zwar an die romantische Idee der Auszehrung durch Tuberkulose an, in der Individualität und Subjektivität hervorgebracht wird (vgl. Sontag 1981), doch der Unterschied ist gravierend. Die Krank-

heit des Selbst sehen Herzlich und Pierret (1991: 154) im Gegensatz zum älteren Verständnis nicht als Überhöhung der Persönlichkeit und als »Preis für Leidenschaft und Genie«, sondern als »eigenes hoffnungsloses Scheitern« (ebd.: 155). Sie ist das »Leiden an unserer Persönlichkeit« (ebd.), das sich körperlich Ausdruck verschafft.

Im neuen Krankheitsverständnis wurden zunächst Metaphern aus der Spätzeit der Infektionen und der Frühzeit der chronischen Erkrankungen angewendet, wo degenerative Erscheinungen mit der Persönlichkeit der Patienten verknüpft wurden, wie es etwa Sontag (1981) beobachtet. Die Muster für die Pathologisierung von Empfindlichkeitsdispositionen und deren Präsentationen können schon im 19. Jahrhundert in der Oberschicht identifiziert werden (Ehrenberg 2015, Shorter 1994, 1999, Seemann 2019): Dort waren Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie »Krankheitsschablonen«, die bei Rollenkonflikten und bei Unzufriedenheiten mit dem Leben angewendet wurden.

Vorbild für die neuen Deutungen von Empfindlichkeiten ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren die chronischen Krankheiten, die von den Kranken einen neuen Blick auf ihren Körper verlangen. Im Zuge der Behandlung sind Patienten aufgefordert, selbst auf Körperzeichen und krankhafte Veränderungen zu achten, so werden sie zu »Experten ihrer Krankheit«, wie Ärzte auch in unseren teilnehmenden Beobachtungen in den unterschiedlichen medizinischen Milieus immer wieder betonen (z.B. Dreßke 2010). Durch die Ausweitung der Selbstexpertise haben Patientinnen ihre Empfindlichkeitsdispositionen im Blick, diese werden genau beobachtet und sondiert, allerdings nicht nur zur Wahrnehmung und Bewältigung von Krankheit oder zur Kooperation mit dem medizinisch Notwendigen, sondern auch – bei den Gesundheitsbewussten – zur Krankheitsvermeidung (Herzlich und Pierret 1991, Rittner 1982). Sorgenvoll richtet sich der Blick auf den (noch) gesunden Körper, auf seine Gewohnheiten und auf seine Umgangsweisen, um Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. deren Verläufe, ist man dann doch krank, ängstlich zu verfolgen. Die Kontinuität von Gesundheit und Krankheit schließt nun auch Empfindlichkeiten ein, die pathologische Qualitäten annehmen können: Wenn der Körper auf pathologische Äußerungen abgesehen wird, geraten Alltagsschmerzen in den Sinnhorizont des Pathologischen, selbst wenn sie dort zunächst nicht explizit aufgenommen werden.

Bis zu den 1980er-Jahren liefen die Pathologien der Empfindlichkeiten noch Gefahr, als Wahnvorstellung in den Raum der Psychiatrie abgeschoben zu werden (Ehrenberg 2015, Shorter 1994, 1999). Inzwischen haben sie sich aber als legitime und nicht notwendigerweise zu psychiatrisierende Erscheinungen behauptet – man spricht von einer Epidemie – und an Legitimation gewonnen. Die Pathologien der Empfindlichkeit, als (fehlgeleitete) Anpassung an übliche Leistungsanforderungen betrachtet, sind inzwischen selbst akzeptierte Alltagserscheinungen, eine auf Verständnis stoßende Abweichung. Alain Ehrenbergs »Erschöpftes Selbst« (2015) charakterisiert nicht nur Kranke, sondern sieht sie als paradigmatisch für die

Probleme der gesamten Gesellschaft (Bude 2014, Furedi 2004, Neckel und Wagner 2013).

Mit unseren Interviews lässt sich zeigen, dass auch Kopfschmerzen eine veränderte Deutung erfahren: Vor allem in den neuen Mittelschichten werden sie nicht mehr nur als stillschweigend zu ertragendes Alltagsleiden oder als Zeichen für eine körperliche Krankheit gedeutet, sondern in den Kontext biografischer Verläufe und persönlicher Eigenschaften gestellt. Dort sind sie aber keine Einzelercheinung, sondern gehen in die Gesamtkonstellation der Empfindlichkeiten ein. Die alten Mittelschichten – das zeigt die Untersuchung in den Schmerzkliniken – scheinen sich an dieser Vorstellung mehr und mehr ebenfalls zu orientieren.

Krankheit als Darstellung

Infektionskrankheiten, chronische Krankheiten und Krankheiten der Empfindlichkeit gab es schon immer. Sie erfahren aber im zeithistorischen öffentlichen Diskurs entsprechend der kulturellen Rahmungen unterschiedliche Deutungen. Die Verschiebungen der öffentlichen Aufmerksamkeit lassen sich anhand der Geschichte der Schmerzen gut nachvollziehen (Le Breton 2003, Morris 1996): Die Menschen im 19. Jahrhundert hatten weitaus härtere körperliche Belastungen zu ertragen und viel stärkere Schmerzen als im frühen 21. Jahrhundert, ihnen wurde aber damals wenig Aufmerksamkeit geschenkt, waren doch andere Probleme – vor allem die des Überlebens – sehr viel bedeutender. Nach dem Verschwinden der Infektionskrankheiten und mit der Kontrolle der chronischen Krankheiten geraten mit der Verbesserung von Arbeits- und Lebensbedingungen Schmerzen in den öffentlichen Blick, die zuvor nicht weiter beachtet wurden.

Vor dem Hintergrund der besseren Lebensverhältnisse sowie der Allgegenwart der Medizin und ihres Imperativs der Gesundheit haben sich die Fähigkeiten zur Wahrnehmung von körperlichen Einbußen geschärft. Gesundheit wird nicht mehr nur als Abwesenheit szientistisch definierter pathologischer Erscheinungen definiert, sondern auch als subjektives Wohlbefinden. Das Gegenteil, Unwohlsein, in älteren Verhältnissen ein Alltagsphänomen, wird nun mit pathologischen Zügen belegt. Zur Differenz von gesund und krank kommt also die Differenz von Wohlbefinden und Unwohlsein hinzu. Innerhalb dieses Codes löst sich die Verknüpfung des objektiven Körpers mit Krankheit (und mit dem Tod) und Empfindlichkeiten auf, Letztere erhalten inzwischen einen eigenständigen Krankheitswert.

Krankheiten der Empfindlichkeit haben indes eine andere Logik der Interpretation und Identifikation als konventionelle chronisch-degenerative Erkrankungen, bei denen der von Subjektivität und Individualität entkleidete Körper der Bezugspunkt szientistischer Vorstellungen und medizinischer Praktiken ist. Persönlichkeit, Lebensstile und soziale Verhältnisse sind hier zweitrangig (Foucault 1973). Wenn dagegen Empfindlichkeiten ins Spiel gebracht werden, reicht es nicht

mehr, sie als Symptome nur im Eingangsstadium der Erkrankung zu präsentieren. Ärztinnen vergeben nun Diagnosen, deren Ursachen und Erscheinungen sie behandeln.

Für den neuen Typus Empfindlichkeitserkrankungen stellen sich die pathologischen Zuweisungen als performative Akte der ständigen Präsentation von Symptomen her, deren Bewertungen, Begründungen und Kontextualisierungen außerhalb des materiell-objektiven Körpers gesucht werden. Zwar ist der Körper Träger der als psychisch etikettierten Erkrankungen, aber nicht der Ort ihrer Ursachen. Stattdessen werden bei den Empfindlichkeitserkrankungen Lebensverhältnisse, Biografien und normative Maßstäbe der Patienten zu persönlichen Pathologien synthetisiert, mit denen die Beschwerden des Körpers erklärt werden. Physiologie und Anatomie werden dagegen zweitrangig – im Bedarfsfall kann immer etwas gefunden werden, schließlich ist kein menschlicher Körper im Sinne von medizinischen Atlanten perfekt. In der Einschätzung der Beschwerden sowie der Ansprüche, die mit ihnen erhoben werden, kommt es nicht mehr auf objektive ärztliche Befunde an. Was pathologisch ist, hängt vom Darstellungsvermögen und der Aushandlungsmacht der Betroffenen ab. Aushandlungen um Krankheitsetiketten sind schon bei den chronischen Krankheiten angelegt, wobei es aber eher darum geht, deren Verläufe zu organisieren (Corbin und Strauss 1993, Fagerhaugh und Strauss 1977). Beim Sichtbarmachen und Zur-Schau-Stellen von Empfindlichkeitserkrankungen dominiert dagegen in weitaus höherem Maß das Skandalisierungspotenzial der öffentlichen Wahrnehmungen und weniger die (natur-)wissenschaftliche Expertise (Ehrenberg 2015, Frances 2014).

Solche Zuschreibungsprozesse beruhen darauf, dass sich der Anspruch auf die Subjektivität von Beschwerden für die gesamte Bevölkerung durchgesetzt hat, was im 19. Jahrhundert höchstens den Oberschichten vorbehalten war. Dies scheint ein Element der fortschreitenden Modernisierung zu sein, an der nun im »Prozess der Zivilisation« (Elias 1976) auch die unteren und mittleren Schichten partizipieren (Sennett 1998). Empfindlichkeitssymptome werden als subjektive Beschwerden ernstgenommen und stellen eine Erscheinung sozialer Realität für sich dar. Leitend dafür ist das Motto: »Schmerz ist also das, was der Patient als solchen empfindet«, wie in der Internetenzyklopädie Wikipedia unter der Rubrik Schmerz prominent zu lesen ist (Zugriff: 04.07.2021), womit die Definition der Internationalen Vereinigung zum Studium des Schmerzes (IASS) aufgenommen ist (vgl. Mersky 1979).

Der Anspruch auf Subjektivität der Empfindung wird zum unumstößlichen Gesetz; Symptom und Krankheit sind identisch. Klagten Patienten bis in die 1990er-Jahre noch über ein Glaubwürdigkeitsdefizit bei von ihnen dargestellten Beschwerden und stellten Arztkontakte in der Normalversorgung als Kämpfe um Diagnosen dar (Jackson 1992, Wainwright et al. 2006, Werner und Maltrud 2003, Werner et al. 2004), so finden sie nun in der spezialistischen Schmerzmedizin und in der psychosomatischen Medizin Ansprechpartner, bei denen Zuwendung sowie die An-

erkennung ihrer Symptome sicher ist (Baszanger 1998, Jackson 2000, Kellermann 2014).

Der Ausgangspunkt von Karrieren der Empfindlichkeitskrankheiten ist die Legitimität des Selbstreports der Patientinnen, dem ein eigenständiger Diagnose- und Krankheitswert zukommt. Auch konventionelle Medizinerinnen haben sich dieser Entwicklung in Teilen angepasst. Sie verweisen bei unklaren Beschwerden schnell auf Spezialisten für Empfindlichkeit oder übernehmen selbst deren Aufgaben, indem sie Zertifikate für Schmerzmedizin und Psychotherapie erwerben (Hermann und Veit 2013, Heymanns et al. 2017). Obwohl Ärztinnen ihren Patienten durchaus auch mitteilen, dass sie deren unklare Beschwerden für übertrieben halten, wird niemand abgewiesen (vgl. Pfankuch 2015). Auch der ältere Typus des paternalistischen Hausarztes, der noch nicht das Shared Decision Making kannte, behandelte alle, fand dann eben Alltagserklärungen für Symptome und gab Ratschläge und Verhaltensmaßregeln mit auf den Weg. Für diese Ärzte gehörte Unwohlsein noch zum Leben dazu.

Der Anspruch auf die Subjektivität der Leiden, anstatt sie in der physiologischen Objektivität des Körpers zu verorten oder an den Erfordernissen des Alltags zu relativieren, folgt ebenfalls Regeln und Normen. Auf der einen Seite stehen die Patienten mit ihrem Selbstreport, auf der anderen Seite die Ärzte, die Diagnosen vergeben. Selbstreporte münden in Diagnosen, wenn sie kulturelle Schablonen bedienen, indem sie anerkannte Überforderungen und Überlastungen des Alltags beklagen, die in die Krankheitsdefinition eingehen: Sorgen um die Zukunft, Probleme auf der Arbeit, in der Schule und in der Familie sowie – inzwischen – Belastungen des Freizeitverhaltens, der Mediennutzung und der Umwelt. Orte und Ursachen der Krankheit dehnen sich damit auf Interaktionsbeziehungen und auf Konsumgewohnheiten aus (TK-Stressstudie 2016).

Geringe Trennschärfe

Insbesondere die Teilstudie zu den Krankenkarrerien psychosomatischer Patientinnen zeigt, dass die Plausibilisierung der Krankheiten des Wohlbefindens nur gelingt, wenn Probleme aus unterschiedlichen Bereichen gleichzeitig auftreten und kumulieren. Die Trauer nach dem Tod eines nahestehenden Angehörigen schwingt sich bei Belastungen am Arbeitsplatz und den daraus resultierenden Sorgen um die Zukunft zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer leichteren Depression auf, für die die Ärzte Krankschreibungen und Antidepressiva schnell zur Hand haben. Alltagsweltliche Zwischenzuweisungen wie Stress, Wetterfühligkeit, Burn-out, Mobbing, Essprobleme, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten oder Unverträglichkeiten werden in medizinische Diagnosen überführt; weitere Beispiele sind Schmerzkrankheiten, somatoforme Störungen, ADHS, Allergien, Phobien, Anorexie und Adipositas. Damit aber sind die Patienten psychopathologisch mar-

kiert. Die Durchsetzungsmacht der behaupteten Subjektivität von Symptomen bildet die Bedingung für alle folgenden Manöver, die in die Pathologisierung führen können. Empfindlichkeiten werden in Krankheitsschablonen eingepasst, die Kataloge der Überforderungen von üblichen, aber kumulierenden Belastungen sind. Entscheidend für die Pathologisierung ist, ob in Aushandlungsprozessen die Übersetzung von Empfindlichkeit in eine Schablone für eine Krankheit erreicht wird.

Solche Pfade müssen allerdings nicht bis zum bitteren Ende gegangen werden. In einer Gesellschaft, in der Empfindungen und deren Darstellung an Wert zunehmen, werden ähnliche Empfindlichkeiten einmal als alltägliches Erleben, ein andermal als pathologisch verhandelt. Empfindlichkeiten sind schließlich ubiquitär und allgegenwärtig – jede und jeder empfindet etwas. Was aber im Alltag verbleibt und was der Medizin überantwortet wird, entscheiden Interpretationen und Bewertungen, die wiederum an strukturellen Dimensionen sozialer und medizinischer Milieus, an Optimierungsinteressen und Darstellungsfähigkeiten sowie an Kontingenzen von Kranken-, Familien- und Erwerbskarrieren gekoppelt sind. Soziale und familiäre Milieus können einen Schutz vor Pathologisierungsprozessen bieten, etwa wenn sie hinreichend robust sind oder wenn eine Kultur vorhanden ist, in der Empfindungen dargestellt werden können, ohne sie zu pathologisieren. Solchen Schutz bilden stabile und selbstverständliche Bindungen, wie es für den alten Mittelstand dargestellt wurde, genauso wie das sinnstiftende Verstehen von Empfindlichkeiten bei den Sozialberufen.

Die geringe Trennschärfe der Definition einer Empfindung als alltäglich oder als pathologisch sorgt für flexible Zuweisungen und Verwendungen. Nach konventionellem Maßstab müssten Gesundheit und Krankheit klar voneinander abgrenzbar sein. Trennschärfe wäre demnach in nachweisbaren pathologischen Prozessen zu finden, bei Gesunden hingegen nicht. Eine kleine Zusammenstellung soll das Problem veranschaulichen: Zum einen gibt es für einige der als pathologisch definierten Empfindlichkeiten zwar zugeschriebene somatische Ursachen, etwa bei Fibromyalgie, Allergien oder dem Pfeifferschen Drüsenfieber. Mitunter können dafür aber auch biochemische Prozesse identifiziert werden, etwa durch Viren oder als Immunreaktionen, doch diese Vorgänge finden sich ebenso bei Gesunden, sodass eine spezifische pathogenetische Erklärung unter Medizinern umstritten ist (Hadler 2004, Shorter 1994, 2004).

Eine zweite Ursache von Erkrankungen wird in problematischen frühkindlichen Entwicklungen vermutet. Allerdings: Erziehung läuft nie ohne Probleme ab, die im Zweifel, sobald sie in signifikante soziale Abweichungen (etwa zu Disziplinproblemen) führen, mit psychopathogenen Ursachen belegt werden können – eine Zuweisung, die bei Eltern und Erzieherinnen zusätzlich durch staatliche und pharmazeutische Programme motiviert sein kann (Lehmann 2013). Ebenso gibt es immer Personen, die schwere Belastungen der Kindheit gut verkraften und nicht pathologisieren (Dreßke und Ayalp 2018). Drittens werden Erkrankungen überfor-

dernden Lebenssituationen zugeschrieben. Allerdings ist auch diese Ursache nicht trennscharf, wenn andere Leute in ähnlich belastenden Umständen für ihre Symptome keine Krankheit für sich beanspruchen. Viertens werden psychopathologische Nebendiagnosen für eine fehlgeleitete Krankheitsbewältigung bei somatischen Erkrankungen vergeben. Für übertrieben gehaltene Schmerzdarstellungen bei einer somatischen Grunderkrankung werden etwa als deren »psychische Überformung« etikettiert, die die Potenz hat, sich als eigene Krankheit zu verselbstständigen. Auch dieser Übergang von einer Neben- zu einer Hauptdiagnose wird von Patienten und ihren Ärztinnen vereinbart. Jedenfalls sind in den vier dargestellten Kontexten die Grenzen von normalen und pathologischen Erscheinungen unklar und werden in performativen Praktiken ausgehandelt. In jedem dieser Fälle sind die Beschwerden und deren zugeschriebene Ursachen unspezifisch; teilweise stehen sie in einem tautologischen Verhältnis.

Durch die wenig befestigten Grenzen von Missempfindungen als alltäglich und als pathologisch, durch die vorherrschende Deutung ihrer nicht mit anderen teilbaren Realität (sobald sie als pathologisch gelten) sowie durch die Leugnung ihrer Ubiquität können dieselben bei Bedarf immer ins Spiel gebracht und bei genügend Nachdruck in Krankheitsschablonen einsortiert werden, indem die zur Geltung gebrachten Beschwerden mit Belastungen durch die Arbeit, die Familie und die Freizeit in Verbindung gebracht werden. Auf diesen unterschiedlichen Arenen herrschen allerdings unterschiedliche Darstellungslogiken, die abgestimmt werden müssen, damit die Beschwerden Anerkennung finden.

Die neue Krankenrolle

Während pathologisierte Empfindlichkeiten nach den älteren Vorstellungen in die Nähe des Wahnsinns rückten, ändern sich nun die Spielregeln. Auf Empfindlichkeitssymptome werden die Logiken der Krankenrolle angewendet, wie sie von chronischen Krankheiten bekannt sind. Damit wird durchgesetzt, dass die Betroffenen für ihr Leiden nicht verantwortlich sind, schließlich befinden sie sich in der medizinischen Versorgung, in der generell die Unschuldannahme gilt. Zunächst suchen Ärztinnen und Patienten nach einer physiologischen Erklärung für die Beschwerden. Kann diese nicht oder nur teilweise belegt werden, werden die Ursachen entsprechend der zur Verfügung stehenden Krankheitsschablonen bei anderen und in der Umwelt gesucht, womit persönliche Zuschreibungen für die Krankheit in kollektive Verantwortung übergeht.

In die Darstellung der Symptome und deren Bewertung als Krankheit gehen die Handlungslogiken sowie die Motiv- und Interessenslagen der Beteiligten – von Ärztinnen und Patienten – ein, deren Rollenformulierungen sich mit den neuen Krankheiten verändern. Im Gegensatz zu älteren szientistischen Krankheitsdeutungen wirken die neuen Vorstellungen qua medialer Inszenierung auf die Inter-

aktion zwischen Patientinnen und Ärzten ein. Vor allem in Ratgebern und in veröffentlichten Leidensgeschichten werden diese Wissensbestände bereitgehalten, die bei den Betroffenen auf fruchtbaren Boden fallen. Ihre damit angefüllte Schilderung sowie die Medialisierung erzeugt bei den Ärztinnen einen strukturellen Handlungsdruck, dem sie sich nur vereinzelt entziehen können (Rossmann 2014), denn schließlich können sie den Patienten die Schmerzen oder Empfindlichkeiten nicht absprechen. Mehr noch: In unseren Interviews mit Praktikerinnen wird deutlich, dass sie sich dafür zuständig sehen, obwohl sie wissen, dass die körperlichen Symptome ihren Ursprung in sozialen Beziehungen sowie persönlichen und strukturellen Dilemmata haben. Ärzte sind aber weder Sozialarbeiter noch Beziehungsproblemlöserinnen, noch Personalcoachs, schon gar nicht haben sie Einfluss auf den Arbeitsmarkt. Sie machen also das, was sie können: diagnostizieren und behandeln von Krankheiten mit den Werkzeugen, Verfahren und Wissensbeständen ihrer jeweiligen Spezialisierung.

