

Der Gebrauch der Empfindlichkeit in somatischen Kulturen. Kopfschmerzdeutungen in der sozialen Mittelschicht

Stefan Dreßke

Zusammenfassung: Die als chronisch etikettierten Schmerzen verursachen bei den Kranken und ihren Angehörigen erhebliche Leiden und neben den sozialen Kosten auch hohe ökonomische Kosten für das Versorgungs-, Sozial- und Wirtschaftssystem. Schmerzen sind jedoch nicht grundsätzlich pathologisch, vielmehr gehören sie als eine anthropologische Konstante zum Leben dazu. Sie sichern nicht nur das physische Überleben, sondern gehen als Körperausdruck in soziale Beziehungen ein, aktualisieren Identität und weisen Individuen ihre Positionen im gesellschaftlichen Geflecht zu. Dieser Beitrag thematisiert daher die Unschärfe zwischen Schmerz als alltäglicher unangenehmer Empfindung und Schmerz als Krankheit. Dazu werden anhand von leitfadengestützten biografischen Interviews Schmerzpraktiken und Schmerzdeutungen bei Kopfschmerzen untersucht. Im Ergebnis zeigt sich, dass entsprechend des Inkorporierungsansatzes von Pierre Bourdieu (1982) Kopfschmerzen in milieutypische Reproduktions- und Lebensbedingungen eingehen, die sowohl das Alltagsverständnis von Schmerzen strukturieren, als auch darüber bestimmen, welche medizinischen Deutungsangebote angenommen werden.

Schlagwörter: Schmerzen, Körper, soziales Milieu, Konstruktivismus, Gefühl

The use of sensitivity in somatic cultures. Meanings of headaches in the middle class

Abstract: Pain labeled as chronic pain causes suffering for the sick and their relatives and, in addition to the social costs, it leads to high economic costs for the social system. However, pain is not fundamentally pathological, rather it is an anthropological constant. Pain not only ensures physical survival, but also enters into social relationships as emotional expressions, updates identities and individual positions in the social network. This contribution therefore addresses the fuzziness between pain as an unpleasant sensation and pain as illness. To examine pain practices and interpretations of pain associated with headaches biographical interviews are conducted. The result shows that, according to the approach of Pierre Bourdieu (1982), headaches are incorporated into reproductive and living conditions typical of the milieu, which both structure the everyday understanding of pain and determine which medical interpretations are accepted by patients.

Keywords: pain, body, social milieu, headache, constructionism, emotion

1 Schmerz als Darstellung in somatischen Kulturen

Schmerz wird hier auf der Grundlage neophänomenologischer und praxeologischer Ansätze der jüngeren Körpersoziologie konzeptioniert. Demnach wird jegliches körperliche Spüren – sei es angenehm oder unangenehm – durch ein vorgefundenes Symbol- und Praxissystem in sozial lesbare Empfindungen transformiert, das die Regeln seines Ausdrucks festlegt, wodurch in einem Gegenseitigkeitsverhältnis auch das individuelle Spüren moduliert wird (Douglas 1974; Gugutzer 2012; Meuser 2006).

Schmerz als Kategorie des sozialen Austausches in Belastungskollektiven

Aufgrund seiner Unannehmlichkeit ist Schmerz ein Warnsignal für Gefahren und irritiert Handlungsabläufe. Im Augenblick des Schmerzes distanziert sich der Körper von anderen belebten und unbelebten Gegenübern. Die Impulsivität und Momenthaftigkeit zeigt sich allerdings nie in ihrer Ursprünglichkeit, sondern der Schmerzaffekt geht in ein vorgefundenes Symbol- und Praxissystem ein und äußert sich dort, indem das Unangenehme normalisiert wird. Schmerz wird erst als Ausdruck als eine soziokulturelle Erfahrung effektiv und kann in der Soziologie nur als Gegenstand von Bewertungen und Praxis untersucht werden. Mit dieser emergent-konstruktivistischen Definition wird auf die Bestimmung eines irgendwie gearteten Wesens verzichtet (Fagerhaugh/Strauss 1977; Le Breton 2003; Zborowski 1969). Damit wird Schmerz in der vorliegenden Studie nicht als idiosynkratisches, unkommunizierbares und vorsoziales Erleben aufgefasst, das im Individuum gleichsam eingeschlossen ist, sondern als ein aufeinander abzustimmendes Ausdruckshandeln.