In der Medizin ist nur die Krankheit Arbeitsgrundlage, nicht aber Gesundheit (Luhmann 1990). Beschwerden können daher nur als Krankheit bearbeitet werden, wofür Ärzte auf die wenig trennscharfen Schlüssel für die psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosen zurückgreifen, mit denen Alltagssymptome mehr und mehr klinische Realität werden. Diese Entwicklung kritisiert etwa einer der führenden Psychiater, Allen Francis (2014), als »diagnostische Inflation« von unscharfen und willkürlichen klinischen Erscheinungsbildern psychischer und psychiatrischer Erkrankungen. Nach dem neuesten Diagnoseschlüssel der American Psychiatric Association (des DSM V) wäre demnach jeder normale Gesunde pathologisierungsfähig. Auch auf der Ebene der Nosologie wird die Differenz von gesund und krank aufgelöst. Die soziologische Deutung geht allerdings über diese Kritikposition hinaus: Mit der Variabilität und Unschärfe der Diagnosen wird auf die multiplen Problemlagen der Patienten reagiert, die eben nicht nur gesundheitlicher Natur sind. Auf diese Weise werden deren Handlungsspielräume genauso erhöht, wie die soziale Kontrolle der Medizin bei Individualisierung und zunehmenden Individualrechten aufrechterhalten wird. Die neue Empfindlichkeitsmedizin erscheint von diesem Standpunkt aus als eine funktional notwendige Lösung der sozialen Kontrolle für die komplexer werdenden Lebenszusammenhänge in der spätmodernen Gesellschaft.

Angesichts ihrer vielfältigen Probleme erhoffen sich Patientinnen qua Konsultation eines Arztes Hilfe, um ihre Lebenssituation wieder in den Griff zu bekommen, ihre Lebensentwürfe zu stabilisieren und ihre Existenzgrundlage zu sichern. Ihre Krankenkariere beginnt vielleicht mit einem Gefälligkeitsattest, durch das sich der Arzt der Patientin verpflichtet, deren Probleme er nicht mehr abweisen kann. Auf der Suche nach der richtigen Diagnose können dann aber Lokalität und Art der Beschwerden variieren und Symptome sich verschieben, wodurch auch die ärztliche Zuständigkeit und Behandlungsideologie wechselt, für die die Patienten

bei diversen Arztbesuchen mal besser, mal schlechter ausgerüstet sind. Für beide Seiten lässt sich aus den Diagnosen Kapital schlagen, es müssen nur die Kosten in Rechnung gestellt werden: aufseiten der Ärzte, dass die Behandlung mühselig ist, wenig Erfolg verspricht und die Rechnung dafür von den Krankenkassen nicht bezahlt wird, und aufseiten der Patientinnen, dass sie von der Krankheit überwältigt werden und dauerhafte Marginalisierung droht.

Die ältere Definition der Krankenrolle, die noch auf die chronischen Krankheiten angewendet werden konnte (Gerhardt 1991, Parsons 1958), scheint für den neuen Krankheitstypus nicht mehr tauglich zu sein. Die Pathologisierung hängt von den Kompetenzen der Patienten ab, ihre Symptome in performativen Akten zu plausibilisieren: Indem dies auf Selbstreporten basiert und weniger auf der ärztlichen Expertise, gewinnen Patientinnen an Macht gegenüber den Experten, allerdings nur wenn sie die Semantik der Fachdisziplin beherrschen, an die sie sich wenden.

Das zu Expertenwissen transformierte kulturelle Kapital entscheidet also auch darüber, inwieweit sie ihre Ansprüche geltend machen können. Diesbezüglich zeigen sich in der vorliegenden Studie Unterschiede zwischen den neurologisch und den psychosomatisch behandelten Patientinnen. Dass das Wissen über Gesundheit und Krankheit in der Beziehung zwischen Ärzten und Patientinnen einem sozialen Gradienten unterliegt, ist schon für die chronischen Krankheiten bekannt (Boltanski 1976), allerdings verstärkt sich die Wirkung des kulturellen Kapitals noch einmal, wenn für die Diagnoseerstellung und die weiteren Verfahren auf objektive Befunde verzichtet werden kann und für die Krankenkariere ausschließlich das performative Vermögen der Symptompräsentation ausschlaggebend ist.

5.2 Die neue Bedeutung von Gefühl und Erleben

Das Pathologisierungsgeschehen lässt sich als institutionelle Reaktion auf die Abweichung von Empfindlichkeitsnormen auffassen. Somit sind auch Letztere selbst anzusprechen. Als Begründung für die Abweichung reicht es nicht aus, zu behaupten, dass Menschen empfindlicher geworden sind. Im Folgenden werden Vorschläge gemacht, inwiefern der Wandel psychophysischer Dispositionen als Teil umfassender gesellschaftlicher Veränderungen betrachtet werden kann, wobei davon auszugehen ist, dass die negativ bewerteten Gefühlsdispositionen nur vor dem Hintergrund des gesamten psychophysischen Spektrums zu verstehen sind. In die Analyse müssen also auch positiv bewertete Empfindlichkeits- und Erlebensinhalte wie Freude, Glück und Zuwendung eingehen, denn das Unangenehme ist hierbei in Relation zum Angenehmen zu setzen oder zumindest zu indifferenten Gefühlsgehalten (Pöppel 1995).

Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Bewertung und Deutung psychophysischer Dispositionen und affektuel­ler Gehalte von sozialhistorischen und sozial­ökonomischen Prozessen abhängen, aus denen sich Anforderungen an den Charakter und die Persönlichkeit der Gesellschaftsmitglieder ergeben (Elias 1976). Mit der Analyse der Sozialisierung von Empfindungen ist herauszuarbeiten, wie deren Inhalte und Deutungen zu signifikanten Gegenständen von Sinngebung und sozialer Verortung werden. Aus der Gefühlssoziologie wissen wir, dass Empfindungen und Erlebnisse nicht spontan und flüchtig sind, sondern Normen und Regeln folgen, mit denen sich deren Inhalte als soziale Tatsachen stabilisieren (im Überblick: Schnabel und Schützeichel 2012, Senge und Schützeichel 2013). Empfindungen folgen den Logiken sozialer Stratifikationen und der Verteilung knapper Güter. Selbst wenn es dem gesunden Menschenverstand zu widersprechen scheint, so sind sozial geforderte Empfindungen ein rares Gut – ein Körperkapital, das sich angeeignet wird, mit dem zu haushalten ist und das investiert wird.

Die Kultur- und Gefühlssoziologie untersucht die Institutionalisierungen von Empfindlichkeits- und Gefühlsdispositionen, in denen sich vergesellschaftete Subjektivität ausdrückt. Empfindungen stehen im Verhältnis zu Anforderungen, zu Sozialisierungen und zu Notwendigkeiten der Lebensführung. Insofern sind die Kalküle der Empfindlichkeit in Vergesellschaftungsprozessen zu suchen, die mit der Moderne zunehmend kultiviert werden, wofür drei konzeptionelle Vorschläge diskutiert werden: (1) die »psychophysische Semantik«, die Gerhard Schulze (1992) als Pendant zur »ökonomischen Semantik« sieht, (2) das »Management von Gefühlen«, die bei Arlie Hochschild (1990) zum Gegenstand von Arbeit werden, sowie (3) die Therapeutisierung des Alltags, in der Eva Illouz (2009) neue Motive emotionaler Lebensführung vermutet. Mit solchen Konzepten lotet die Kultur- und Gefühlssoziologie mit unterschiedlichen Betonungen und aus unterschiedlichen Perspektiven die Folgen von Modernisierungs- und Rationalisierungsprozessen aus, wie sie etwa von Giddens (1991), Beck (1986) und Sennett (1998) befundet wurden, wobei die Differenz von Leid und Freude, von angenehmen und unangenehmen Affekten jeweils unterschiedlich ausbuchstabiert wird.

Psychophysische Semantik

Die neue Bedeutung von Empfindlichkeiten für die Vergesellschaftung, die nicht nur den Oberschichten zugänglich ist, ergibt sich durch ein neues Verhältnis zwischen der Produktion von Gütern auf der einen und deren Verbrauch auf der anderen Seite. In den Gesellschaften bis zur Industriemoderne wurde bis um die Mitte des 20. Jahrhunderts um knappe ökonomische Güter konkurriert, wobei sich die Positionierung ihrer Mitglieder durch deren Stellung innerhalb der produktiven Sphäre ergab. Für die Arbeiter- und Unternehmerschichten liegt dies bis in die 1960er-Jahre auf der Hand. Die Notwendigkeiten der Produktion, die mit der un-

mittelbaren Existenzsicherung verknüpft war, dirigierte die Art und den Umfang der Verteilung von Gütern. Ihr Verbrauch leitete sich aus den Notwendigkeiten des Überlebens, des Maßhaltens, der Pflicht, der Sicherung von Herrschaft sowie ihrer generativen Weitergabe ab. Gehandelt wurde daher in einer »ökonomischen Semantik« (Schulze 1992: 251). Über die Erfahrungen ökonomischer Ungleichheit in einer Knappheitsgesellschaft schreibt Schulze (1992: 67f.):

Es ging um äußere Lebensbedingungen: Ressourcen, Sicherheit, Vermeiden negativer und Erlangen positiver sozialer Sanktionen, Abwehr von Gesundheitsrisiken u. ä. Es war zunächst einmal wichtig, überhaupt physisch zu überleben, und dies auf einem halbwegs akzeptablen Niveau der Güterversorgung. Auch die Bessergestellten wussten, was ihnen blühte, wenn es ihnen nicht gelingen sollte, ihr Niveau zu halten. Gerade sie setzten die normale Problemdefinition der Überlebensorientierung und Lebenssicherung besonders aktiv in Handlungsmuster um: Ausbeutung, demonstrativer Konsum und distinktive Alltagsästhetik, Abgrenzung gegen die unteren sozialen Schichten. Deren Mehrheit war überwältigend, so dass es fast zwingend nahe lag, Knappheit und existentielle Bedrohung als normal anzusehen.

Für die Arbeiter- und den größten Teil der Mittelschichten befriedigte der Verbrauch die notwendigsten psychophysischen Bedürfnisse wie nach Essen und Trinken, Schlaf, Ruhe, Wärme, nach Zuwendung und Bewegung (vgl. etwa Weber 1998) – wenngleich oft nur sehr knapp (Engels 1972, i.O. 1845). Für wohlhabendere Teile der Mittelschichten sowie für die Oberschicht war Verbrauch nicht mehr unmittelbar an das physische Überleben gekoppelt und bildete die Grundlage einer eigenen Sphäre der Vergesellschaftung des sinnlichen Erlebens, etwa des Genusses, der Geschmacksbildung, der Ästhetisierung sowie in den Beziehungen der Geschlechter und innerhalb der Familien (Aries 2007, Shorter 1977). Trotzdem war auch hier das sinnliche Erleben einem Bedürfnis nach Distinktion untergeordnet und folgte den Normen der religiösen und sittlichen Pflichterfüllung sowie Herrschaftsinteressen (Sombart 1983, Veblen 1986). Ein Übermaß an Verfeinerung der Sitten und des Verbrauchs war (etwa durch die protestantische Ethik) moralisch verpönt und durch die Praxis der Kapitalsicherung ökonomisch dysfunktional. Für die Verfeinerung der Sitten, die über das notwendige Maß hinausging, fehlten dem größten Teil der Bevölkerung jedenfalls zumeist die Zeit und die Mittel, oder sie folgte normativen Restriktionen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, wie den Figuren des Snobs oder des Dandys, wurde auch in den Oberschichten in den Logiken des Überlebens gehandelt und gespart oder daran gedacht, zu vererben.

Das sozialgeschichtlich ältere Motiv des Überlebens wurde in jüngerer Zeit durch die Erlebnissrationalität der »psychophysischen Semantik« (Schulze 1992: 252) wenn nicht abgelöst, so doch maßgeblich ergänzt. Das Verhältnis von Produktion und Verbrauch und damit der Stellenwert psychophysischer Dispositionen änder-

ten sich spätestens ab den 1970er-Jahren durch die Zunahme der Produktivität, wodurch sich der Sinnhorizont des Verbrauchs von dem des Überlebens entkoppelte. Schon Riesman (1958) beobachtete für die 1940er-Jahre die gestiegene Bedeutung des Verbrauchs als eigenständigem Vergesellschaftungsbereich für große Teile der Bevölkerung und identifizierte den konsumorientierten außergeleiteten Charakter als Träger des gesellschaftlichen Wandels in der westlichen Gesellschaft. Aus der Knappheitsgesellschaft wurde die Wohlstandsgesellschaft, deren Reichtum Orientierungen und Handlungsweisen nahelegt, die nicht mehr ausschließlich der unmittelbaren materiellen und existenziell-physiologischen Bedürfnisbefriedigung dienen. Durch die zunehmenden Möglichkeiten des Konsums konnten auch die arbeitenden Schichten an der Verfeinerung der Sitten durch den Verbrauch von nicht überlebensnotwendigen Gütern teilhaben. Für die Oberschichten wiederum ist der Überschuss an Verbrauch, etwa in Form demonstrativen Konsums, kein Distinktionsmittel mehr. Zentral werden nun die mit dem Verbrauch einhergehenden inneren Erlebensgehalte, mit denen sich die Milieus voneinander abgrenzen.

Die auf das Selbst und sein Erleben gerichtete Handlungsrationaleität in einer Kultur des Konsums der »psychophysischen Semantik« ist »auf der fundamentalen Bedeutungsebene angekommen« (Schulze 1992: 252) und hat sich von der ökonomischen Semantik entkoppelt. Schulze (1992: 252f.) schreibt dazu:

Von außen haben sich die bedeutungsgebenden Elementarerfahrungen nach innen verlagert, von objektiven Tatbeständen sozialer Ungleichheit zu subjektiven Tatbeständen des Fühlens. [...] In diesem kollektiven Austausch der Manifestation von Gefühlereignissen kristallisiert sich eine kategoriale Ordnung von Erlebnissen heraus, die alle [...] geforderten Eigenschaften einer fundamentalen Semantik aufweist: Überschaubarkeit, Intersubjektivität, Transponierbarkeit, unmittelbare Erfahrbarkeit.

Die Idiosynkrasien des Fühlens werden in objektive, das heißt sozial geteilte Erlebensgehalte überführt. Das Motiv des Spürens und des Gefühls bildet die Grundlage, dass sich Menschen gegenseitig abstimmen, Codes für die geteilten Erlebensinhalte und Erlebensqualitäten entwickeln, deren Bedeutungen und Deutungen bestimmen sowie Zugehörigkeiten definieren. »Im Laufe der Zeit verfestigt sich erlebnisorientiertes Handeln zu routinisierten Ziel-Mittel-Komplexen« (Schulze 1992: 40), ähnlich denen der ökonomischen Logiken, in Verfahren der Erlebensoptimierungen sowie auf Märkten dafür. Die einst flüchtigen Gefühlserfahrungen werden abrufbar und institutionalisiert. »Erlebnisse werden dabei nicht nur nicht bloß als Begleiterscheinungen des Handelns angesehen, sondern als dessen hauptsächlichster Zweck« (ebd.: 41).

Ein zweckgerichtetes Herbeiführen von Erlebnissen findet sich etwa in den körperorientierten Freizeitszenen Skaten, Tangotanz, Extremsport und Parcours, für die Gugutzer (2012) Untersuchungen durchgeführt hat. Seine Studien lassen

sich so interpretieren, dass es den Akteuren nur oberflächlich um die Präsentation und Beherrschung des Körpers, um Schönheit und Stärke oder Eleganz, Mut und Beherrztheit geht. Die Vergesellschaftung dieser Szenen basiert unter anderem auf dem Erleben eines »Body Flows«, einem spezifischen Spüren des Körpers und der körperlichen Abläufe, was durch eigens dafür vorgesehene Körpertechniken hervorgerufen wird. Die Kommunikation dieser Erlebnisgehalte geschieht jeweils in einem eigenen Code, mit dem sich Zugehörigkeit zur Gruppe und Abgrenzung von anderen bestimmt. Im »Body Flow« werden die Automatismen von Handlungsabläufen in die Körper eingeschrieben und so ein szenetypischer Erregungszustand erreicht.

Beim Tangotanz ist dies etwa das erotisch angehauchte schwebende Verschmelzen mit dem Tanzpartner und der Musik in einem zeitlosen Raum. Die Beherrschung des Körpers (etwa die leichtfüßige Variation der Tanzschritte) bildet eine Einheit mit dem improvisierten Spiel des Führens und Geführtwerdens, das seinerseits das Spiel von Verführen und Verführtwerden repräsentiert. Der Bewegungsapparat der Tanzenden geht gleichsam bruchlos in den Affekthaushalt ein, in dem die maßgeblichen und zur Distinktion notwendigen Erregungen hervorgerufen, moduliert, wahrgenommen und innerhalb des Tanzpaares ausgedrückt werden. Diese Erregungsqualität des in sich gekehrten, Tango tanzenden Paares unterscheidet sich von jener bei expressiveren Tanzstilen, etwa Swing oder Salsa. Tanzen erzielt nicht nur zwischen den Szenen Distinktionswirkungen, sondern auch zwischen sozialen Milieus. So grenzen sich die Anmutungen der Improvisation beim Tangotanz, der dem Selbstverwirklichungsmilieu zuzuordnen ist, von den routinemäßigen Bewegungsabläufen des konventionellen Gesellschaftstanzes ab, das beim harmonieorientierten (alten) Mittelstand beliebt ist.

»Erlebensorientierung«, so Schulze (1992: 39), »richtet sich auf das Schöne [...] als Sammelbegriff für positiv bewertete Erlebnisse.« Damit blendet er negativ bewertete Gefühlsdispositionen jedoch nicht aus, denn das Streben nach Optimierung der sehr flüchtigen Erlebnisinhalte ist begleitet von vielfältigen Risiken: Unter zahlreichen Erlebensbereichen wird die falsche Wahl getroffen, die Erlebnisinhalte lassen sich nicht reproduzieren, man hat nicht die körperlichen Voraussetzungen dafür oder kann mit uneinholbar besseren Performern nicht mithalten. Die Kehrseite sind deshalb Enttäuschungen, Angst zu versagen, innere Leere, Schmerz oder Neid – vor allem aber, wenn alles wieder aufgegeben wird, Langeweile. Die psychophysische Semantik enthält die Differenz von Angenehmem und Unangenehmem, die die Potenz hat, in die Differenz von Norm und Abweichung überzugehen. Das Vermögen bzw. das Unvermögen, zu erleben, konstituiert die Grundlage für Hierarchien und Distinktionen.

Kommerzialisierte Gefühle

Allerdings teilt uns Schulze nicht mit, in welcher Weise die negativen Erlebnisse sozialisiert werden und wieder in routinemäßiges Handeln eingehen. Seine »Erlebnisesellschaft« behandelt die milieu- und szenetypischen psychophysischen Optimierungslotiken, nicht aber die Abweichungen davon. Das Leiden an den Optimierungsnotwendigkeiten nehmen eher die Arbeiten von Eva Illouz (2009, 2011) und Arlie Hochschild (1990) auf, die ebenfalls emotionale Dispositionen untersuchen. Im Gegensatz zu Schulze stellen sie die Produktionssphäre in den Mittelpunkt.

Hochschild (1990) verortet die Entstehung neuer psychophysischer Logiken in der Erwerbssphäre, vor allem mit der Zunahme des Sektors »personenbezogene Dienstleistungen«. In Anlehnung an George Herbert Mead (1988) definiert sie Gefühle als Zugang zum Gegenüber und als Repräsentation der anderen im eigenen Selbst, die in aufeinander abgestimmten Handlungen entstehen sowie bewertet und moduliert werden. Gefühle haben zwar ihre Basis in der Physiologie, aber ihr konkreter Ausdruck wird erst in sozialen Interaktionen hergestellt. Hochschild untersucht Gefühlsregulationen, die sie an der Arbeitswelt festmacht, bei der üblicherweise davon ausgegangen wird, dass sie sach- und nicht emotionsorientiert funktioniert. Im Gegensatz zur konventionellen Erwerbsarbeit im Büro oder in der Industrie fordert aber die personenbezogene Dienstleistungsarbeit eine neue innere Haltung und den zunehmenden Einsatz von Subjektivität: Nicht mehr Gegenstände (wie in der Industrie) oder Entscheidungen (wie im Büro) sind die Arbeitsprodukte, sondern Erlebnisinhalte, also das Hervorrufen zumeist positiver Gefühle beim Gegenüber. Hierfür werden die eigenen Gefühle als Mittel und als Sensorium für Stimmungen des Gegenübers sowie zur Einschätzung der Situation eingesetzt. Das geschieht nicht mehr nur durch einen Gefühlsausdruck an der Oberfläche, etwa ein freundliches Lächeln – das schnell von den Kunden als falsch angesehen werden kann –, sondern besteht in der Forderung nach authentischen, tief empfundenen Gefühlen, die das Gegenüber als signifikante Person adressieren.

Das pathologische Moment des Gefühlsmanagements, insbesondere des »Deep Actings«, ergibt sich aus dem Einsatz der ansonsten dem Privaten vorbehaltenen Formen des Gefühlsausdrucks – nur diese gelten als authentisch. Eine Flugbegleiterin wird etwa vom Management dazu aufgefordert, dass sie sich die Passagiere nicht als Fremde, sondern als Familie vorstellt und dementsprechend ihre Gefühle ihnen gegenüber moduliert. Eigentlich dem Privaten vorbehaltene Gefühle werden so als emotionales Kapital für den Erwerb eingesetzt und verlieren durch das strategische Herbeiführen von Authentizität bei gleichzeitiger Rollendistanz (Goffman 1973b) an Signalwert für die Auskunft über das tatsächliche körperliche Erleben. Die Pathologisierungsriskien bestehen bei der »Kommerzialisierung der Gefühle« in der Selbstentfremdung – im Entstehen eines »falschen Selbst« (Hochschild 1990: 151ff.). Zudem kommt es zu weiteren Orientierungsverlusten, wenn sich die kon-

ventionelle Grenze zwischen Privatsphäre und Arbeitssphäre auflöst. Hochschild beobachtet eine gegengerichtete Bewegung, bei der sich in der einen Richtung das Erwerbsleben emotionalisiert und sich in der anderen Richtung das Privatleben nach ökonomischen Kalkülen organisiert (vgl. Hochschild 2006, Gottschall und Voß 2005).

Therapie als Stabilisierung des fluiden Selbst

Der Ausdruck von Emotionalität und Empfindungen zieht nicht nur in die personenbezogene Dienstleistungsarbeit ein, sondern wird zum allgemeinen Motiv der spätmodernen Gesellschaft: »Herauszufinden, was man empfindet, wird zur Suche nach dem eigenen Selbst«, schreibt etwa Richard Sennett (1987: 423). Vergesellschaftung findet durch die Verwirklichung des Selbst statt, das Medium dafür sind Gefühle (Giddens 1991, Illouz 2009, 2011). Die Selbstbezogenheit der Gesellschaftsmitglieder mündet wiederum in die Institutionalisierung des therapeutischen Komplexes, in dem Empfindlichkeit als Medium des Selbst stabilisiert wird und die widersprüchlichen Erfahrungen von Individualisierung und Pluralisierung bewältigt werden. Solche Erscheinungen werden schon seit den 1960er-Jahren beobachtet (vgl. Castel et al. 1970). Repräsentativ für den Diskurs um die Therapeutisierung der Gesellschaft scheinen die Analysen von Eva Illouz (2009) zu sein, auf die sich im Folgenden bezogen wird. Trotz unterschiedlicher Perspektiven kommen andere Autorinnen und Autoren zu ähnlichen Ergebnissen (Ehrenberg 2015, Maasen et al. 2011, Rau 2016, im Überblick: Hardering 2011: 143-145).

Theoretiker der Spätmoderne sehen in der Therapie ein institutionalisiertes Muster, mit dem das Selbst organisiert wird, um zunehmende Komplexitäten und Unsicherheiten zu bewältigen und um das Individuum mit den gesellschaftlichen Teilsystemen – den »abstrakten Systemen« (Giddens 1991) und deren widersprüchlichen Handlungsanforderungen – zu verknüpfen (Sennett 1998). Eine elaborierte Form von Selbstreflexivität ist notwendige Voraussetzung, um sich in unserer Welt zurechtzufinden und die unterschiedlichen Anforderungsprofile bearbeitbar zu machen und zu integrieren. Diese Kondensierungsleistungen scheinen Familien in ihrer tradierten Form allein nicht mehr erfüllen zu können. Die älteren Formen der Organisation des Selbst, etwa Innengeleitetheit, waren an überschaubare und gut integrierte Institutionen der Bildung, der Erwerbsarbeit und des Sozialstaats gebunden, die die elementaren Lebensbereiche abgedeckt haben (Riesman 1958). Die Familie hat darin Anpassungsleistungen übernommen und eine weitgehende Gesamtkohärenz der Person sichergestellt. Die bis in die 1970er-Jahre herausgebildete Standardisierung eines Normallebenslaufs, der sich in Vorbereitungsphase, Erwerbs- bzw. Familienphase und Ruhestandsphase einteilte, wobei die einzelnen Phasen mit kalendarischen Altersspannen (Kindheit und Jugend, Erwachsene, Ältere) korrespondierten, scheint nur auf einem Teil der Populationen spätmoderner

Gesellschaften anwendbar (Kohli 1994), der in der vorliegenden Studie als »alter Mittelstand« bezeichnet worden ist. Solche älteren Vorstellungen basieren auf unhinterfragten Kollektivnormen der Selbst- und Körperbeherrschung.

In der Spätmoderne scheint die institutionell organisierte Herstellung der Gesamtkohärenz der Person auch in biografischer Hinsicht infrage gestellt zu sein (Hardering 2011, Hitzler und Honer 1994, Keupp 1994). Darüber hinaus ist das Bewegen innerhalb und zwischen den gesellschaftlichen Teilsystemen keine einmal erlernte und selbstverständlich gebrauchte Fähigkeit, sondern immer wieder zu aktualisieren oder neu zu erarbeiten. Gefordert werden Fluidität, Offenheit und Unabhängigkeit des Selbst gegenüber konkreten Bindungen und Positionierungen. Diese prinzipielle Offenheit und Selbstbezüglichkeit hat allerdings weitreichende Konsequenzen: Da vorwiegend das Ich und seine Geschichte thematisiert werden, sind die anderen ausgeklammert, und die Bindung an das Kollektive erodiert (Sennett 1987: 411-423).

Therapie lässt sich als kulturelles Schema sehen, das auf die Destabilisierung sozialer Bindungen reagiert, indem es neue Kollektive hervorbringt. Auf der Basis psychologischer Konstrukte werden die Kontingenzen von Identität und Biografie bearbeitet, indem die Therapie eine strukturierende Metaerzählung anbietet, die diejenigen auf sich anwenden, die das Skript zu beherrschen in der Lage sind. Sowohl dem so organisierten Selbst als auch seinem Körper wird Wandlungsbereitschaft verordnet, der ein halbwegs stabiles Korsett gegeben wird. Therapie reagiert darauf, dass Alltag nicht mehr in selbstverständlichen und generativ tradierten Praktiken gelebt wird. Als Arbeit an der Selbstverwirklichung wird – durchaus im Sinne des außengeleiteten Charaktertyps von Riesman (1958) – die bestmögliche Anpassung erreicht.

Das Medium dafür sind die eigenen Emotionen, an denen unentwegt methodisch – bzw. therapeutisch – gearbeitet wird. Therapie ist ein kulturelles Schlüsselszenarium und institutionalisierter Wissensbestand, mit der Biografien nicht mehr als festgelegte Abfolge der Stationen von Familien- und Erwerbskarrieren (etwa als Normalbiografie), sondern als psychophysische Karrieren gedeutet werden, in die sich Familie und Erwerb einweben. Indem Therapie expertielle Praxis ist, gehört sie selbst zu den abstrakten Teilsystemen mit der entsprechenden professionellen Dominanz der Psychologie. Sie ist aber genauso Laienpraxis und Teil des Alltags.

Die Entbindung von selbstverständlich konventionalisierten Kollektiven (Familie, Milieu, Arbeit, Nation) ist ein zentrales Motiv der therapeutischen Erzählung mit der Forderung nach Unabhängigkeit von anderen (Giddens 1993, Illouz 2009). Soziale Bindungen mit hohem Verpflichtungscharakter, etwa zur Herkunftsfamilie, sind darin nicht mehr selbstverständlich gegeben. Sie werden ausgehandelt und bei Bedarf gelockert. Zu starke und einengende Bindungen gelten als unreife Einstellungen oder gar als pathologisch. Erkannt wird dies erst in der Retrospekti-

ve durch die Deutung der Kindheit als problematisch, der Erziehung als falsch und der Anpassungen als erzwungen. Mit der therapeutischen Erzählung wird die biografische Vergangenheit neu gedeutet. Familiäre Traditionen werden als überflüssig, oberflächlich und äußerlich betrachtet. Im »egozentrischen Weltbild« (Elias 2011: 11) gelten tradierte Bindungen immer weniger als Ressource, sondern häufig als Hemmung oder als Unwägbarkeit bei der Konstitution des Selbst.

Wirkungen des therapeutischen Narrativs

Als Lern- und Sozialisationsprogramm bietet das therapeutische Narrativ die notwendige, wenngleich schwache und außengeleitete Stabilisierung und einen sozialen Ort für das Selbst, das ansonsten sich zu verflüssigen und heimatlos zu werden droht (Berger et al. 1973). Gegenstand der Therapie ist das Herstellen und Rekonstruieren einer kohärenten Lebensgeschichte. Bei diesem »reflexiven Projekt« (Giddens 1991: 75) werden einerseits Erwartungen eines Normallebenslaufes aufgenommen, andererseits wird sich aber auch davon abgesetzt. Bei der Suche nach »Selbst-Identität« (Giddens 1991) geht es um richtige Existenzweisen und den Ausgleich widersprüchlicher Anforderungen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen, denen man verpflichtet ist. Therapeutische Diskurse richten sich auf das Wachstum des Selbst als eigenständiger innerer Entität (vgl. ebd.). Nicht das gehorsame Subjekt der Knappheitsgesellschaften, das immer schon weiß, wohin es gehört und was zu tun ist, ist der Idealzustand des Therapeutischen, sondern zweckfreie Offenheit, Naivität und Neugierde in einer Gesellschaft, in der sich Wohlstand als Programm und als Praxis der Produktion, Konsumtion und Distribution durchgesetzt hat.

Das Therapeutische ist eine Leidenserzählung, die die zeitliche Struktur der standardisierten Normalbiografie auflöst (Hardering 2011: 138-152). Bei der Selbstwerdung bzw. Selbstverwirklichung geht es darum, sich von unzumutbaren Abhängigkeiten zu lösen. Unzufriedenheiten und Konflikte haben ihren Ursprung in Leiden der Vergangenheit, insbesondere der Kindheit, denen nun eine definierte Struktur gegeben wird. Damit wird allerdings die Evidenz der aktuellen Schwierigkeiten als Leiden (und nicht etwa als Alltagsproblem) erst hervorgebracht. Der Lösungsvorschlag der Therapie besteht darin, dass das Selbst durch die Befreiung von den Leiden der Vergangenheit zu seiner inneren, natürlichen Bestimmung findet, die in neue Lebensentwürfe mündet. In der Vorstellung von der Eigendynamik selbst gesteuerter Entwicklungsprozesse geht es darum, den Kern der Persönlichkeit zu finden und in einer ihm entsprechenden Tätigkeit auszudrücken – auch wenn dies zunächst wenig prestigeträchtig zu sein scheint. Das Curriculum des Lebens orientiert sich nicht mehr an den festgelegten Stationen von Alter, Status und Position, sondern kann durchaus mäandern und losgelöst von äußeren Not-

wendigkeiten der Eigendynamik von therapeutisch bestimmten Persönlichkeitsprozessen folgen.

Die therapeutische Erzählung ist heroisch; in ihrem Verlauf wird Leiden gegen vielerlei Widerstände und unter schwierigen Bedingungen bekämpft, allerdings nie ganz geheilt. Man trägt immer noch Wunden davon. Subjekt der Erzählung ist die Figur des einsamen Helden. Beobachterinnen und Berater sind Ärztinnen, Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Mitbetroffene, die aber nicht unmittelbar in die Lebenswelt des Therapierten involviert sind und keinerlei Konsequenzen zu tragen haben. Gekämpft wird allein gegen die sozialen Beziehungen der Nahwelt von Familie und Arbeit, gleichzeitig wird dort Glück, Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung gesucht.

Die Differenziertheit, mit der am Selbst gearbeitet wird, drückt sich in den Vorstellungen vom Körper aus, der unentwegt beobachtet und in Bezug zum Selbst gebracht wird. Das Selbst kann schließlich nur durch den körperlichen Ausdruck repräsentiert werden (Goffman 1969, im Überblick: Field 1978, Gugutzer 2012). Die Medien dafür sind die Darstellung von Emotionalität und ihre Inkorporierung als Empfindlichkeit. Dabei lässt sich zeigen, dass im letzten Jahrhundert die Empfindlichkeit für körperliche Symptome zugenommen hat (Illouz 2009, Shorter 1994: 491ff., 1999: 311ff.). Der Körper wird zunehmend weniger als materiell oder gar als robust wahrgenommen. Vielmehr wird er als offen, fluide, gestaltbar und empfindlich aufgefasst – und ist damit Spiegel des Selbst. Dieses Spiegelbildliche ist wiederum in Diskurse und Praktiken des Therapeutischen überführt. Des Körpers ist man sich wie auch des Selbst nie ganz gewiss, von der Handlungsfähigkeit nie ganz überzeugt. Man ist nie ganz krank, aber auch nie ganz gesund.

Therapie geschieht in der eigenen Dauerbeobachtung und die autobiografische Beichte in der massenmedialen Öffentlichkeit, in Selbsthilfegruppen, Therapeutenkontakten oder in Tagebuchformaten (Giddens 1991: 72f, Illouz 2009). Der Körper wird in Dauerbewusstheit beobachtet, Unannehmlichkeiten mit Symptomen und Diagnosen belegt und in Erzählungen von den »Krankheiten des Willens« (Valverde 1998) überführt. Themen therapeutischen Denkens sind sexuelle Befreiung, beruflicher Erfolg, Kreativität und die »reine Paarbeziehung« (Giddens 1993: 60). Das sind die Ziele, die es zu erreichen gilt, und gleichzeitig die Kennzeichen, dass man zu sich selbst gefunden hat.

Psychotherapie ist nur die offensichtliche und zugespitzte Variante, mit der die therapeutische Erzählung praktiziert wird, deren Alltagsversionen Ratgeber und Selbsthilfe sind (Illouz 2009). Die psychotherapeutische Behandlung spiegelt dabei das Verhältnis von Norm und Abweichung wider: Sie ist für das neue Verständnis vom Selbst paradigmatisch, indem sie die zentralen Normen, Orientierungen und Praktiken eines flexiblen und unabhängigen Subjekts zum Inhalt hat. Psychotherapie liefert das Modell für Deutungen und Sichtweisen, die das Subjekt als eigenen Gegenstandsbereich und Kristallisation von Vergesellschaftung isoliert

und die Abweichungen vom Ideal der Selbstverwirklichung sanktioniert. Giddens (1991: 70-82) weist auf die Zunahme von Selbsthilfeliteratur für alle Lebenssituationen und Lebensphasen hin – eine Form expertiell angeleiteter Selbsttherapie. Es gibt keinen Bereich des Lebens, für den nicht ein qualifizierter Ratgeber vorläge. Dabei geht es um existenzielle Ereignisse wie Geburt, Krankheit und Tod, um Lebensführung und Hauswirtschaft oder um Partnerschaft, Sexualität, Gesundheit, Erziehung der Kinder, Verhalten am Arbeitsplatz, das Leben nach der Rente, um Freizeit und Hobbys. Ratgeber gab es auch schon vor dem Zeitalter des Therapeutischen, inzwischen werden sie aber vom therapeutischen Gestus dominiert, vor allem wenn sie zwischenmenschliche Beziehungen oder den Körper zum Gegenstand haben (vgl. Illouz 2009: 257ff.). Dort werden ganz alltägliche Sachbestände problematisiert: Situationen und Ereignisse, die einst in kollektiven Zusammenhängen selbstverständlich bearbeitet wurden, werden nun als Probleme wahrgenommen, die in kleinen Netzwerken und mit Alltagsmitteln nicht mehr gelöst werden können. Therapeutische Kalküle dringen qua Ratgeber, Erzieher, Sozialarbeiterinnen, Psychologen und Fernsehprogrammen sowie dem Internet in Familien vor und lösen generativ tradiertes Wissen und tradierte Praktiken ab.

Der Erfolg des therapeutischen Denkens ist vor allem der ökonomischen Sphäre zu verdanken. Illouz (2009) konstatiert hier den Siegeszug emotionaler Verhaltensstile ab den 1950er-Jahren, die auf Produktivitätssteigerungen abzielen (am Beispiel der Hawthorne-Studien: Roethlisberger et al. 1966). Das deckt sich mit den Befunden der Arbeitssoziologie, die ab den 1980er-Jahren die wachsende Subjektivierung sowie die zunehmende Notwendigkeit für Abstimmungen in der Industriearbeit und in der Bürokratie feststellt (Kleemann et al. 2003): Fachkräfte arbeiten nicht mehr nur mit Maschinen, sondern inzwischen auch in projektbezogenen wechselnden Teams mit höherem Aufwand für Abstimmungsprozesse. Ebenso wenig können es sich leitende Angestellte leisten, ihre Anweisungen qua Machtposition bürokratisch zu exekutieren, und handeln stattdessen Entscheidungen mit Kolleginnen und Mitarbeitern aus. Das Eingehen der Subjektivität der Arbeitnehmer in die Arbeitsprozesse wird durch psychologisch informierte Kommunikationsverfahren rational gesteuert.

Die neuen Kommunikationslogiken griffen ab den 1960er-Jahren auch in Familie, Partnerschaft, Erziehung und Freizeit Platz. Vermittelt durch Ratgeber und Selbsthilfe, wird der Ausdruck von Gefühlen zu einer notwendigen Fähigkeit, mit dem sich Chancen sowohl auf dem Arbeits- als auch auf dem Heiratsmarkt optimieren lassen, was weit in familiäre Interaktionen und die Erziehung hineinreicht.

Gefangen im eigenen Leiden

Mit der Thematisierung von Emotionalität bezüglich der Integration unterschiedlicher Alltagszusammenhänge (etwa Familie und Arbeit) organisiert sich ein eigenes

soziales Milieu der Selbstverwirklichung, für das der emotionale Ausdruck zum bestimmenden Stil geworden ist. Ähnlich wie Illouz stellt auch Schulze (1992: 493) die »kulturelle Dominanz der Selbstverwirklichungsmilieus« fest. Therapie ist dort generalisierte Einstellung, mit der Lebensentwürfe begründet und organisiert und elaborierte Interaktionsnormen des Gefühlsausdrucks formiert werden. Auch die älteren Individualisierungsdiskurse haben das Subjekt formiert, allerdings immer im Kontext von Regimen der Gehorsamkeit, die auf die Wirksamkeit von Kollektiven bezogen sind (Foucault 1977, Riesman 1958). Zunehmend notwendig ist nun die Fähigkeit, sich in andere hineinzudenken und empathisch-optimistisch zu reagieren. In Anlehnung an die Feldtheorie Bourdieus konstatiert Illouz (2009), dass der »therapeutische Stil« ein dominantes Vergesellschaftungsprinzip ist – Praxis eines eigenen sozialen Feldes, in dem Emotionen und ihr richtiger Gebrauch eine Münze sind, die auch in anderen Feldern, etwa ökonomischen oder kulturellen, Gewinne abwerfen kann. Der therapeutische Diskurs ist inzwischen so dominierend, dass ihm kaum zu entkommen ist, wobei seine Anwendung auch von der Widerstandsfähigkeit der Akteure abhängt, etwa in den gewerblichen Milieus.

Die therapeutischen Logiken stellen ein kulturelles Schema für Lebensführung, Biografie und Lebensentwürfe zur Verfügung, stellen den richtigen Gebrauch von Emotionen sicher und definieren deren falschen Gebrauch. Die Idee der Selbstverwirklichung trägt die Differenz zwischen »Unabhängigkeit« zur negativ bewerteten »Abhängigkeit« in sich. Letztere wird als Abweichung in den Deutungsraum von »Krankheit« verschoben, worin falsche, unauthentische Emotionen pathologisierungsfähig sind. Damit aber sind die Akteure in einer Paradoxie gefangen, was Illouz (2009: 292f.) so formuliert:

Therapeutische Erzählungen sind zutiefst tautologisch, denn sobald ein Gefühlszustand als gesund und erstrebenswert ausgezeichnet ist, werden alle Verhaltensweisen oder Zustände, die hinter diesem Ideal zurückbleiben, auf problematische Gefühle oder unbewusste Hindernisse deuten, die wiederum im Rahmen der therapeutischen Erzählung verstanden und gemanagt werden müssen.

Der Zustand der Unreife, der Unselbstständigkeit und des Unvermögens, man selbst zu sein, wird dadurch bemerkt, dass man sich durch Anforderungen seiner Mitmenschen überwältigt fühlt oder dass man von ihnen oder von etwas anderen abhängig ist. Die Vorstellung einer Fehlentwicklung der Persönlichkeit beruht auf der Tautologie therapeutischer Sichtweisen: Potenziell ist man immer krank – Abhängigkeit und Leiden lassen sich immer beanspruchen bzw. zuweisen, andererseits kann man sich auch jederzeit für gesund und selbstverwirklicht erklären (Illouz 2009).

Das therapeutische Narrativ erzählt die Geschichte eines »kranken Selbst«, das sich zu heilen sucht, indem es sich verwirklicht. Was aber dieses neue Selbst genau

ist, ist nicht definiert. Illouz (2009: 297) schreibt über die Konsequenzen dieses Mangels an Klarheit:

Doch wird diesem Ziel [der Selbstverwirklichung, S.D.] niemals ein klarer positiver Inhalt zugeordnet, so dass es tatsächlich eine Vielzahl von nichtselbstverwirklichten und somit kranken Menschen hervorbringt. Die Erzählung der Selbsthilfe ist daher kein Heilmittel gegen Scheitern und Not; vielmehr *bringt das Gebot, nach höheren Niveaus an Gesundheit und Selbstverwirklichung zu streben, seinerseits Leidensgeschichten hervor.* [Herv. i.O.]

Aufgrund des »dämonischen«, weil zirkulären Charakters des therapeutischen Narrativs (Illouz 2009: 296) verweisen positiv bewertete Gefühle stets auf deren Gegenteil: In jede einigermaßen dauerhafte soziale Beziehung, sei es in der Familie, auf der Arbeit oder in der Freizeit, ist der Verdacht eingebaut, dass diese abhängig machen könnte. Akteure stehen unter Dauerbeobachtung, vor allem Dauerselbstbeobachtung, und sind daher prinzipiell unsicher. Da bei Problemen tradiertes Wissen und tradierte Praktiken nur noch als wenig vertrauenswürdige Restbestände vorliegen, wird sich schnell an Ratgeber und Psychologinnen gewandt, die dem Unwohlsein entsprechend ihrer professionellen Kalküle ein pathologisches Etikett verleihen. Insbesondere in der Zuweisung von Depression wird die für die späte Moderne typische psychophysische Pathologie gesehen (Ehrenberg 2015). Aber nicht nur für die flexible Handhabung pathologischer Etiketten ist die Unbestimmtheit des Selbst (und damit seiner Abweichungen) funktional konstitutiv, das Undefinierte scheint auch der Notwendigkeit des modernen Subjekts geschuldet zu sein, sich ständig anzupassen und damit dauerhaft fluide zu sein.

Institutionalisierung von Empfindlichkeit

Die angeführten Befunde von Schulze, Hochschild und Illouz sollen hier als paradigmatisch dafür gelten, dass psychophysische Dispositionen – Befindlichkeiten und Gefühle – nach eigenen Kalkülen organisiert sind, die aus dem veränderten Verhältnis von ökonomischer und Konsumsphäre sowie den veränderten Anforderungen an Erwerbsarbeit abgeleitet sind. Zugrunde liegen gesellschaftliche Wandlungsprozesse der letzten 50 Jahre, die darin münden, dass von den Akteuren mehr Subjektivität verlangt wird, die sich in Empfindlichkeit und im Erleben ausdrückt. Zunächst durch den Anstieg an Produktion, der auch in den unteren und mittleren Schichten zu einem höheren und vom Überleben entkoppelten Verbrauch führt, dann durch die Zunahme der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit, die die Dominanz der Industrie- und Angestelltenarbeit ablöst, sowie durch den Konsum als eigener gesellschaftlicher Sphäre wird Erleben zur zentralen Handlungspraxis. Schulze sieht die Erlebensrationalität der »psychophysischen Semantik« vorwie-

gend im Freizeit- und Privatbereich und relativ unabhängig von der »ökonomischen Semantik« des Überlebens. Hochschild erkennt dagegen die Notwendigkeiten des Gefühlsmanagements für untere und mittlere Dienstleistungsberufe, womit konventionell der Privatsphäre vorbehaltene Dimensionen des Erlebens auch in der Erwerbssphäre Platz greifen (Hochschild 2006).

Ihre ideologische und institutionelle Rahmung erhalten diese Tendenzen durch den Siegeszug der Therapie, mit der Kalküle und Praktiken des emotionalen Ausdrucks gebündelt werden. Therapie bietet für die Sozialisierung der Gefühle den Anschluss an die Medizin, die Gefühlsdispositionen in ihre Differenzkategorien von gesund und krank übersetzt und dafür Bearbeitungsverfahren bereithält.

Psychophysische Dispositionen werden nach Zweck-Mittel-Kalkülen rationalisiert und bekommen dadurch eine eigenständige Bedeutung, die nicht mehr zufällig oder arbiträr ist. Schulzes Erlebnisrationalität ist in Sprach- und Handlungs-codes von Freizeitszenen und in Milieus organisiert; bei Hochschild ergibt sich die Emotionalisierung aus dem Charakter der Tätigkeit mit anderen Menschen sowie aus Ökonomisierungsinteressen, die in Form von Gefühlsregeln sanktioniert sind; bei Illouz ist die Therapie als kulturelles Schema handlungsleitend, das aus der Medizin abgeleitet ist. In jedem Fall werden psychophysische Dispositionen als Ressourcen für Stratifikationen und Positionierungen mehr und mehr bedeutsamer. Durch die ungleiche Verteilung emotionaler Kompetenzen, beispielsweise in der Darstellung und Modulierung von Erleben, kommt es zu Distinktionseffekten. Grob vereinfachend, ergibt sich folgendes Bild: Auf der einen Seite stehen die neuen Oberschichten und das diskursbestimmende neue Selbstverwirklichungsmilieu mit ihren elaborierten Genuss- und Kommunikationsstilen, auf der anderen Seite Arbeiterinnen der mittleren und unteren Dienstleistungsberufe, die unteren Angestellten und die einfachen gewerblichen Arbeiter und Handwerker, die im emotionalen Feld kaum mitspielen, aber dennoch gezwungen sind, ihre Gefühle einzusetzen (vgl. etwa Bude 2014, 2016, Illouz 2009: 329-288, Reckwitz 2017, 2019, Sennett 1987).

Fasst man die bisherigen Ausführungen zusammen, so lässt sich eine gesellschaftliche Verdichtung beobachten, die sich darin äußert, dass das Gefühlsleben zunehmend kontrolliert und sanktioniert wird. Dabei geht es nicht mehr nur um die Affektkontrolle (Elias 1976); die internalisierten Kontrollen greifen vielmehr in die Selbstorganisation der Gefühle ein, für die Verfahren zur Verfügung stehen und die eigenen Rationalitäten folgen.

Die neuen Formen der Institutionalisierung von Erlebnisinhalten, des Wohlbefindens und der Gefühle bringen auch neue Arten von Abweichungen von den Kalkülen der Empfindlichkeit hervor. Dauerhaft unpassende Gefühle, Missempfindungen, Unzufriedenheit und Unwohlsein schränken in diesen Fällen die Erlebnis- und Kommunikationsfähigkeit ein, sodass Betroffene nicht mehr alltagstauglich erscheinen. Solche Abweichungen werden in Diskursen und Praktiken als patho-

logisierende Zuweisungen organisiert. Nicht nur die Formen des Wohlbefindens verfeinern und vervielfältigen sich, sondern auch das damit korrespondierende Unwohlsein. Missempfindungen werden immer öfter dem medizinischen und psychologischen Komplex überantwortet, dort mit Diagnosen, Ätiologien und Verfahren versehen und gehen als Empfindlichkeitskrankheiten in das gesellschaftliche Spiel ein. Solche Erkrankungen stellen ein erhebliches Skandalisierungspotenzial dar und sind ein immenses soziales Problem, das in neue Formen der Vergesellschaftung führt. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass Abgrenzungen von Krankheit und Gesundheit mehr und mehr verschwimmen.

5.3 Kopfschmerzen: Erlebnisräume des Unangenehmen

Die neuen Formen der Institutionalisierung von Empfindlichkeit lassen sich auch in Bezug auf Kopfschmerzen beobachten. Vor der zusammenfassenden Darstellung der empirischen Ergebnisse ist noch einmal daran zu erinnern, dass sich Empfindlichkeiten als Deutungen und Praktiken in soziale und institutionelle Milieus einbetten. Für eine Typisierung des erhobenen Materials ist zunächst zu klären, in welchen Bereichen die Sinnstiftung von Schmerzen stattfindet: Letztere werden entweder im Alltag normalisiert, oder sie gehen als identitätsstiftende pathologische Deutungen in den medizinisch-therapeutischen Komplex ein. Somit stellt sich die Frage nach den Normen und der Bewältigung üblicher Belastungen auf der einen Seite und den Abweichungen davon und deren institutioneller Bearbeitung auf der anderen Seite. Die normativen Orientierungen werden in den symbolisch-institutionellen bzw. den sozialen Sphären angewendet, in denen Kopfschmerzen als Störung von Handlungsverläufen und damit als Störung von Ordnung verhandelt werden.

Eine zweite Frage betrifft die phänomenologische Deutung der Schmerzen, in deren Mittelpunkt die Zuschreibung der Lokalisierung, der Erscheinungen und der Ursachen steht. Auch dafür sind zwei Pole identifiziert: der Komplex des Körpers und der der Affektivität. Kopfschmerzen sind natürlich Empfindlichkeitsäußerungen, aber sie werden entweder als distinktes materielles Symptom dem körperlichen Komplex zugeordnet oder als psychisch-diffuses Symptom der Gefühlssphäre. Mit beiden Vorortungen sind wiederum typische Zuschreibungen sozialer und institutioneller Milieus verbunden. Aus diesen beiden Dimensionen mit ihren Codierungen ergibt sich folgende Tabelle zur Sinnstiftung der Kopfschmerzen, bezogen auf die Samples der Teilstudien:

	Phänomenologische Codierung Lokalisierung, Ursachen und Erscheinungsbild	
Normative Codierung Alltag versus Medizin	körperlich-materiell distinkt	affektiv-psychisch diffus
nicht pathologisch alltagsorientiert	(1) alter Mittelstand, Studierendensample	(3) Sozialberufe, Selbstverwirklichungsmilieu
pathologisch medikalisiert	(2) Angestelltensample, Patienten der Schmerzkliniken	(4) Patientinnen der psychosomatischen Klinik

Identifiziert werden also vier Typen, in denen sich Deutungen und Praktiken bei Kopfschmerzen verdichten. Die normative Dimension der Sinnstiftung von Schmerzen entweder im Alltag oder im medizinisch-therapeutischen Komplex stellt sich folgendermaßen dar: Sowohl die Angehörigen des alten Mittelstandes und des Studierendensamples (Feld 1) als auch die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus (Feld 3) organisieren ihre Kopfschmerzen entlang der jeweiligen Erwartungen ihrer Alltagsmilieus. Dagegen nehmen die Angestellten und die Patientinnen der Schmerzkliniken (Feld 2) sowie die Patienten der psychosomatischen Abteilung (Feld 4) die Expertenorientierung der Medizin auf und wenden sie auf ihren Alltag an.

Betrachtet man die phänomenologische Dimension der Zuschreibungen, ergibt sich folgendes Bild: Sowohl die Angehörigen des alten Mittelstandes und des Studierendensamples (Feld 1) als auch die Angestellten und die Patientinnen der Schmerzkliniken (Feld 2) sehen ihre Kopfschmerzen als distinkte materiell-körperliche Dispositionen, wohingegen die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus (Feld 3) sowie die psychosomatischen Patienten (Feld 4) sie dem diffusen Komplex des Gefühls und des Befindens zuordnen.

Die Typisierung darf jedoch nicht als stabile Zuweisung von Individuen in die jeweiligen Felder gelesen werden. Lebensentwürfe und Zugehörigkeiten zu sozialen und medizinischen Milieus unterliegen einem lebensgeschichtlichen Wandel, das zeigen auch die Verläufe unserer Informantinnen und Informanten. Somit ist die Dynamik von Biografien im Hinblick auf Positionswechsel in der Sozialstruktur zu berücksichtigen, die Konsequenzen für Empfindlichkeiten haben. Schließlich zeigt sich, dass dieselben Informantinnen je nach Lebensumständen unterschiedliche Typen in dem vorgestellten Modell repräsentieren können, die im Folgenden spezifiziert werden.

Der alte Mittelstand und die sportlichen Studierenden

Die Angehörigen des alten Mittelstandes und des Studierendensamples halten körperliche Belastungen für ein legitimes Schmerzgegenüber. Demzufolge sind Kopfschmerzen körperliche Erscheinungen mit distinkter Lokalität und erwartbarem Verlauf, denen stoffliche Ursachen zugeschrieben werden. Die robusten, aus dem Elternhaus tradierten Körpereinstellungen führen dazu, dass psychische Ursachen abgewiesen werden. Der Kopf wird als physischer Teil des Körpers angesehen, bei den Studierenden allerdings an der Grenze zum affektiv-psychischen Komplex. Während also die üblichen Körperschmerzen (etwa Rückenschmerzen) für sie legitim sind, betrachten sie Kopfschmerzen als Abweichung. Diese werden deshalb relativiert und ebenso wie die Körperschmerzen mit stofflichen Erscheinungen und Ursachen in Verbindung gebracht. Eine weitergehende Psychopathologisierung wird nicht akzeptiert. Man geht höchstens im Rahmen einer Rehabilitation einmalig zur obligatorischen psychologischen Konsultation. Dort verschafft man sich in einem klärenden Gespräch Luft, unter Umständen wird auch geweint. Anschließend dürfte aber alles wieder in Ordnung sein.

Das akzeptierte Gegenüber von Schmerzen, körperliche Aktivität, wird im alten Mittelstand paradigmatisch in der Erwerbs- und Hausarbeit gesehen und im Sport bei den Studierenden. Dabei gelten Schmerzen durchaus als positiv, als Ausdruck des Auslotens körperlicher Leistungsfähigkeit. Sie sind eingekörperte Repräsentationen von Erfolgen, auch als Verletzungen oder körperliche Markierungen. Die Schmerzgeste hat ihr Gegenüber in der kollektiv geteilten Belastung, die durch die Angehörigen der eigenen Gruppe stillschweigend anerkannt wird. Schmerzgrenzen definieren sich direkt im Kollektiv (Familie, Arbeitsstelle, Sportteam), in dem ähnliche Belastungen zu bewältigen sind, bzw. an den zu leistenden Anforderungen (körperliche oder mentale Belastungen), wofür ebenfalls Gruppennormen gelten. Wechselt die Belastungsart bzw. die Bezugsgruppe (z.B. durch Wechsel der Sportart, des Wohnortes oder des Arbeitsplatzes), verändern sich auch die Körpereinstellungen entsprechend der jeweilig aufgenommenen Normen, zumeist in Richtung einer höheren Empfindlichkeit.

Das Schmerzereignis spielt sich in der Gegenwart ab und ist an konkrete Umstände geknüpft. Schmerzen sind daher distinkt-binär codiert: Entweder sind sie vorhanden oder nicht. Sind sie vorhanden, werden sie ignoriert, oder es wird sich abgelenkt. Des Weiteren sind sie mit einer konkreten abgrenzbaren Lokalität verbunden. Beim Überschreiten einer Schmerzgrenze, wenn also (plötzlich) nichts mehr geht, wird eine klassische Krankenrolle eingenommen und Alltagstätigkeiten nicht mehr ausgeübt sowie die Leistungseinstellung befristet aufgegeben. In dieser Situation ist das Gegenüber die körperliche Krankheit, die Belastungen anzeigt und den unabwendbaren Verschleiß des Körpers repräsentiert.

Diese Einstellung gegenüber Schmerzen korrespondiert mit den Normen und Werten der Industriemoderne, repräsentiert durch den alten Mittelstand: Das sind die Tugenden Pünktlichkeit, Härte gegen sich selbst, Beständigkeit, Loyalität, Leistungsbereitschaft, Orientierung an Höherem, Konservatismus, Streben nach einem besseren Leben, Sparsamkeit sowie vernünftiges Wirtschaften und vorsichtig optimistisches Planen. Dafür bildet die Familie, die man in der lokalen Gemeinschaft aufgehoben sieht, den Lebensmittelpunkt und den dominierenden Resonanzraum. Lebensentwürfe wiederum sind durch die großen gesellschaftlichen Institutionen Bildung, Wirtschaft und Sozialpolitik fraglos strukturiert – anvisiert wird ein Normallebenslauf, das gilt auch für die Jüngeren. In einem solchen kollektiven Erlebnisraum werden Schmerzen ebenfalls kollektiviert.

Einige Angehörige aus diesem Sample machten in der Schmerzlinik Bekanntschaft mit den neuen Migränetheorien (Feld 1 zu Feld 2). Allerdings ist deren Aneignung pragmatisch. Aus den Deutungsangeboten wird das herausgegriffen, was an die Milieunormen anschlussfähig ist: Familie, Pflicht und Leistung. An der Klinik wird der Rückzug in die klassische Krankenrolle in Verbindung mit einer angenehmen Kur geschätzt. Die Stabilität des mittleren Lebensentwurfs und die erfolgreiche Einbindung in die Gemeinschaft scheinen davor zu schützen, dass zu Hause eine Krankenexpertise ausgespielt wird, obwohl Empfindlichkeit und die Fähigkeit, sich selbst zu beobachten, durchaus zunehmen können.

Die Angestellten und die Patientinnen der Schmerzkliniken

Die untersuchten Angestellten sowie die Patienten der Schmerzkliniken sehen in ihren Kopfschmerzen wie die Angehörigen des alten Mittelstandes und die sportlichen Studierenden ein Naturereignis – das sie allerdings nicht mit Alltagsmitteln, sondern mit medizinischen Verfahren zu kontrollieren suchen. Die Ursache ihrer Schmerzen wird weniger in stofflichen Belastungen gesehen als in Reizen der materiell-natürlichen Umwelt, denen aber ein stofflicher Gehalt gegeben wird. Die Schmerzen werden in der Physiologie des Gehirns verortet und mit medizinischen Theorien belegt. Damit ist der Kopf sowohl Teil des physischen Körpers als auch durch seine elitäre Zuweisung ein symbolisches Organ sozialer Distinktion, insbesondere bei manchen Patientinnen der Schmerzkliniken. Psycho- und Mentaltechniken werden zwar praktiziert, aber sie ordnen sich dem Sinnhorizont der physiologischen Expertentheorie unter und werden nicht in den Kontext therapeutischer Selbstverwirklichung gesetzt. Die in der Klinik erlernte Kopfschmerztheorie besitzt daher einen Distinktionswert gegenüber Personen mit normalen Kopfschmerzen (also gegenüber allen anderen) und bildet die diskursive und praktische Grundlage für ein pathologisches Kollektiv.

Genau wie die Angehörigen des alten Mittelstandes und die sportlichen Studierenden haben die Angestellten und die Schmerzklinikpatienten ein binäres

Schmerzverständnis, das deutlich zwischen Schmerzen und Schmerzfreiheit unterscheidet. Während des Klinikaufenthalts oder in Arztkontakten lernen sie die Idee der chronischen Schmerzen auf ihre Kopfschmerzen anzuwenden, womit aus eskalierten Alltagsschmerzen eine Krankheit wird. Dabei wird die binäre Auffassung (Schmerzzustand versus Schmerzfreiheit) von der Auffassung von Schmerzen als immer möglichem Ereignis, das den Gegensatz zur Schmerzfreiheit bildet, überspielt: Schmerzen sind also nicht mehr nur punktuell (wie in der Gruppe des alten Mittelstandes), sondern beinhalten auch bei aktueller Schmerzfreiheit eine Hintergrunderwartung. Chronische Schmerzen bedeuten nicht nur episodisches, sondern auch immerwährend potenzielles Vorhandensein. Daher besteht die Schmerzbehandlung neben der pharmakologischen Therapie (mit der gleichzeitig die Kopfschmerzidentität inkorporiert wird) in der Reorganisation des Alltags in Form einer Krankenlebensführung. Dem jederzeit möglichen Schmerzausbruch ist durch die von der Medizin legitimierten Maßnahmen vorzubeugen, in deren Zentrum die Vermeidung von Überforderung liegt, worüber die Patienten jederzeit selbst entscheiden können und sollen.

Die medizinische Kopfschmerztheorie leitet die Schmerzdarstellungen an: Die älteren Schmerzbeweise, beispielsweise deutlich erkennbare spontane, nicht kontrollierbare Körperreaktionen wie Verstimmungen, Blässe oder Erbrechen werden durch ein verkörperlichtes Narrativ der Potenzialität der Kopfschmerzen abgelöst. Insbesondere die Migränesemantik überspielt das bisherige Alltagsverständnis von Schmerzen, allerdings nicht für alle Patienten gleichermaßen. Schmerzpatientinnen aus dem Angestelltenmilieu scheinen etwas zugänglicher für die neuen Vorstellungen als Angehörige aus anderen Milieus zu sein. Angestellte, insbesondere aus den Büros, vereinbaren ihre Kopfschmerzarrangements auf den Arbeitsstellen auf der Basis formaler und rechtlicher Ansprüche. Infolgedessen profitieren sie von einer naturwissenschaftlich approbierten Expertentheorie, die die Legitimation der Diagnose und von Vorkehrungen erhöht.

Die pathologische Zuweisung mit ihren neuen Alltagsregeln wird in den sozialen Nahbereichen anerkannt, denn augenscheinlich führen die Reglements zu Erwartungssicherheiten, wenn die ehemals eskalierten Kopfschmerzen nicht mehr die familiäre Ordnung und die Arbeitsroutinen stören. Dennoch werden die Regeln von den Angehörigen und vom Arbeitskollektiv nicht gleichermaßen internalisiert, stattdessen beanspruchen Patientinnen für sich eine medikalisierte Parallelwelt, in der sie neue Distanz- und Zuwendungsregeln bewirken.

Die empfindlichen Angestellten sehen sich weitgehend den Lebensentwürfen, den Normen und den Werten des alten Mittelstands verpflichtet, dem sie auch zugeordnet werden können. So verweisen sie in ihren Aussagen auf ihr Vermögen, Schmerzen auszuhalten, und betonen nachdrücklich ihre Standhaftigkeit, für die sie regelmäßig Beispiele anführen. Warum sie vom alten Ideal abweichen, kann nur vermutet werden. Jedenfalls scheinen die robusten Normen nur unvollständig

inkorporiert zu sein. In ihrer Jugend kam es zu Abweichungen von den Normalentwürfen, oder man ist durch Scheidung, Krankheit sowie Wohnort- oder Arbeitsplatzwechsel der Notwendigkeit ausgesetzt, sich beständig anpassen zu müssen. Gleichzeitig sucht man den sozialen Aufstieg. Die ständigen Anpassungen lassen den inneren »Kreiselkompass« für eine selbstverständliche Orientierung dysfunktional werden. Das alternative Instrument dafür – ein äußerer »Radar« für die anderen in einer Welt voller Aushandlungen – wurde jedoch noch nicht verstanden.

Die medizinischen Deutungsangebote ermöglichen den empfindlichen Angestellten trotz offensichtlicher Abweichung vom robusten Körperideal eine respektable Identität auf Basis der klassischen Krankenrolle, die auf einen chronischen Zustand angewendet wird. Die formalen Krankenarrangements auf den Arbeitsstellen ersetzen offenbar den »Kreiselkompass« und machen individuelle Aushandlungen entbehrlich. Mit der Idee vom elitären Migränegehirn wird Krankenidentität beansprucht, ohne dass der Anspruch auf Leistungsorientierung aufgegeben werden muss.

Die Sozialberufe und das Selbstverwirklichungsmilieu

Die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus haben zwar empfindlichere Einstellungen zum Körper, verorten ihre Schmerzen aber ebenfalls im Alltag. Kopfschmerzen sind weitgehend akzeptierten kommunikativen und atmosphärischen Belastungen geschuldet. Ihre ubiquitären, unbestimmten Ursachen werden in nicht stofflichen Auslösern gesehen, etwa in der Qualität sozialer Beziehungen, intellektuellen Belastungen, Reizen, sinnlichen Erfahrungen sowie Rhythmen und Tagesabläufen. Man findet dafür uneindeutige Metaphern, wie Stress, die variabel anwendbar sind. Allerdings gibt es auch Grenzen der akzeptierten Schmerzdarstellung, die bei einer Übertretung als Abweichung gesehen wird.

Kopf und Körper fallen in dieser Gruppe auseinander, werden aber durch die Idee der Empfindlichkeit wieder miteinander verknüpft. Kopfschmerzen repräsentieren die nicht sichtbaren Belastungen des Körpers und werden aufgrund fehlender materieller Sichtbarkeit als zirkulierendes Narrativ zum Vorschein gebracht. (Im Gegensatz dazu belegen die Angestellten ihre Kopfschmerzen mit wissenschaftlicher Evidenz.) Die narrativ geteilte Deutung hat man sich entweder in der Herkunftsfamilie angeeignet (Sozialberufe) oder als therapeutische Einstellung erworben (Selbstverwirklichungsmilieu). Dabei werden in den jeweiligen Bezugsgruppen (Familie, Arbeitsstelle) Verknüpfungen zu anderen Symptomen der Empfindlichkeit hergestellt und in einem semantischen Netz verwoben, in dem legitime und illegitime Schmerzgesten vereinbart werden, Aushandlungen stattfinden sowie Forderungen gestellt und abgewiesen werden. Das Netz der Empfindlichkeitsgesten stellt sicher, dass Kopfschmerzen und die Reaktion darauf weitgehend er-

wartungsgesättigt sind. Sie sind zwar Störungen der Handlungsabläufe, aber, wie auch bei den Informantinnen des alten Mittelstandes und der Studierenden, keine Katastrophe.

Für den unter Dauerbeobachtung stehenden Körper wird ein kontinuierliches Schmerzverständnis angewendet: So wie man immer Empfindungen hat, hat man auch mal mehr, mal weniger Schmerzen. Der akute Schmerzausbruch ist weitgehend lokal wie zeitlich unbestimmt und wird mit der jeweiligen Situation und Atmosphäre in Verbindung gebracht. Die Schmerzbehandlung ist Schonung und Rückzug, findet aber auch durch Zuwendung oder eine den Schmerzverlauf mimesisierende Behandlung statt, die sozial, pharmakologisch oder als Verhältnis von Aktivität und Ruhe erfolgen kann. In der Regel wird die Ausübung sozialer Rollen weiterhin beansprucht, wobei Schonung und Rückzug, im Alltag eingebaut, nicht als konventioneller Krankenstand gelten, der den gesamten Pflichtenkatalog der Rollenerfüllung außer Kraft setzt.

Schmerzen sind selbstverständlich unangenehm, aber man orientiert nicht auf komplette Schmerzfreiheit, schließlich wird in Empfindlichkeitsnetzen kommuniziert. So wie Schmerzen für die Angehörigen des alten Mittelstandes und die sportlichen Studierenden der Ausdruck körperlicher Belastungen sind, werden Kopfschmerzen von den Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus als Ausdruck kommunikativer Belastungen angesehen. Allerdings sind sie gegenüber den robusteren Milieus (mit ihren Rückenschmerzen) als psychisch etikettierte Disposition durchaus mit einem Distinktionswert belegt.

Im Gegensatz zu den Angestellten und den Schmerzpatientinnen, die Kopf und Körper in einem hierarchischen Verhältnis von Führung und Ausführung anordnen, schreiben die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus dem Körper eigenständige Handlungsfähigkeit und Subjektivität zu, und seine Eigenmächtigkeit (die sich etwa an einem mit Kopfschmerzen einhergehenden Kontrollverlust festmacht) wird nicht sofort pathologisiert. Der Kopf besitzt allerdings die Interpretationshoheit über den Körper.

Die Krankheits- oder besser Empfindlichkeitstheorien speisen sich aus einer Mischung von veralltäglichten therapeutischen Vorstellungen, Elementen der Humoralpathologie, der heterodoxen Medizin und der Biomedizin. Der Schulmedizin gegenüber hat man eine kritische, aber pragmatische Haltung. Die durch diese Wissensbestände unterstützte elaborierte Darstellung von Empfindlichkeiten bewahrt gewissermaßen vor einer institutionellen Psychopathologisierung, von der man sich abgrenzt wissen will, auch wenn durch die therapeutische Orientierung eine semantische Nähe bestehen bleibt. Psychopathologisierungen gelten gewissermaßen als Abweichung von der therapeutischen Norm des authentischen Selbst. Pathologisierungen kommen zwar vor, etwa durch die regelmäßige Konsultation einer Neurologin oder eine psychotherapeutische Behandlung, gelten aber als episodisch und befristet. Jedenfalls schützt das Netz der geteilten Empfind-

lichkeiten im Belastungskollektiv vor einer voreiligen Festlegung auf eine Krankenedentität.

Die Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus entstammen dem alten Mittelstand und arbeiten in mittleren Positionen des Dienstleistungssektors (Feld 1 zu Feld 3). In der Regel sind die Eltern aus dem traditionellen kleinbürgerlichen Milieu aufgestiegen. Im Zuge der therapeutischen Begleitung, sei es durch Literatur, in der eigenen Szene, durch Selbsthilfe oder durch Profis, tauschen unsere Informantinnen ihre robusten Schmerzeinstellungen gegen empfindliche ein und verfeinern ihre Körperaufmerksamkeiten.

Initiiert werden solche Wandlungsprozesse durch die Projektorientierung und Selbstverantwortung in der Arbeitswelt sowie durch den Wandel von Geschlechtervorstellungen. Beides löst erzwungene oder freiwillige Freisetzungen von traditionellen Bindungen aus, die retrospektiv als fremdbestimmte Abhängigkeiten gesehen werden: Bei zunehmenden Restriktionen im herkömmlichen Arbeitsmarkt bietet die Kreativwirtschaft Frei- und sogar Entwicklungsräume für wachsende Individualisierungsanforderungen. Des Weiteren wird durch die Emanzipation der Frau eine selbstbewusstere und selbstverantwortlichere Lebensform gleichsam erzwungen, in denen die Einzelnen auf sich selbst zurückgeworfen sind und vieles vorher Selbstverständliche verhandelt werden muss. Das bezieht sich auch, wenngleich in geringerem Ausmaß, auf Männer. Scheidungen etwa können Männer wie Frauen aus der Bahn werfen, die sich jeweils neu sammeln und ihren Lebensentwurf neu organisieren müssen. Unter guten (oder glücklichen) Voraussetzungen kann das erfolgreich sein, bei schlechteren können Abstiegskarrieren die Folge sein, wie es teilweise im Sample der psychosomatischen Patienten beobachtet wurde.

Selbstverständlich wurden auch Angehörige der Sozialberufe in den Schmerzkliniken vorgefunden (Feld 3 zu Feld 2). Diese nahmen allerdings weniger die medizinischen Theorien mit nach Hause, sondern identifizierten sich eher mit den psychologischen und edukatorischen Behandlungen, die ohnehin an ihr Lebenskonzept anschließen.

Abstiegsprozesse aus dem Selbstverwirklichungsmilieu in ein psychosomatisches Krankenmilieu sind zwar vorstellbar (Feld 3 zu Feld 4), wurden aber im Material nicht gefunden. In diesem Fall wäre der Habitus der Selbstverwirklichung entweder nicht genügend gefestigt oder in einem nicht geeigneten Feld angewendet worden, in dem sich seine Chancen nicht einlösen lassen.

Die Patienten der psychosomatischen Klinik

Für die Patientinnen der psychosomatischen Klinik sind Kopfschmerzen sowohl Alltagserscheinung als auch, in der Deutung der Stressmetapher, ein Indikator von Lebensproblemen. Zunächst überwiegen biomedizinische Vorstellungen: Für die

zumeist aus dem alten Mittelstand stammenden Patienten sind Kopfschmerzen ein Naturereignis mit stofflichen Auslösern, wofür Alltagsmittel zur Hand sind. Eskalierende Lebensprobleme führten die befragten Patientinnen anlässlich üblicher Krankheitsepisoden (und nicht wegen Kopfschmerzen) in die medizinische Dauerbehandlung, bei der Symptome katastrophisiert werden. Allerdings entspricht ihre somatisch orientierte Symptomdarstellung nicht den biomedizinischen Krankheitsmustern, sodass sie zunächst psychiatrisch etikettiert werden, woraufhin aber dann (als sanfter Kompromiss) eine Psychosomatisierung vereinbart wird. Mit der Krankenkariere wird auf der Basis der Krankenrolle die Lösung von Lebensproblemen erwartet, wobei die soziale Abweichung von den robusten Körpernormen des Milieus hingenommen wird.

Im Laufe ihrer Krankenkariere erwerben die psychotherapeutisch angeleiteten Patientinnen neue Aufmerksamkeiten für ihren Körper. Zunächst werden Kopfschmerzen als biomedizinische Diagnose in Anschlag gegen die unerwünschte Psychiatrisierung gebracht, um später in den psychosomatischen Symptomkomplex einzugehen. Sie verlieren dabei ihre distinkt-stoffliche Laienätiologie sowie ihre alltägliche Verortung und werden stattdessen in das Netz der als psychosomatisch etikettierten Empfindlichkeitspathologien eingewoben. Die der Behandlung zugrunde liegenden psychotherapeutischen Vorstellungen werden jedoch eher oberflächlich aufgenommen und nicht (wie etwas im Selbstverwirklichungsmilieu) zu einem therapeutischen Habitus kondensiert. Aufgrund des Fehlens der milieuspezifisch habituellen Unterstützung wird die Suche nach dem authentischen Selbst auch nicht zum Motto eines Lebensstils. Die Unabhängigkeit von anderen ist kein nachhaltiges Motiv, schließlich ist man immer noch dem familiären Kollektiv verhaftet.

Das Beharrungsvermögen der robusten Körpernormen verhindert, dass das neu erlernte psychosomatische Wissen zu einem im Alltag anwendbaren Praxisbestand wird, außer dass sich Patienten hin und wieder aus den üblichen Verpflichtungen zurückziehen. Die Akzeptanz der Etikettierung als psychosomatisch ergibt sich vielmehr aus der Legitimität als Krankheit, die, als Naturereignis betrachtet, weiterhin biomedizinisch interpretiert wird. Zum einem stehen durch das sozialstaatliche Sicherungssystem rechtliche Ansprüche und monetäre Transfers zur Verfügung, mit denen die Lebenslage für die Familien auf niedrigem Niveau stabilisiert wird. Zum anderen beweisen Patientinnen mit der ärztlichen Diagnose die Ehrenhaftigkeit ihrer Invalidität. Je nach Karriere- und Deutungsmuster kommen Kopfschmerzen darin austauschbar als Alltagserscheinung, als distinkte biomedizinische Diagnose oder als Element der zugeschriebenen Empfindlichkeitssemantik ins Spiel. Die Schmerzen werden im Expertennarrativ der biografischen Pathologie verortet, gehen aber nicht in die von den Familien geteilten Empfindlichkeitsnetze ein.

Die soziale Abstiegsdrohung aus dem alten Mittelstand (Feld 1 zu Feld 4) findet im Zusammenhang mit der Volatilität des Arbeitsmarktes statt, vor allem in den unteren Segmenten der Dienstleistungswirtschaft. Dieser Personenkreis hat es für sich nicht geschafft, das Versprechen des alten Mittelstandes auf Stabilität und Sicherheit einzulösen. Stattdessen ist es bei gebrochenen Erwerbsverläufen und wenig Aufstiegs- oder Verbleibchancen schwierig, einen respektablen Lebensstandard zu erreichen. Weil man aber diesen Idealen weiter verhaftet ist und den weiteren Abstieg aufhalten will, wird die Respektabilität in der Krankheit gesucht, womit sich der Lebensstandard durch Leistungen des Sozialstaats auf geringem Niveau sichern lässt. Dies bezieht sich vor allem auf die Älteren, deren Einkommensperspektive bei einer regulären Berentung absehbar ist.

Im medizinischen System muss dann eine Krankendarstellung angewendet werden, mit der man aber aufgrund habitueller Dispositionen wenig vertraut ist. Bei längerem Krankheitsverlauf wird das immer komplexere medizinische Vokabular zunehmend mit psychiatrisch-psychologischem Dialekt eingefärbt. Dementsprechend laufen Erkrankungssymptome und Empfindlichkeitseinstellungen der institutionellen Behandlung hinterher, deren Imperativen man sich eher widerwillig und nur notgedrungen anpasst.

Allzu pessimistisch braucht dieses Milieu jedoch auch nicht gesehen zu werden. Die Jüngeren (und etwas besser Ausgebildeteren) verfügen über das kulturelle Kapital, um die psychosomatischen Wissensbestände produktiv – sozusagen auf Expertenseite – anzuwenden und damit eine abweichende Karriere zu begründen, indem sie berufliche Perspektiven in den Sozialberufen entwickeln (Feld 4 zu Feld 3).

6. Chancen und Risiken der Pathologisierung

In der vorgestellten Typisierung kommen neben soziostrukturellen und kulturellen Wandlungsprozessen auch pluralisierte medizinische und therapeutische Deutungsangebote zum Ausdruck, sowohl in Bezug auf Wissensbestände als auch die Rollen, die jeweils eingenommen werden: Kranke haben die Möglichkeit, ihren Laienvorstellungen weiter anzuhängen, bestenfalls klassische Kranke zu werden, wenn es nicht mehr anders geht. Sie können sich zu Expertenpatientinnen entwickeln, ärztlichen Koryphäen und neuesten Trends folgen und therapeutische Vorstellungen unterschiedlicher Provenienz zum Lebenskonzept erheben. Manche sind aber auch gezwungen, im psychiatrisch-psychologischen Komplex mitzuspielen und dort gänzlich um ihren Selbstwert zu fürchten. Die eingeschlagenen Pfade korrespondieren mit den soziokulturellen Positionen, den vorgefundenen Versorgungsangeboten und den Deutungen der Empfindlichkeit. Sie unterliegen nicht der individuellen Entscheidung, sondern sind immer schon in Strukturen eingebettet. Abschließend werden einige weitere Verallgemeinerungen in Bezug auf Kopfschmerzen vorgeschlagen.

Es wurde herausgearbeitet, dass die Grenzlinien zwischen Normalverhalten (Gesundheit) und Abweichung (Krankheit) heute unspezifisch und variabel verlaufen und auch nicht mehr eindeutig von der Medizin definiert werden. Was Abweichung ist, steht zur Disposition, wird ausgehandelt und folgt situativen, individuellen und kollektiven Optimierungsinteressen sowie soziokulturellen Lagen. Krankheitsvorstellungen und das darauf bezogene Krankheitshandeln scheinen fluide geworden zu sein, das wurde anhand der Kopfschmerzen deutlich gemacht, die in sozialen Situationen moduliert und bewertet werden. Es sei allerdings hinzugefügt, dass es trotz der zunehmenden Graubereiche weiterhin Kernbereiche für die Zuweisung von Normalität und Pathologie gibt. Komplett fluide, unscharf und zufällig sind die Symptome (und ihre Bewertung) daher nicht, da sie sowohl in den sozialen und medizinischen Milieus als auch in den Krankenkarrerien eine relativ stabile Statur einnehmen.

Aus dem neuen Verhältnis von Norm und Abweichung ergeben sich jedenfalls neue Pathologisierungschancen. Dauerhaft von der Norm abweichende Empfindlichkeiten wie Schmerzen, Unzufriedenheit, unangemessene Aggression oder feh-

lende Zuwendung werden nicht mehr mit Alltagsmitteln bekämpft, sondern in Expertenhande gegeben. Es können zwei Logiken identifiziert werden, nach denen sie als Pathologien ausgewiesen und die neuen Krankenrollen ausgestaltet werden: zum einen das therapeutische Narrativ, das sich an einer neuen Bedeutung des Selbst und der Selbstorganisation orientiert, zum anderen das biomedizinische Paradigma, das mit neuen physiologisch-genetischen Vorstellungen neue Kollektive hervorbringt. Hinzugefügt sei, dass beide Diskurse sich überlagern und gegenseitig verstärken und dass innerhalb ihrer Felder auch die anderen Praktiken jeweils vorzufinden sind.

Die Krankheiten des Selbst: Opfer und Überlebende

In den Empfindlichkeitsdispositionen wird Subjektivität in ihrer abweichenden Form als Pathologie formiert und geht so in das gesellschaftliche Spiel ein. Diese Pathologisierung des Selbst ist allerdings gefährlich, denn damit rückt es in die semantische Nähe des Wahnsinns und der Gesellschaftsunfähigkeit, wenn Wirklichkeitskonstruktionen nicht mehr geteilt werden (Goffman 1973a, Dellwing 2008, Scheff 1972). Zudem besteht die Tendenz, die Schuld für die Krankheit bei sich selbst zu suchen, während der Körper in der konventionellen Krankheitsvorstellung entsubjektiviert ist, was bei Kranken und Gesunden für Entlastung sorgt.

Das therapeutische Skript liefert für die Frage der Schuld, der Selbstzuschreibung sowie im Hinblick auf das Risiko des Wahnsinns nun eine institutionell anerkannte Lösung: Schlechte, nicht authentische und falsche Gefühle sowie Abhängigkeit sind ungesund und bilden die Grundlage für neue Krankheitsdeutungen (z.B. Niewöhner et al. 2008). Als Krankheit wird die abweichende Empfindlichkeit aber auch externalisiert, indem hohe Anforderungen durch andere als legitime Ursache von Leistungsunfähigkeit anerkannt sind. Das Kalkül der Therapie besteht darin, die Ursachen den »sozialen Umständen« zuzuweisen, als deren Opfer sich die Patienten zu sehen lernen (Illouz 2009: 309f.).

Die Idee des Opferseins wird regelmäßig in psychologischen Schulungen weitergegeben, was auch in der vorliegenden Studie beobachtet wurde, sie ist zudem bereits massenmediales Allgemeingut. Dazu schreibt Illouz (2009: 310):

Die therapeutische Erzählung ist aus dem Umstand hervorgegangen, dass das Individuum zunehmend von einer mit dem Begriff der Rechte gesättigten Kultur umgeben ist. Das therapeutische Ethos stellt das Vokabular und die Grammatik zur Verfügung, um einen Anspruch auf »Anerkennung« zu artikulieren, den Anspruch, dass privates Leiden öffentlich anerkannt und geheilt werden sollte. [...] Dieser Mechanismus kann aus Leiden eine Opferrolle machen und aus der Opferrolle eine Identität.

Illouz weist auf die Kontingenz dieses Prozesses hin: Nicht jede Person, die eine Therapie aufsucht, nimmt für sich die Vorstellung des Opfers der Umstände in Anspruch. Viele Patienten erwarten eine konventionelle Behandlung ihrer Beschwerden und dass sie anschließend gesund sind. Vor allem Angehörige des alten Mittelstandes, aber auch des empfindlicheren Selbstverwirklichungsmilieus sehen sich nicht notwendigerweise in der Rolle eines Opfers. Die präsentierten Fallgeschichten aus der Psychosomatik zeigen jedoch auch, dass mit der Figur des Opfers moralische Probleme in Krankheiten übersetzt werden, wobei sich folgende Differenz etabliert: Leistung wird dem Ich zugeschrieben, Leistungsunfähigkeit dagegen externalisiert und die Verantwortung dafür anderen zugeschoben. Leistung ist nicht mehr von einer abstrakten und überpersönlichen Arbeits- und Lebensethik abhängig, sondern liegt an der ureigenen Individualität, die mit der therapeutischen Erzählung zu Tage gefördert wird. Dagegen werden pathologisch etikettierte Formen des emotionalen Ausdrucks qua Therapie aus dem Selbst herausoperiert und mit den Umständen (den sozialen Verhältnissen) identifiziert, in denen es sich befindet. Darüber hinaus kann eine Opferrolle Gewinn abwerfen, indem eine »symbolische Entschädigung« (Illouz 2009: 310) – die auch eine materielle Form haben kann – gefordert und gewährt wird.

Die Krankenrolle nach dem therapeutischen Skript ist indes von einer Doppelstruktur: Den Opferstatus können nur diejenigen effektiv ins Spiel bringen, die sich gleichzeitig als Überlebende ihrer Misere präsentieren, die etwa in Selbsthilfegruppen oder in Therapien hart an sich arbeiten, um ihr Problem zu lösen. Das Selbst, so Illouz (2009: 311), »ist in höchstem Maße für seine Selbsttransformation verantwortlich, wird jedoch für seine Defizite moralisch nicht verantwortlich gemacht«. Sie fasst zusammen (Illouz 2009: 327):

Der Grundpfeiler des großen therapeutischen Gebäudes ist also Selbstveränderung, die nur stattfinden kann, wenn zuvor Übel und Leiden definiert, etikettiert und kategorisiert wurden. Diese zweigleisige narrative Struktur bringt ihrerseits die zweigleisige moralische Welt heutiger Männer und Frauen hervor, in der sowohl Opfer als auch jene gefeiert werden, die ihre Notlage überwunden haben. Die duale narrative Struktur von »Opfern« und »Überlebenden« ist eine moralische Struktur, die dem Selbstsein einen moralischen Status verleiht.

Das Kalkül für die Plausibilisierung von Empfindlichkeit als Pathologie sowie als Darstellung von Subjektivität läuft über die Doppelrolle Opfer/Überlebender, die als Kern der Neuformulierung der Krankenrolle gelten kann. Mit der Figur des Opfers korrespondiert die Figur des Überlebenden, die dem Leiden durch den Willen, Individualität herauszuarbeiten, einen Sinn gibt. Krankheitshandeln ist nicht mehr ausschließlich dadurch motiviert, die Krankheit zum Verschwinden zu bringen, es ist vielmehr auch eine Suche nach sich selbst. Die Leistung besteht in der wiedererlangten Fähigkeit, sich als authentisch gefühltes Selbst darzustellen, was

als Überleben des Selbst apostrophiert wird, wobei mit dem therapeutischen Imperativ zu kooperieren ist. Das Überleben des Körpers, das semantische und praktische Motiv in den Knappheitsgesellschaften bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, wird auf diese Weise in die Idee vom Überleben des Selbst ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts transformiert.

In der Doppelrolle Opfer/Überlebender verschiebt sich die Betonung von der Pflichtenseite der Krankenrolle (der Notwendigkeit zur Mitarbeit und dem Gesundungswillen) auf die Seite der Krankenrechte (das Recht auf Zuwendung und auf Entlastung von den Alltagsanforderungen): Die Figur des Opfers repräsentiert die Unschuld an der Krankheit, die Entpflichtung davon, Symptome umständlich im Selbstreport plausibilisieren zu müssen, sowie das Recht auf ein selbstbestimmtes (also nicht mehr durch Ärztinnen sanktioniertes) Moratorium vom Alltag. Die Figur des Überlebenden wiederum repräsentiert die Pflichtenseite: die Anstrengung im Sinne des therapeutischen Narrativs, kooperativ an der authentischen Individualität mitzuarbeiten. Wird diese Pflicht erfüllt, lassen sich wiederum vielfältige Ansprüche erheben.

Die neue Identität muss beide Rollen austarieren, das ist ein Spiel mit Wagnissen: Das Opfer repräsentiert die Abweichungen und Unsicherheiten, was schnell gelernt ist. Das Risiko besteht allerdings darin, dass an der Rolle festgehalten wird und man eben nicht aus eigener Kraft aus der Misere herauszukommen meint, sodass die Transformation zum Überlebenden scheitert. Dies lässt sich im Sample der psychosomatischen Patientinnen erkennen. Im Rollenanteil der Überlebenden wird das Opfer relativiert und der durch Therapie erlernte Überschuss an Subjektivität in neue Lebensentwürfe eingebracht. Subjektivität – in Form des symbolischen Kapitals an Empfindlichkeiten – muss daher hervorgebracht bzw. vorhanden sein, was deren Aneignungsfähigkeiten voraussetzt. Insofern zeigt sich im »emotionalen Feld« die Distinktionswirkung emotionaler Ausdrucksfähigkeit zwischen Personengruppen mit unterschiedlichen Voraussetzungen der Aneignung des emotionalen Kapitals (vgl. Illouz 2009).

Krankheit (als institutionelle Zuweisung) ist dabei nicht einfach ein naturhafter Zustand, sondern steht für die Bearbeitung des Selbst. In der Krankheit spiegelt sich solcherart das sich optimierende Selbst wider, indem die Symptome in die Semantiken der Selbstbeschreibung eingehen. Therapeutinnen leiten dieses Narrativ an, machen sich die Optimierungsinteressen ihrer Patienten zunutze und zähmen die Wagnisse im neuen Identitätsspiel. Therapie und Selbsthilfe bieten »als eigenständiger Diskurs, als kommunikative Gattung und als soziokulturelle Institution« (Maasen 2011: 15) den organisatorischen und kollektivierenden Rahmen, in dem Subjektivität zu einem öffentlichen Gut wird und sich institutionalisiert. Mit der Deutung ihres Leidens als Krankheiten des Ichs verorten sich die Patienten nicht mehr allein im biomedizinischen Modell, sondern wenden darauf die therapeutische Erzählung an (Illouz 2009).

Kranke als Eliten: Patientenkollektive

Allerdings hat auch das biomedizinische Modell nicht ausgedient, denn die Pathologisierung von Empfindlichkeiten muss nicht notwendigerweise nach dem therapeutischen Skript organisiert sein. Erinnerung sei an die Teilstudie zur neurologischen Behandlung der Kopfschmerzpatientinnen, deren Krankheitstheorie sich aus der Genetik und der Physiologie speist, mit denen Symptome der Empfindlichkeiten in einen biomedizinischen Bedeutungszusammenhang überführt werden. In der pathologischen Semantik ist die Biomedikalisierung das Pendant zum therapeutischen Skript, korrespondierend mit der Vorstellung einer Dichotomie von Körper und Geist. Zielt das therapeutische Skript ganz unmittelbar auf das Selbst und dessen emotionale Ausdrucksfähigkeit, geht es der Biomedizin nicht nur konventionell um eine Heilung des Körpers, sondern neuerdings auch um dessen Optimierung (z.B. Heyen 2018).

Allerdings wird damit ein Umweg beschritten, denn die neuen Körperdeutungen zielen ebenfalls auf das Selbst, nur wird dabei ein geringeres Wagnis eingegangen. In den medizinischen Denkweisen kommt es jedenfalls zu Veränderungen: Im Gegensatz zum älteren Modell der konventionellen Medizin geht es der neueren Medizin nicht mehr um Heilung bzw. Wiederherstellung eines als krankhaft definierten Zustandes, sondern um einen verbesserungsbedürftigen Körper, dessen Defizite und Potenziale Patienten und Ärztinnen gemeinsam abstimmen (z.B. Sauter und Gerlinger 2012, Wagner 2017). Die neuere Medizin stattet ihre Kranken mit physiologischen Expertentheorien aus, womit sie ihren Alltag gestalten und bei Bedarf einen Krankenlebensstil führen können. Ausgehend vom szientistisch definierten Körper, werden Symptome und Diagnosen bei Bedarf auch auf das Selbst angewendet. Wann und ob solche Krankheitstheorien aufgenommen werden, hängt von den Kontingenzen der Krankenkarrerien, der Lebenslagen und der Lebensentwürfe ab.

Die gegenseitige Abstimmung von Krankheitstheorien, Körperpraktiken und Lebensentwürfen wird vom Krankenkollektiv unterstützt. Während die Medizin des 19. und 20. Jahrhunderts Kranke voneinander getrennt hat, um Symptome und Ätiologien zu identifizieren, auf deren Grundlage Nosologien entwickelt und Behandlungen durchgeführt wurden (Foucault 1973), unterstützt die neuere Medizin die Vergemeinschaftung der Kranken, sie werden nicht mehr voneinander abgeschirmt, sondern in Kollektiven desselben Symptomtyps in den Kliniken zusammengeschlossen, wodurch sie die Möglichkeit erhalten, sich vielgestaltig untereinander auszutauschen. So entstehen aufgeklärte mündige Expertenpatientinnen, was der Medizin wiederum vielfältige Erkenntnisgewinne gestattet, wenn sie die Patienten selbst als Beobachter und Organisatoren ihrer Krankheit einstellt (z.B. Jellen et al. 2018, von Reibnitz et al. 2001). Die vorliegende Studie zeigt jedenfalls,

dass sie durch den Austausch untereinander ihre Symptomaufmerksamkeit schärfen und sich auf ihre Krankheiten abonnieren können.

Auf die neuen Kollektivierungen lässt sich das Konzept der »Biosozialitäten« von Paul Rabinow (2004) anwenden. Demnach werden Krankheiten als neue Normen von anzuerkennenden Identitäten verhandelt, mit denen Ansprüche öffentlich durchgesetzt werden. Im Rückgriff auf die im Rahmen der Science and Technology Studies entwickelten Konzepte der Hybridisierung von Natur und Kultur (vgl. Belliger und Krieger 2006) wird postuliert, dass sich die Kategorien des Sozialen und der Natur als eigenständige ontologische Bereiche zunehmend auflösen. Rabinow (2004: 139) prognostiziert, dass »die Natur in der Biosozialität auf der Grundlage von Kultur modelliert werden [wird]«. Mit dem Auflösen der Differenz von Natur und Kultur wird auch das Verhältnis von normal und pathologisch ein fluider Gegenstand in den Diskursen. So werden biomedizinische Verfahren nicht mehr nur als Behandlung kranker Körper zum Zwecke der Heilung, sondern auch als Verbesserung (»Enhancement«) weitgehend gesunder und unbeeinträchtigter Körper gesehen. Menschliche Körper sind nicht mehr naturhaft, sondern stehen zur Disposition, egal ob sie krank, gesund oder gar sterbend sind. Wehling et al. (2007: 548) schreiben dazu, dass sich »infolgedessen [...] auch die alltagsweltliche Wahrnehmung von ›Krankheit‹ als Abweichung von einem natürlichen normalen Zustand des menschlichen Körpers aufzulösen [beginnt]«.

Auf der Basis von als verbesserungsbedürftig etikettierten Körpern bilden sich kollektive Identitäten, in deren Mittelpunkt leidvolle Symptome, physiologisch definierte Pathogenesen und genetische Dispositionen stehen. Unterstützt durch die neuen Krankheitstheorien werden so auch Empfindlichkeitsdispositionen mit Krankheitswerten belegt und persönliches Betroffensein kollektiviert. Dabei kommt es durchaus zu Überschneidungen mit dem therapeutischen Diskurs, der virtuos eingesetzt werden kann. Auf der Suche nach Anerkennung werden die Pathologien der Empfindlichkeiten in Anschlag gebracht, Identitäten formiert und dafür nach organischen Ursachen gesucht.

Die Kranken setzen mithilfe expertieller Krankheitstheorien ihre Sicht der Welt durch. Zuschreibungen, die diese Wahrheiten infrage stellen, werden als falsch und irreführend ausgewiesen. Der Zweifel an der Glaubwürdigkeit ihrer Krankendeutung verstärke gar noch ihre Leiden und führe weiter in die Pathologie, so wird behauptet. In den Krankheitstheorien erkennt man sich wieder, sie stellen nicht nur Authentizität her, sondern sorgen auch für Besonderheit und Selbsterhöhung. Abgewiesen wird das Alltägliche und Ubiquitäre der Missempfindung. Die biomedizinische Deutung verhindert zudem die persönliche Zuschreibung am Verschulden und errichtet eine Barriere zur Geisteskrankheit sowie zur genetischen Degeneration, wie sich auch am Beispiel der Migräne beobachten lässt (vgl. auch Kempner 2014).

Anhand der neurogenen Migränetheorie lässt sich etwa darstellen, dass Migräne zwar häufig vorkommt, aber trotzdem Individualität beansprucht, weil man an besonderen Symptomen leidet, nicht an ganz normalen Kopfschmerzen. Wenn gleich »Volkskrankheit«, ragt man mit »seiner« Migräne aus der Masse heraus. Auch sei Migräne keine Krankheit eines bestimmten Persönlichkeitstyps, wie es etwa eine psychoanalytisch informierte Theorie formulieren würde, denn sie ist eine Organkrankheit und keine Wahnidee. Das Beispiel macht deutlich, dass Krankheiten ihre Patienten mit besonderen Empfindlichkeitsqualitäten einer Leistungselite ausstatten können. Aus physiologischen (nicht psychologischen) Abweichungen werden Verhaltens- und Persönlichkeitsdispositionen mit ausgeprägten Legitimitätswirkungen.

Krankheiten und körperliche Abweichungen werden zum Kristallisationskern von entsprechenden Moralunternehmungen. Die Patientenvereinigungen gehen vielfältige Koalitionen zu Expertenorganisationen, Politik, Wirtschaft, Bildung, Wissenschaft, Medien und Medizin ein, deren Interessen ebenfalls berücksichtigt und mit denen Ansprüche auf der gemeinsamen Basis des neuen Krankheitsbegriffs durchgesetzt werden. Tatsächlich bildeten sich in den letzten 20 Jahren aus der Selbsthilfebewegung Patientenorganisationen, die nicht mehr nur einen alltagsweltlichen Zusammenhalt bieten, sondern sich auch zunehmend politisch engagieren (Beispiele dafür in Lemke 2010: 28ff.).

Diese Krankheitsvorstellungen sind ideologisch unterfüttert und Gegenstand einer öffentlichen Identitätspolitik, in der Empfindlichkeitskollektive ihre Interessen, insbesondere nach Anerkennung, durchzusetzen versuchen. Krankheiten werden zum Transportbehältnis für kollektive Identitäten und sind mit einem hohen Skandalisierungspotenzial versehen. Die Leidensdimensionen würden regelmäßig unterschätzt, sowohl bei den »Volkskrankheiten« als auch bei seltenen Krankheiten. In jedem Fall wird Unterversorgung und mangelnde öffentliche Aufmerksamkeit angeklagt. Um einzelne Krankheiten herum organisieren sich Patientinnen und skandalisieren die mit ihren Beeinträchtigungen einhergehenden persönlichen Leiden als zentrales Gesundheitsproblem. Bei dieser Transformation auf die politische Bühne werden immense soziale wie ökonomische Kosten ins Spiel gebracht – die soziale Isolation der Betroffenen, die Kosten für belastete Familien oder eben rein monetär im Erwerbs- und Gesundheitssystem. Vor dem Hintergrund von Gerechtigkeitspostulaten wird die fehlende Anerkennung als krank machende Benachteiligung angeklagt und die Notwendigkeit der Emanzipation des Krankenkollektivs begründet.

Risiken der Synthetisierung des Selbst

In psychologischen und medizinischen Komplexen, deren Wirkungen sich gegenseitig verstärken, sind Patientinnen nicht mehr die Gegenspieler von Therapie-

ten und Ärztinnen (wie noch im Bürgertum des 19. Jahrhunderts), die von der Behandlung überzeugt werden müssen, sondern Mitspielende. Krankheit wird nicht mehr relativiert, sondern Körper und Empfindungen als auf Dauer verbesserungsbedürftig anerkannt. Das neue Geflecht von Medizin und Psychologie konstituiert dafür neue Normen, die Legitimität erhalten, und neue Identitäten, die Anerkennung beanspruchen. Gänzliche Heilung (also das Verschwinden der Krankheit) würde bedeuten, Identitäten abzuerkennen, die konventionell gesehen auf einer Abweichung ruhen, und ist deshalb vielfach nicht angestrebt, stattdessen eine Optimierung, ohne dass der Basisbestand an pathologisierungsfähigen Empfindlichkeitsdispositionen aufgegeben wird. Insofern organisiert die Empfindlichkeitsmedizin die Abweichung von den Normen der Selbstoptimierung (z.B. Bröckling 2007, Hardering 2011, Neckel und Wagner 2013).

Empfindungen sind dabei weder spontan, noch verflüchtigen sie sich. Genauso wie in optimierten Erlebnis- und Therapiewelten positive Erlebnisse als stabile und abrufbare Inhalte institutionalisiert sind, stellen die neuen Krankheitsdeutungen Missempfindungen und Unwohlsein als stabile und zeitresistente Erfahrungsgelände auf Dauer. In der Form von Pathologien werden sie in Karrieren des Körpers und seines Erlebens überführt, in Sprache kanalisiert, die Verständigung ermöglicht, in Lebensentwürfe integriert sowie als eigene Gruppe (mit den gleichen Symptomen) gegenüber anderen (ohne oder mit falschen Symptomen) definiert. Die neuen Deutungen bieten Antworten für das schwer durchschaubare Verhältnis von Normalität und Pathologie. Über mediale Inszenierungen, Expertenwissen und Expertenpraktiken werden institutionell zugewiesene Aufmerksamkeiten zu Alltagsbeständen von Empfindungen. Wie genau dieser Prozess abläuft und welche Pfade im Einzelnen eingeschlagen werden, ist abhängig von den sozialen und medizinischen Milieus, in denen die Abweichungen ausgetragen werden, den biografischen Entwürfen, der Lebenssituation sowie den Praktiken und Semantiken der Empfindlichkeit.

Die neuen Handlungskalküle sind Reaktionen auf eine Diskrepanz: Einerseits haben sich Krankheiten und soziale Probleme, die mit existenzgefährdender Handlungsunfähigkeit einhergehen, seit den letzten 150 Jahren erheblich reduziert. Dadurch aber rückten mehr und mehr Krankheiten der Empfindlichkeiten in den Blick der Öffentlichkeit, die mit dem parallel wachsenden Wohlstand korrespondieren, der zwar ungleich verteilt ist, aber von dem auch die unteren Schichten profitieren, wenngleich in geringerem Ausmaß als die oberen Schichten. Trotz der Beschleunigung und Verdichtung des Lebens muss konstatiert werden, dass heute weitaus komfortabler gelebt wird als zu Beginn der Moderne (Schröder 2018). Doch paradoxerweise werden die neuen Krankheiten, die für Leib und Leben weitaus weniger gefährlich sind als die der Knappheitsgesellschaften, heute offenbar in viel geringerem Maße hingenommen. Vielmehr wird ihnen weitaus

mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den Infektionskrankheiten des 19. und 20. Jahrhunderts.

Dieser Widerspruch zwischen objektiv verbesserten Lebensbedingungen und zunehmender Klage ist eines der unterschiedlichen Handlungskalküle in Knappheits- und in Überfluggesellschaften. Die Handlungsoptionen in Knappheitsgesellschaften sind begrenzt, überschaubar und beziehen sich vor allem auf die Ökonomie der unmittelbaren Existenzsicherung, die seit dem 19. Jahrhundert über den Markt organisiert ist. Damals stand die Masse der sich kollektiv organisierenden unterdrückten (aber freien) Arbeiter und Arbeiterinnen den (weitgehend) Einzelnen der Unternehmer und Geschäftsleitungen gegenüber. Die Logiken darin sind verhältnismäßig einfach über Angebot und Nachfrage zu verstehen, und alle Lebensbereiche wurden unmittelbar den Marktgegebenheiten (und nicht mehr der Tradition oder der Religion) untergeordnet. Das Leben unter Überflussbedingungen bringt dagegen Optionen hervor, die nicht mehr ohne weiteres einzig mit den älteren finanzökonomischen Marktmechanismen bewältigt werden können. Erwerbs- und Familienbiografien sind selbst zu steuern und zudem nicht mehr automatisch aufeinander abgestimmt. Das Konsum- und Erlebnisverhalten folgt ebenfalls Distinktionslogiken. Existenzsicherung ist inzwischen eine ganz selbstverständliche Hintergrunderwartung geworden (wozu auch die Sicherheit des Lebens gehört), die in den gesellschaftlichen Unterbau eingegangen ist, über den kaum jemand mehr nachdenkt. Die Idee, dass man nicht überleben könne, wird zu einer in den Raum der Psychiatrisierung verwiesenen Randerscheinung. In den Wohlstandsgesellschaften gibt es nicht nur einen Überfluss an Konsum, sondern mit den vielfältigen Angeboten auch einen Überfluss an Entscheidungsnotwendigkeiten. Neben ökonomischen Märkten existieren Märkte für Kunst, Freizeit, Kommunikation, Partnerschaft, Ideologien, Lebensentwürfe und Lebensstile mit ihren mannigfaltigen Angeboten und Wahloptionen. Neben Geld treten andere Währungen: Zeit, Körpertechniken, Emotionen und Aufmerksamkeit, die es zwar schon immer gab, die nun aber auseinandertreten und eigene Bereiche mit eigenen Kalkülen beanspruchen. Es sind nun nicht mehr nur die Güter zu wählen, sondern auch die Prinzipien und die Prioritäten zu bestimmen, nach denen zu entscheiden ist, sowie die Art und die Höhe der Währungen, in denen bezahlt wird für die Optimierung des Reichtums, des Wissens, der Kommunikation, des materiellen Konsums, des Körpers oder der sozialen Kontakte. Für die Synthetisierung dieser unterschiedlichen Logiken zu einem Gesamtentwurf müssen die Mitglieder einer Gesellschaft ausgerüstet sein.

Die Gesellschaft der »riskanten Freiheiten« (Beck und Beck-Gernsheim 1994) überfordert allerdings einige ihrer Angehörigen und gaukelt ihnen im Missverständnis ungehinderter Freiheiten die uneingeschränkte Teilnahme an diesen Spielen vor, obwohl sie weder deren Handlungs- und Distinktionslogiken verstehen noch die Fähigkeiten und Ressourcen (Kapitalsorten und -höhe) dafür

besitzen. Beim Versuch mitzuspielen überschulden sie sich und ihren Körper und suchen den für legitim gehaltenen Ausweg in der Krankheit. Zu viele Angebote, zu viele Kombinationsmöglichkeiten und zu viele Währungen lähmen die Gestaltungskompetenzen.

Doch eines haben wir in jedem Fall: unseren Körper, von dem alles ausgeht, mit dem wir handeln, der aber nun auch Gegenstand gewählter Veränderungen ist. Der Körper ist das, was uns bleibt, auf ihn können wir uns beziehen, wenn wir zwischen den Optionen zu entscheiden haben. Im Versuch, in einer komplexen Welt Komplexität zu reduzieren, wird sich auf den »Körper als Träger des Selbst« (Field 1978) festgelegt – wenn gar nichts mehr geht, eben auf einen kranken, verbesserungsbedürftigen oder empfindlichen Körper. Er ist der Resonanzraum, in dem sich Biografien erzählen und Lebensentwürfe entwickeln lassen. Schließlich ist der Körper manipulierbar und ebenfalls Gegenstand von Entscheidungsprozessen.

Literaturverzeichnis

- Abraham, A. (2006): Der Körper als Speicher von Erfahrung. In: Gugutzer, R. (Hg.): body turn. Bielefeld: transcript: 119-139.
- Ahrens, A., Hasenbring, M., Schultz-Venrath, U., Strenge H. (Hg.) (1995): Psychosomatik in der Neurologie. Stuttgart: Schattauer.
- Albrecht, H. (2015): Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte. München: Patloch.
- Alexander, F. (1950): Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter.
- Anhorn, R., Balzereit, M. (Hg.) (2016): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS.
- Aries, Ph. (2007): Geschichte der Kindheit. (16. Aufl.) München: dtv.
- Aster, H-Ch., Sommer, C. (2019): Chronischer Schmerz und Gesellschaft. In: Schmerz (33): 183-184.
- Azoulay, I. (2000): Schmerz. Die Entzauberung eines Mythos. Berlin: Aufbau.
- Bahl, F. (2014): Lebensmodelle in der Dienstleistungsgesellschaft. Hamburg: Hamburger Edition.
- Baszanger, I. (1989): Pain: Its experience and treatment. In: Social Science and Medicine (29): 425-34.
- Baszanger, I. (1998): Inventing pain medicine. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Baune, B.T., Krämer, L.A. (2001): Das chronische Schmerzsyndrom aus Sicht der Gesundheitswissenschaften. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (9): 364-384.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (1990): Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hg.) (1994): Riskante Freiheiten. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Belliger, A., Krieger, D.J. (Hg.) (2006): ANThology. Bielefeld: transcript.
- Bendelow, G., Williams, S. (1995a): Transcending dualism: towards a sociology of pain. In: Sociology of Health and Illness (17): 139-165.
- Bendelow, G., Williams, S. (1995b): Pain and the mind-body dualism: A sociological approach. In: Body & Society (1): 83-103.

- Berger, P.L., Berger, B., Kellner, H. (1973): *The homeless mind*. New York: Random House.
- Berger, P.L., Luckmann, Th (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bernstein, B. (1982): *Beiträge zu einer Theorie des pädagogischen Prozesses*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Birklein, F., Baron, R., Gaul, C., Maihöfner, C., Rommel, O., Straube, A., Tölle, T., Wasner, G. (2016): Schmerz – ein vernachlässigtes neurologisches Thema. In: *Nervenarzt* (87): 609-615.
- Bischoff, C., Traue H.C. (2004): *Kopfschmerzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bischoff, C., Zenz, H., Traue, H.C. (2003): *Kopfschmerz*. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, Th v., Wesiack, W. (Hg.): *Psychosomatische Medizin*. (6. Aufl.) München: Urban und Fischer: 817-833.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2001): *Chronischer Schmerz – Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten*. Bonn: BMFG.
- Böhle, F., Glaser, J. (Hg.) (2006): *Interaktion in der Arbeit*. Wiesbaden: VS.
- Boltanski, L. (1976): *Die soziale Verwendung des Körpers*. In: Kamper, D., Rittner, V. (Hg.): München: Hanser: 138-193.
- Bonica, J.J. (1990): *Definitions and taxonomy of pain*. In: Bonica, J.J. (Hg.): *The management of pain* (Vol. 1 & 2). Philadelphia: Lea & Febiger: 18-27.
- Bonica, J.J. (Hg.) (1990): *The management of pain* (Vol. 1 & 2). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Borsook, D., May, A., Goadsby, P.J., Hargreaves, R. (Hg.) (2012): *The migraine brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1982): *Die feinen Unterschiede*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1997): *Die männliche Herrschaft*. In: Dölling, I., Krais, B. (Hg.): *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 153-217.
- Bourdieu, P. (1999): *Sozialer Sinn*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bröckling, U. (2007): *Das unternehmerische Selbst*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Brodwin P E (1992): *Symptoms and social performances*. In: Good, M.-J. D., Brodwin, P.E., Good, B.J., Kleinman, A. (Hg.): *Pain as human experience*. Berkeley: University of California Press: 77-99.
- Bude, H. (2008): *Die Ausgeschlossenen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bude, H. (2014): *Gesellschaft der Angst*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bude, H. (2016): *Das Gefühl der Welt*. München: Hanser Verlag.
- Buytendijk, F.J.J. (1948): *Über den Schmerz*. Bern: Huber.

- Calnan, M., Wainwright, D., O'Neil, C., Winterbottom, A., Watkins, C. (2007): Illness action rediscovered: A case study of upper limb pain. In: *Sociology of Health and Illness* (29): 321-346.
- Castel, R., Castel, F., Lovell, A. (1970): *Psychiatisierung des Alltags*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Connell, R. (1999): *Der gemachte Mann*. Opladen: Leske + Budrich.
- Corbin, J., Strauss, A.L. (1983): *Weiterleben lernen*. München: Piper.
- Cremerius, J. (1978): *Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Curry, T.J. (1993): A little pain never hurt anybody. In *Symbolic Interaction* (16): 273-290.
- D'Andrea, G., D'Arrigo, A., Carbonare, M.D., Leon, A. (2012): Pathogenesis of migraine: Role of neuromodulators. In: *Headache* (52): 1155-1163.
- Das, S. (1995): *Humoralpathologische Aspekte ganzheitlicher Schmerztherapie*. Bad Hersfeld: Neuromedizin Verlag.
- Davidoff, L.M. (1953): Migräne. In: Pinner, M., Miller, B.F. (Hg.): *Was Ärzte als Patienten erlebten*. Stuttgart: Gustav Kilpper: 120-126.
- Degele, N. (2006): Sportives Schmerznormalisieren. In: Gugutzer, R. (Hg.): *body turn*. Bielefeld: transcript: 141-161.
- Degele, N. (2008): Normale Exklusivitäten. In: Villa, P.I. (Hg.): *schön normal*. Bielefeld: transcript: 67-84.
- Dellwing, M. (2008): »Geisteskrankheit« als hartnäckige Aushandlungs-niederlage. In *Soziale Probleme* (19, Heft 2): 150-171.
- Dethlefsen, Th., Dahlke, R. (2015): *Krankheit als Weg*. München: Goldmann.
- Deutscher Bundestag (2013): *Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen*. Bundestagsdrucksache: 17/14631.
- Douglas, M. (1974): *Ritual, Tabu und Körpersymbolik*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dreßke, St. (2010): Soziale Problemarbeit in der medizinischen Rehabilitation. In: Gronemeyer, A. (Hg.): *Doing social problems*. Wiesbaden: VS: 201-219.
- Dreßke, St. (2016): Alltagsdeutungen und medizinische Deutungen von Kopfschmerzen und Migräne bei Angehörigen von Produktions- und von Dienstleistungsberufen. In: *Der Schmerz* (30): 333-338.
- Dreßke, St., Ayalp, T. (2017): Lebensschmerz – Verkörperungen des Historischen. Biographische Leidens- und Lebenserfahrungen Hochaltriger. In: Keller, R., Meuser, M. (Hg.) (2017): *Alter(n) und vergängliche Körper*. Wiesbaden: Springer VS: 209-231.
- Dreßke, St., Göckenjan, G. (2009): Schmerz und Rollenübernahme. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik* (Jg. 33, Heft 3): 91-109.
- Dreßke, St., Ohlbrecht, H. (2019): Alltagswissen über Gesundheit, Krankheit und Körper aus soziologischer Perspektive. In: *Klinische Sozialarbeit* (15, Heft 3): 7-9.

- Dreßke, St., Schadow, S. (2018): Das empfindliche Gehirn. Deutungen von Migräne in einem Internetselbsthilfeforum. In: Hartung, A., Vollbrecht, R., Dallmann, Ch. (Hg.): Körpergeschichten. Baden-Baden: Nomos: 109-126.
- Dross, F., Metzger, N. (2018): Krankheit als Werturteil. In: APuZ (24/2018): 4-11.
- Dunkel, W. (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. In: Soziale Welt (39): 66-85.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. (Hg.) (1993): Der Schmerzkranke. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T., Zentgraf, B. (2014): Psychosomatische Schmerztherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ehrenberg, A. (2015): Das erschöpfte Selbst. (2. Aufl.) Frankfurt a.M.: Campus.
- Elias, N. (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. (Band 1) Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Elias, N. (2011): Was ist Soziologie? Weinheim: Juventa.
- Engel, G. (1976): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Engels, F. (1972): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. In: Marx-Engels-Werke (MEW) Band 2. Berlin: Dietz: 225-506.
- Engelhardt, K. (1971): Der Patient in seiner Krankheit. Stuttgart: Thieme.
- Ensink, F.-B.M., Bautz, M., Brüggjenjürgen, B., Hanekop, G.-G. (1994): Migräneprävalenz in Deutschland. In: Schmerz (8): 155-161.
- Fagerhaugh, S., Strauss, A.L. (1977): Politics of pain management. Menlo Park, Ca.: Addison-Wesley.
- Field, D. (1978): Der Körper als Träger des Selbst. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie. (Sonderheft 20): 244-264.
- Flick, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. In: Flick, U. (Hg.) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg, Roland Asanger Verlag: 9-27.
- Flick, U. (2010): Qualitative Sozialforschung. (3. Aufl.) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Foucault, M. (1973, i.O. 1963): Die Geburt der Klinik. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Foucault, M. (1977): Überwachen und Strafen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Frances, A. (2014): Normal. Köln: DuMont.
- Franko, A. (1981): Psychosomatische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Freidson, E. (1975): Der Arztstand. Stuttgart: Enke.
- Freud, S. (1940): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. XXI. Libidotheorie und Sexualorganisation. In: Gesammelte Werke Band 16. London: Imago: 331-350.
- Freud, S. (1950): Zur Gewinnung des Feuers. In: Gesammelte Werke Band 16. London: Imago: 3-9.
- Fritsche, G., Gaul, Ch. (2013): Multimodale Schmerztherapie bei chronischen Kopfschmerzen. Stuttgart: Thieme.

- Fromm-Reichmann, F. (1937): Contribution to the psychogenesis of migraine. In: *Psychoanalytic Review* (24): 26-33.
- Fromm-Reichmann, F. (1978): *Psychoanalyse und Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Furedi, F. (2004): *Therapy culture*. London: Routledge.
- Gadamer, H.G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: ders.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 133-148.
- Gaul, Ch., Totzeck, A., Nicpon, A., Diener, H.-Ch. (2012): *Patientenratgeber Kopfschmerzen und Migräne*. Berlin: ABW.
- Geißler, R. (2008): *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Wiesbaden: Springer.
- Gerhardt, U. (1991): Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons. In: dies: *Gesellschaft und Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 162-202.
- Gerth, H., Mills, C.W. (1970): *Person und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Athäneum.
- Gestrich, A., Krause, J.-U., Miteraer, M. (2003): *Geschichte der Familie*. Stuttgart: Kröner.
- Giddens, A. (1991): *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1993): *Wandel der Intimität*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Giddens, A. (1996): *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gildemeister, R. (1989): *Institutionalisierung psychosozialer Versorgung*. Wiesbaden: DUV.
- Gnant, L., Brand, J. (2000): *Migräne – Krankheit oder Ausrede?* München: Arcis.
- Goadsby, P.J. (2019): Primary headache disorders. In: *Neurology* (9, 3): 233-240.
- Göbel, H. (2012a): *Die Kopfschmerzen* (3. Aufl.) Heidelberg: Springer.
- Göbel, H. (2012b): *Erfolgreich gegen Kopfschmerzen und Migräne*. Heidelberg: Springer.
- Göbel, H., Heinze-Kuhn, K., Petersen, I., Göbel, A., Heinze, A. (2013): *Sektorenübergreifende schmerzmedizinische Versorgung*. In: *Schmerz* (27): 149-165.
- Göbel, H.; Petersen-Braun, M.; Soyak D. (1993): Die Prävalenz von Kopfschmerzen in Deutschland. In: *Der Schmerz* (7): 287-297.
- Göckenjan, G. (2016): *Geschichte des Schmerzes im 19. Jahrhundert*. (Manuskript) Universität Kassel.
- Göckenjan, G., Drefße, St., Pfankuch, O. (2013): *Pfade in der orthopädischen Schmerzversorgung*. In: *Der Schmerz* (27): 467-474.
- Goffman, E. (1963): *Stigma*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1969): *Wir alle spielen Theater*. München: Pieper.
- Goffman, E. (1973a): *Asyle*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1973b): *Interaktion: Spass am Spiel. Rollendistanz*. München: Pieper
- Goffman, E. (1974): *Territorien des Selbst*. In: ders.: *Das Individuum im öffentlichen Austausch*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 54-71.
- Goffman, E. (1991): *Geschlecht und Werbung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Good, M.-J. D., Brodwin, P.E., Good, B.J., Kleinman, A. (Hg.) (1992): Pain as human experience. Berkeley: University of California Press.
- Gottschall, K., Voß, G.G. (Hg.) (2005): Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag. (2. Aufl.) Mering: Hampp.
- Groddeck, G. (1974): Verdrängen und Heilen. München: Kindler.
- Grüny, Ch. (2004): Zerstörte Erfahrung. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Gugutzer, R. (2012): Verkörperungen des Sozialen. Bielefeld: transcript.
- Habich, I. (2015): Wenn aus Schmerz Großes entsteht. In: Spiegel Online: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/migraene-patienten-sind-hartnaeckiger-wenn-aus-schmerz-grosses-entsteht-a-1046058.html>, Zugriff: 06.02.2019)
- Hackenbroch, V. (2014): Bohrer im Hirn. Kopfschmerzen quälen zwei von drei Deutschen. In: Der Spiegel (Heft 4): 122-131.
- Hadler, N.M. (1996): If you have to prove you are ill, you can't get well. In: Spine (21): 2397-2400.
- Hadler, N.M. (2004): Die soziale Konstruktion von lokalem Skelettmuskelschmerz. In: Sandweg, R. (Hg.): Chronischer Schmerz und Zivilisation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 104-112.
- Hardering, F. (2011): Unsicherheiten in Arbeit und Biographie. Wiesbaden: VS.
- Häuser, W., Schmutzer, P., Henningsen, E., Brähler, E. (2014): Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. In: Schmerz (28): 482-493.
- Henryk-Gutt, R., Rees, W.L. (1973): Psychological aspects of migraine. In: Journal of Psychosomatic Research (17): 141-153.
- Hermann, M., Veit, I. (2013): Fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin (89, Heft 1): 33-38.
- Herskowitz, M. (1997): Emotionale Panzerung. (2. Aufl.) Münster: Lit.
- Herzlich, C., Pierret, J. (1991): Kranke gestern, Kranke heute. München: Beck.
- Heyck, H. (1982): Der Kopfschmerz. (5. Aufl.) Stuttgart: Thieme.
- Heyen, N.B. (2018): Von der Krankheitsbekämpfung zur Gesundheitsoptimierung. In: APuZ (24/2018): 32-35.
- Heymanns, A., Rudolf, H., Schneider-Nutz, H., Salem, K., Strick, K., Zenz, M. (2017): Chronischer Schmerz in der Praxis. In: Der Schmerz (31): 353-359.
- Hilbert, R.A. (1984): The acultural dimensions of chronic pain. In: Social Problems (31): 365-378.
- Hill, P.B., Kopp, J. (2004): Familiensoziologie. Wiesbaden: VS.
- Hirschauer, St. (2004): Praktiken und ihre Körper. In: Hörning, K.H., Reuter, J. (Hg.): Doing culture. Bielefeld: transcript: 73-91.
- Hitzler, R., Honer, A. (1994): Bastelexistenz. In: Beck u., Beck-Gernsheim (Hg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 307-315.

- Hochschild, A.R. (1990): *Das gekaufte Herz*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Hochschild, A.R. (2006): *Keine Zeit*. Wenn die Firma zum Zuhause wird und Zuhause nur Arbeit wartet. Wiesbaden: VS.
- Hoffmann, S.O., Egle, U.T. (2007): Psychodynamische Konzepte bei psychogenen und psychosomatischen Schmerzzuständen. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., Nilges, P. (Hg.): *Schmerzpsychotherapie* (6. Aufl.) Heidelberg: Springer: 123-139.
- Honer, A. (1985): Beschreibung einer Lebens-Welt. Zur Empirie des Bodybuilding. In: *ZfS* (14): 131-139.
- Illich, I. (1977): *Die Nemesis der Medizin*. Reinbek b. H.: Rowohlt.
- Illouz E. (2009): *Die Errettung der modernen Seele*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Illouz E. (2011): *Warum Liebe weh tut*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Jackson, J.E. (1992): »After a while no one believes you«: Real and unreal pain. In: DelVecchio Good, M.-J., Brodwin, P.E., Good, B.J., Kleinman, A. (Hg.): *Pain as human experience: An anthropological approach*. Berkeley: University of California Press: 138-168.
- Jackson, J.E. (2000): »Camp pain«. Talking with chronic pain patients. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Jeggle, U. (1986): *Der Kopf des Körpers*. Weinheim: Quadriga.
- Jellen, J., Ohlbrecht, H., Winkler, T. (2018): Strategien im Umgang mit Krankheit – zum Versuch einer Typologie im Rahmen sich wandelnder Arzt-Patienten-Interaktionen. In: Ohlbrecht, H., Seltrecht, A. (Hg.): *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*. Wiesbaden: Springer: 173-193.
- Jungck D (2008): Die Lage der Schmerztherapie in Deutschland. (aktualisierte Fassung) https://www.vdaea.de/download/news_September08_Schmerztherapie_Deutschland.pdf, Zugriff: 06.10.2011.
- Kast, B. (2001): Migräne: Die Hölle aus dem Hirn. In: *Tagesspiegel* (25.03.2001), <https://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/gesundheit/migraene-die-hoelle-aus-dem-hirn/214308.html>, Zugegriff: 14.11.2015
- Kaufmann, J.-C. (1994): *Schmutzige Wäsche*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Kaufmann, J.-C. (1999): *Das verstehende Interview*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Kaufmann, J.-C. (2008): *Was sich liebt, das nervt sich*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Keidel, M. (2007): *Migräne*. München: C.H. Beck.
- Keller, R., Meuser, M. (2011): Wissen des Körpers – Wissen vom Körper. In: Keller, R., Meuser, M. (Hg.): *Körperwissen*. Wiesbaden: VS: 9-27.
- Kellermann, M. (2014): Psychosomatische Medizin. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik* (38, Heft 2): 49-67.
- Kempner, J. (2014): *Not tonight*. Migraine and the politics of gender and health. Chicago: Chicago University Press.

- Keupp, H. (1994): Ambivalenzen postmoderner Identität. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hg.): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 336-350.
- Kieselbach, K., Schiltewolf, M., Bozzaro, C. (2016): Versorgung chronischer Schmerzen. In: *Schmerz* (30): 351-357.
- King, S. (1994): Analysis of Electronic Support Groups for Recovering Addicts. *Interpersonal Computing and Technology* (2): 47-56.
- Kleemann, F., Matuschek, I., Voß, G.G. (2003): Subjektivierung von Arbeit – Ein Überblick zum Stand der Diskussion. In: Mondsaschel M., Voß, G.G. (Hg.): *Subjektivierung von Arbeit*. (2. Aufl.) Mering: Hampp: 69-73
- Klußmann, R., Nickel, M. (2009): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. (6. Aufl.) Wien: Springer.
- Knapp, Th.W. (1983a): *Migräne I. Symptomatologie und Ätiologie*. Weinheim: Beltz.
- Knapp, Th.W. (1983b): *Migräne II. Psychologische Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Köhler, Th. (1989): *Psychosomatische Krankheiten*. (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohli, M. (1994): Institutionalisierung und Individualisierung der Erwerbsbiographie. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hg.): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 219-244.
- Köpp, W., Deter, H.Ch. (2006): Psychoanalyse und Psychosomatik. In: *Forum Psychoanalyse* (22): 297-306.
- Koppetsch, C. (2006): Zwischen Disziplin und Expressivität. Zum Wandel beruflicher Identitäten im neuen Kapitalismus. In: *Berliner Journal für Soziologie* (Heft 2): 155-172.
- Kracauer, S. (1971): *Die Angestellten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Krais, B. (2011): Die männliche Herrschaft: ein somatisiertes Herrschaftsverhältnis. In *ÖZS* (36, Heft 4): 33-50.
- Kröner-Herwig, B. (2007): Die Schmerzpersönlichkeit – eine Fiktion? In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., Nilges, P. (Hg.): *Schmerzpsychotherapie*. Heidelberg: Springer: 141-150.
- Kropp, P., Brecht, I.-B., Niederberger, U., Kowalski, J., Schröder, D., Thome, J., Meyer, W., Wallasch, Th.-M., Hilgendorf, I., Gerber, W.D. (2012): Time-dependent post-imperative negative variation indicates adaption and problem solving in migraine patients. In: *Journal of Neural Transmission* (119): 1213-1221.
- Kübler-Ross, E. (1974): *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz.
- Kuhlmann, E., Annandale E. (Hg.) (2012): *The palgrave handbook of gender and health care*. (2. Aufl.) Basingstoke: Palgrave.
- Kury, P. (2013): Von der Neurasthenie zum Burnout – eine kurze Geschichte von Belastung und Anpassung. In: Neckel, S., Wagner, G. (Hg.): *Leistung und Erschöpfung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 107-128.
- Larbig, W. (1982): *Psychoanalytische Therapieansätze*. In: Gerber, W.D., Haag, G. (Hg.): *Migräne*. Berlin: Springer: 223-233.

- Le Breton, D. (2003): *Der Schmerz*. Zürich: diaphanes.
- Lehmann, P. (2013): Zwei Seiten der Medaille »Psychiatrie« – Verkaufsfördernde Krankheiten erfinden, behandlungsbedürftige Erkrankungen tabuisieren. In: Dellwing, M., Harbusch, M. (Hg.): *Krankheitskonstruktionen und Krankheits-treiberei*. Wiesbaden: VS: 177-200.
- Lenke, Th. (2010): Neue Vergemeinschaftungen? Entstehungskontexte, Rezeptionslinien und Entwicklungstendenzen des Begriffs der Biosozialität. In: Liebsch, K., Manz, U. (Hrsg): *Leben mit den Lebenswissenschaften*. Bielefeld: transcript: 21-41.
- Lengwiler, M., Madarász, J. (Hg.) (2010): *Das präventive Selbst*. Bielefeld: transcript.
- Lenz, K. (2009): *Soziologie der Zweierbeziehung*. (4.Aufl.) Wiesbaden: VS.
- Lenz, P. (2018): *Der theoretischen Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin*. Wiesbaden: VS.
- Leriche (1958): *Chirurgie des Schmerzes*. Leipzig: Barth.
- Lindemann, G. (2017): Leiblichkeit und Körper. In: Gugutzer, R., Klein, G., Meuser, M. (Hg.): *Handbuch Körpersoziologie* (Band 1). Wiesbaden: Springer VS: 57-66.
- Luhmann, N. (1982): *Liebe als Passion*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1990): Der medizinische Code. In: ders.: *Soziologische Aufklärung*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 183-195.
- Lupton, D. (1998): *The emotional self*. London: Sage.
- Luthringhausen, G., Alesch, F., Brössner, G., Sator-Katzenschlager, S., Vesper, J., Wessely, P., Wöber, Ch. (2014): Chronische Migräne: Therapie, Therapieresistenz und Nueromodulation – Eine Konsensus-Statement. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* (15, Heft 3): 163-170.
- Maasen, S. (2011): Das beratene Selbst. In: Maasen, S.; Elberfeld, J., Eitler, P., Tändler, M. (Hg.): *Das beratene Selbst*. Bielefeld: transcript: 7-36.
- Maasen, S., Elberfeld, J., Eitler, P., Tändler, M. (Hg.) (2011): *Das beratene Selbst*. Bielefeld: transcript.
- Maleki, N., Becerra, L., Borsook, D. (2012): Migraine: Maladaptive brain responses to stress. In: *Headache* (52): 102-106.
- Manzoni, G.C. Stovner, L.J. (2011): Epidemiology of headache. In: Nappi, G., Moskowitz, M.A. (Hg.): *Headache*. (Handbook of Neurology Vol. 97) Edinburgh: Elsevier: 3-22.
- Marziniak, M., Malzbacher, V., Fördereuther, S., Jürgens, T., Kropp, P., May, A., Straube, A., DMKG (2014): Konsensuspapier der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft zur Struktur von Kopfschmerzzentren und Kopfschmerzschwerpunktpraxen in Deutschland. In: *Schmerz* (28): 128-134.
- Mauss, M. (1982): *Körpertechniken*. In: ders.: *Soziologie und Anthropologie 2*. Frankfurt a.M, Fischer: 199-220.

- Mead, G.H. (1988, i.O. 1934): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Melzack, R. (1973): The puzzle of pain. London: Penguin.
- Melzack, R. (1975): The McGill Pain Questionnaire. In: Pain (1): 277-299.
- Merabet, Y. (2013) Kopfschmerzen: Notsignale des Körpers – Gesundheit. In: stern.de, August 2013, <https://www.stern.de/gesundheit/kopfschmerz/ueberblick/kopfschmerzen-notsignale-des-koerpers-598380.html>, Zugriff: 2.12.2014.
- Mersky, H. (1979): Pain terms. In: Pain (6): 249-252.
- Meuser, M. (2006): Körper-Handeln. In: Gugutzer, R. (Hg.) Body turn. Perspektiven der Soziologie von Körper und des Sports. Bielefeld: transcript: 95-118.
- Meuser, M. (2007): Männerkörper. Diskursive Aneignung und habitualisierte Praxis. In: Bereswill, M. Meuser, M., Scholz, S. (Hg.): Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit. Münster: Westphalisches Dampfboot: 152-168.
- Miller, W.I. (1998): The anatomy of disgust. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mills, C.W. (1955): Menschen im Büro. Köln: Bund.
- Möller, H.-J., Laux, G., Fritze, J., Falkai, P., Maier, W., Kapfhammer, H.-P. (2017): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie – Bedeutung, Identität, Situation und Perspektiven eines großen medizinischen Fachgebietes. In: Möller, H.J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (Hg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. (Band 1) (5. Aufl.): Berlin: Springer: 3-37.
- Monsour, K. (1957): Migraine: Dynamics and choice of symptom. In: Psychoanalytic Quarterly (26): 476-493.
- Morris, D. (1996): Geschichte des Schmerzes. Leipzig: Insel.
- Morris, D. (2000): Krankheit und Kultur. München: Kunstmann.
- Neckel, S., Wagner, G. (Hg.) (2013): Leistung und Erschöpfung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Niewöhner, J., Kehl, Ch., Beck, St. (Hg.) (2008): Wie geht Kultur unter die Haut. Bielefeld: transcript.
- Ohlbrecht, H., Schönberger, Ch. (Hg.) (2010): Gesundheit als Familienaufgabe. Weinheim: Juventa.
- Ong, B.N., Hooper, H., Dunn, K., Croft, P. (2004): Establishing self and meaning in low back pain narratives. In: The Sociological Review (52): 532-549
- Ostner, I., Beck-Gernsheim, E. (1996): Mitmenschlichkeit als Beruf. Frankfurt a.M.: Campus.
- Parsons T. (1958): Die Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Sonderheft 3): 10-57.
- Peller, A. (2003): No pain, no gain. In: africa spectrum (38): 197-214.

- Peter, C., Neubert, C. (2016): Medikalisierung sozialer Prozesse. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: VS: 273-286.
- Peters, U.H. (1982): Migräne als psychosomatische Krankheit. In: Gänshirt, H., Soyka, D. (Hg.): *Migräne*. Stuttgart: Enke: 120-129.
- Plessner, H. (1975): *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: De Gruyter.
- Podbregar, N. (2012): Migräne: Die Axt im Hirn. In: <https://www.scinexx.de/dossier-531-1.html>, Zugriff: 30.11.2012
- Poeck, K., Hacke, W. (2006): *Neurologie*. (12. Aufl.) Wiesbaden: VS.
- Pöppel, E. (1995): *Lust und Schmerz*. München: Goldmann.
- Prahl, H.-W., Setzwein, M. (1999): *Soziologie der Ernährung*: Wiesbaden: VS.
- Rabinow, P. (2004): Artifizialität und Aufklärung. Von der Soziobiologie zur Bio-sozialität. In: Ders.: *Anthropologie der Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 129-152.
- Raspe, H. (2012): *Rückenschmerzen*. Berlin: RKI.
- Rau, A. (2016): Die Regierung der Psyche. In: Anhorn, R., Balzereit, M. (Hg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS: 647-665.
- Reckwitz, A. (2017): *Die Gesellschaft der Singularitäten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Reckwitz, A. (2019): *Das Ende der Illusionen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Reibnitz, Ch. von, Schnabel, E.-P., Hurrelmann, K. (Hg.) (2001): *Der mündige Patient*. Weinheim: Juventa.
- Riesman, D. (1958, i.O. 1950): *Die einsame Masse*. Hamburg: Rowohlt.
- Rittner, V. (1982): Krankheit und Gesundheit. In: Kamper, D., Wulf, Ch. (Hg.): *Die Wiederkehr des Körpers*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 40-51.
- Robert-Koch-Institut und Destatis (2015): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- RKI (2020): Migräne und Spannungskopfschmerzen in Deutschland. In: *Journal for Health Monitoring* (5, Special Issue 6) DOI: 10.25646/6988.2.
- Robert-Koch-Institut (2021): Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* (6, Special Issue 3).
- Roethlisberger, F.J., Dickson, W.J., Wright, H.A. (1966, i.O. 1939): *Management and the Worker. An Account of a Research Program Conducted by the Western Electric Company*. Hawthorne Works, Chicago. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rossmann, C. (2016): Die mediale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: VS: 301-311.
- Sacks, O. (1994): *Migräne*. Reinbek b.H.: Rowohlt.
- Salaschek, U. (2012): *Der Mensch als neuronale Maschine?* Bielefeld: transcript.
- Sauerbruch, F, Wenke, H. (1961, i.O. 1936) *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*. Frankfurt a.M.: Athenäum.

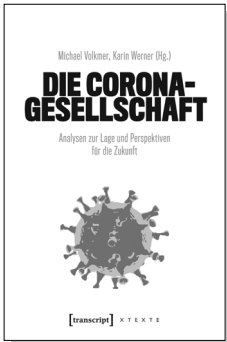
- Sauter, A. Gerlinger, K. (2012): *Der pharmakologisch verbesserte Mensch*. Berlin: Sigma.
- Schadewaldt, H. (1981): Migräne. In: derselbe: *Geschichte der Allergie (Band 3)* München: Düstri: 245-294.
- Schäfer, M.L. (1991): *Migräne und Persönlichkeit*. Stuttgart: Enke.
- Scheff, Th. (1972): Die Rolle des psychisch Kranken und die Dynamik psychischer Störung. In: Keupp, H. (Hg.): *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München: Urban & Schwarzenberg: 136-156.
- Schellenberg, R. (o.J.): Der Porsche gibt Gas, das Fass ist voll ... warum habe ich Migräne? (Patientenbroschüre) <https://www.migraene-kopfschmerz.de/literatur/patientenbroschuere/index.html>, Zugriff: 28.06.2013
- Schelsky, H. (1977): *Soziologie der Sexualität*. Reinbek b.H.: Rowohlt.
- Schelsky, H. (1979): Die Bedeutung des Schichtungsbegriffs für die Analyse der gegenwärtigen deutschen Gesellschaft. In: ders: *Auf der Suche nach Wirklichkeit*. München: Goldmann: 326-332.
- Schiltewolf, M. (2016): Schmerz und Medikalisierung. In: Maio, G., Bozzaro, C., Eichinger, T. (Hg.): *Leid und Schmerz*. Freiburg: Karl Alber: 232-249.
- Schnabel, A. Schützeichel, R. (Hg.) (2012): *Emotionen, Sozialstruktur und Moderne*. Wiesbaden: VS.
- Schobeß, C., Steinberg, H. (2013): Das Wissen der Deutschen Neurologen über Migräne um 1890. In: *Schmerz* (84) 995-1001.
- Schönberger, Ch., Kardorff, E. von (2010): Generationale Tradierung von Gesundheitskapital in der Familie. In: Ohlbrecht, H., Schönberger, Ch. (Hg.): *Gesundheit als Familienaufgabe*. Weinheim: Juventa: 191-211.
- Schröder, C. (2017): *Emotion und professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS.
- Schröder, M. (2018): *Warum es uns noch nie so gut ging und wir trotzdem von Krisen reden*. Salzburg: Benevento.
- Schroth, G., Haag, G. (1982): Zum Krankheitsbild. In: Gerber, W.D., Haag, G. (Hg.): *Migräne*. Berlin: Springer: 5-23.
- Schulze, G. (1992): *Die Erlebnisgesellschaft*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schumacher J., Brähler, E. (1999): Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. In: *Schmerz* (13): 375-384.
- Seemann, S. (2019): *Verschwundene Krankheiten*. Berlin: Kadmos.
- Selye, H. (1974): *Stress*. München: Piper.
- Senge, K., Schützeichel, R. (Hg.) (2013): *Hauptwerke der Emotionssoziologie*. Wiesbaden: VS.
- Sennett, R. (1998): *Der flexible Mensch*. Berlin: Berlin Verlag.
- Sennett, R. (1987, i.O. 1974): *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Shorter, E. (1977): *Die Geburt der modernen Familie*. Reinbek b.H.: Rowohlt.

- Shorter, E. (1984): *Der weibliche Körper als Schicksal*. München: Pieper.
- Shorter, E. (1994): *Moderne Leiden*. Reinbek b.H.: Rowohlt.
- Shorter, E. (1999): *Von der Seele in den Körper*. Reinbek b. H.: Rowohlt.
- Shorter, E. (2004): Die Geschichte der Fibromyalgie aus psychosomatischer Perspektive. In: Sandweg, R. (Hg.): *Chronischer Schmerz und Zivilisation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 62-70.
- Simmel, G. (2001): Soziologie der Mahlzeit. In: *Aufsätze und Abhandlungen 1909-1918*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp: 140-147.
- Sombart, W. (1983): *Liebe, Luxus und Kapitalismus*. Berlin: Wagenbach.
- Sommer, H., Diener, H.-C. (2013): Schmerz und Kopfschmerz. In: *Der Nervenarzt* (84): 1427.
- Sontag, S. (1981): *Krankheit als Metapher*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Soyka, D. (1982): Kopfschmerz als psychosomatisches Problem. In: Wieck, H.H., Hillemacher (Hg.): *Therapie psychosomatischer Krankheiten in der Praxis*. Erlangen: perimed: 77-84.
- Soyka, D. (1983): Neurotizismus und Depressivität bei Migräne. In: Soyka, D. (Hg.): *Migräne*. Stuttgart: Enke: 170-184.
- Soyka, D. (1987): Migränetherapie – aktueller Stand und Perspektiven. In: *Der Schmerz* (1): 92-101.
- Soyka, D. (1999): 60 Jahre Migränerforschung. In: *Schmerz* (13): 87-96.
- Soyka, D. (2001): Veränderung der Schmerztherapie in Deutschland. Vom vernachlässigten Symptom zu einem zentralen Gesundheitsproblem. In: *Schmerz* (15): 81-84.
- Stanislawski, (1996): *Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst/Die Arbeit des Schauspielers an der Rolle*. (3 Bände) Frankfurt a.M.: Zweitausendeins.
- Sternbach, R.A., Turski, B. (1965): Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock. In: *Psychophysiology* (1): 241-246.
- Stewart, W.F., Roy, J., Lipton, R.B. (2013): Migraine prevalence, socioeconomic status, and social causation. In: *Neurology* (81): 948-955.
- Straube, A. (2014): Das chronische Problem – der chronische Kopfschmerzpatient. In: *Der Schmerz* (18): 363-369.
- Straube, A., Aicher, B., Förderreuther, St. et al. (2013): Period prevalence of self-reported headache in the general population in Germany from 1995-2005 and 2009: results from annual nationwide population-based cross-sectional surveys. In: *Journal of Headache and Pain* (14, 11) <https://doi.org/10.1186/1129-2377-14-11>.
- Straube, A., Gaul, Ch. (2015): Kopfschmerz. Aktueller Stand der Forschung und Versorgung. In: *Der Schmerz* (29): 510-515.
- Straube, A., Förderreuther, St. (2020): Primäre Kopfschmerzen. Vernachlässigt oder überbewertet? In: *Schmerz* (34): 461-463.

- Strauss, A.L. (1974, i.O. 1959): Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Strauss, A.L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink.
- Strauss, A.L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C. (1985): Social organization of medical work. Chicago: University of Chicago Press.
- Strauss, A.L., Fagerhaugh, Sh., Suczek, B., Wiener, B. (1980): Gefühlsarbeit. In: KZfSS (32): 629-651.
- SWR (2014): »Volkskrankheit Migräne« Sendung des SWR am 13.03.2014. <https://www.spiegel.tv/filme/swr-volkskrankheit-migraene/>, Zugriff: 14.11.2015
- Tändler, M. (2011): »Psychoboom«. In: Maasen, S. Elberfeld, J., Eitler, P., Tändler, M. (Hg.): Das beratene Selbst. Bielefeld: transcript: 59-94.
- Tanner, J. (2007): Zur Kulturgeschichte des Schmerzes. In: Schönbacher, G. (Hg.): Schmerz. Zürich: Chronos: 51-75.
- Tfelt-Hansen, P.C., Koehler, P.J. (2011): One hundred years of migraine research. In: Headache (51): 752-778.
- Thurnwald, H. (1948): Gegenwartsprobleme Berliner Familien. Berlin: Weidmannsche Verlagsbuchhandlung.
- TK-Stressstudie (2016): Entspann' Dich, Deutschland. <https://www.tk.de/presse/temen/praevention/gesundheitsstudien/tk-stressstudie-2016-wie-gestresst-ist-deutschland-2041952>, Zugriff am 20.02.2019:
- Uexküll, Th.v. (1963): Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Uexküll, Th.v. (2003): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein biopsycho-soziales Modell. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, Th.v., Wesiack, W. (Hg.): Psychosomatische Medizin. (6. Aufl.) München: Urban und Fischer: 3-42.
- Uexküll, Th.v., Langewitz, W. (2003): Das Placebo-Phänomen. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, Th.v., Wesiack, W. (Hg.): Psychosomatische Medizin. (6. Aufl.) München: Urban und Fischer: 311-319.
- Uexküll, Th.v., Wesiack, W. (2011): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein biopsycho-soziales Modell. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, Th.v., Wesiack, W. (Hg.): Psychosomatische Medizin. (7. Aufl.) München: Urban und Fischer: 3-40.
- Valverde, M. (1998): Diseases of the will. Cambridge: Cambridge University Press.
- Veblen, Th. (1986) Theorie der feinen Leute. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Vosgerau, K. (2005): Studentische Sozialisation in Hochschule und Stadt. Frankfurt a.M.: Lang.
- Voß, G.G. (1998): Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (31, Heft 3): 473-487.

- Wagner, G. (2017): *Selbstoptimierung*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wainwright, D., Calnan, M., O'Neil, C., Winterbottom, A., Wakins, Ch. (2006): When pain in the arm is »all in the head«: The management of medically unexplained suffering in primary care. In: *Health, Risk and Society* (8): 71-88.
- Wall, P.D. (1989): Introduction. In Wall, P.D., Melzack, R. (Hg.): *Textbook of pain*. Edinburgh et al.: Livingstone: 1-18.
- Wall, P.D., Melzack, R. (Hg.): *Textbook of pain*. Edinburgh et al.: Livingstone.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1969): *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Weber, M. (1998): *Zur Psychophysik der industriellen Arbeit*. Tübingen: Mohr.
- Wehling, P., Viehöver, W., Keller, R., Lau, Ch. (2007): Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung. In: *Berliner Journal für Soziologie* (Heft 4): 547-567.
- Werner, A., Isaken, L.W., Malterud, K. (2004): »I'm not the kind of woman who complains of everything«. In: *Social Science and Medicine* (59): 1035-1045
- Werner, A., Maltrud, K. (2003): It is hard work behaving as a credible patient. In: *Social Science and Medicine* (57): 1409-1419.
- Wieck, H.H., Hillemacher, A. (Hg.) (1982). *Therapie psychosomatischer Krankheiten in der Praxis*. (2. Aufl.) Erlangen: perimed.
- Wippermann, C., Arnold, N., Möller-Slawinski, H., Borchard, M., Marx, P. (2011): *Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem*. Springer: VS.
- Witte, W. (2017): *Unerhörte Leiden*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wolff, H.G. (1937): Personality features and reactions of subjects with migraine. In: *Archives of neurology and Psychiatry* (37): 895-921.
- Wolff, H.G. (1972): *Wolff's Headache and other head pain*. (3. Aufl., rev. by Dalessio, D.J.) New York: Oxford University Press.
- Zborowski, M. (1969): *People in pain*. San Francisco: Jossey-Bass.

Soziologie



Michael Volkmer, Karin Werner (Hg.)

Die Corona-Gesellschaft

Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft

2020, 432 S., kart., Dispersionsbindung, 2 SW-Abbildungen
24,50 € (DE), 978-3-8376-5432-5

E-Book:

PDF: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5432-9

EPUB: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5432-5



Kerstin Jürgens

Mit Soziologie in den Beruf

Eine Handreichung

September 2021, 160 S., kart., Dispersionsbindung
18,00 € (DE), 978-3-8376-5934-4

E-Book:

PDF: 15,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5934-8



Gabriele Winker

Solidarische Care-Ökonomie

Revolutionäre Realpolitik für Care und Klima

März 2021, 216 S., kart.

15,00 € (DE), 978-3-8376-5463-9

E-Book:

PDF: 12,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5463-3

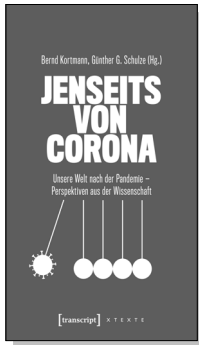
**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

Soziologie



Wolfgang Bonß, Oliver Dimbath,
Andrea Maurer, Helga Pelizäus, Michael Schmid
Gesellschaftstheorie
Eine Einführung

Januar 2021, 344 S., kart.
25,00 € (DE), 978-3-8376-4028-1
E-Book:
PDF: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4028-5



Bernd Kortmann, Günther G. Schulze (Hg.)
Jenseits von Corona
Unsere Welt nach der Pandemie –
Perspektiven aus der Wissenschaft

2020, 320 S.,
Klappbroschur, Dispersionsbindung, 1 SW-Abbildung
22,50 € (DE), 978-3-8376-5517-9
E-Book:
PDF: 19,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5517-3
EPUB: 19,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5517-9



Detlef Pollack
Das unzufriedene Volk
Protest und Ressentiment in Ostdeutschland
von der friedlichen Revolution bis heute

2020, 232 S.,
Klappbroschur, Dispersionsbindung, 6 SW-Abbildungen
20,00 € (DE), 978-3-8376-5238-3
E-Book:
PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5238-7
EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5238-3

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