Bei der Beobachtung des Gegenseitigkeitsverhältnisses von Körper und Gesellschaft konzeptionieren Boltanski (1976) und Bourdieu (1982) die Deutungen und Praktiken des Körpers als Repräsentationen des Systems ökonomischer Reproduktion. Die Art, wie die Lebensgrundlagen gesichert werden und die Positionen in der Gesellschaft bestimmen den „Gebrauch des Körpers“ und daraus folgend seine Deutungen, wobei sich Gruppen – „somatische Kulturen“ – um typische Anforderungen und Belastungen herum formieren. Mit diesen Begrifflichkeiten spricht Boltanski (1976) die Normen und Symboliken an, die durch die Arbeits- und Lebensbedingungen als ein Klassifikationssystem in Körper eingeschrieben werden. Empfindlichkeiten und Körperaufmerksamkeiten verdeutlichen die Praxisstrukturen und legen Individuen gleichermaßen darin fest.

Schmerzen markieren die jeweils inkorporierten, geteilten und herrschenden Leistungs- und Einstellungsnormen. Die Anforderungen in einer Gruppe bzw. einer somatischen Kultur bestimmen die legitimen Empfindlichkeitsniveaus und entscheiden, ob Schmerz als normal oder als abweichend gilt und auf welche Weise Schmerz gespürt und geäußert wird. Sie sanktionieren Empfindlichkeit und formieren deshalb auch die Aufmerksamkeit für den eigenen Körper, d.h. mit welchen Qualitäten er besetzt wird und welche Ausdrucksformen dafür vorgehalten werden – etwa ob er als robust und unempfindlich oder als verletzlich und empfindsam gesehen wird (z.B. Zborowski 1969). So ist das Ertragen von Schmerzen auch eine Normalisierungstechnik.

Typische Schmerzen korrespondieren mit typischen Belastungen, deren Ertragen Erfolg, Sicherung der Kollektivnormen, Solidarität sowie stabile Rollen und Identitäten verspricht; ihr Nichtertragen, abweichende Deutungen und abweichende Ausdrucksformen bedeuten Leistungsunfähigkeit und Marginalisierung, zumindest eine Unsicherheit, auf welcher sozialen Position man sich befindet, wobei es auch für solche Irritationen Zuweisungen und Verfahren gibt (Peller 2003). Schmerzen repräsentieren für die Einzelnen soziale Ordnung und

sind in ihren Belastungskollektiven sinnhaft geteilte Empfindungen. Jede Gruppe hat daher ihren Sinn für den Körper, für Empfindlichkeit und für Schmerzen. Damit stellen Schmerzpraktiken auch die Differenz zu Mitgliedern anderer Gruppen her, die diese Normen nicht teilen und nicht einmal verstehen.

Kopfschmerzepidemiologie

Die Deutungsform der chronischen Schmerzen wird zum Anlass genommen, Schmerzen in ihrem Verhältnis von Gewöhnlichem und Besonderem zu untersuchen, wozu sich Kopfschmerzen gut eignen. Einerseits sind sie alltägliche Beschwerden – fast jeder Mensch kennt sie schwächer oder stärker –, die andererseits in Form von Migränen sowie Spannungs- und Clusterkopfschmerzen als anerkannte Krankheiten geführt werden und die Kranken dadurch aus dem Alltag herausheben. Die Epidemiologie und das Erscheinungsbild der Kopfschmerzen scheint weniger Modekonjunkturen als andere Schmerz- und Befindlichkeitserkrankungen zu folgen (RKI 2020; Sacks 1994; Wolff 1972): Die Prävalenz der Migräne wird relativ zeitstabil mit etwa 11 Prozent der Bevölkerung eingeschätzt. Ihr vielgestaltiges und individuell ausgeprägtes Symptombild (vor allem die halbseitigen Schmerzen und Irritationen aller Wahrnehmungssinne) ist seit dem 19. Jahrhundert fester Bestandteil der medizinischen Literatur. Die Prävalenz von Spannungskopfschmerzen, die etwas gewöhnlicher sind, liegt bei etwa 17 Prozent. Von beiden Kopfschmerzarten sind jeweils etwa doppelt so viel Frauen wie Männer betroffen. Clusterkopfschmerzen werden seltener in der erwachsenen Bevölkerung diagnostiziert (0,2 Prozent), sind aber sehr stark. Aufgrund der Häufigkeit, aber auch aufgrund der Gewöhnlichkeit lassen sich anhand der Kopfschmerzen der Deutungs- und Praxisraum von Schmerzen in allen Bevölkerungsgruppen in den Kontext zu sozialem Milieus, Lebenslagen und Lebensläufen setzen und ihre Übergänge von der Ubiquität eines alltäglichen Unwohlseins zur Besonderheit einer Krankheit untersuchen.

2 Interviews über Kopfschmerzen

Im Rahmen der DFG-geförderten Studie „Schmerzhandeln und Identitätsmanagement von Kopfschmerzpatienten in der medizinischen Versorgung und in Partnerschaften“ wurden im Zeitraum von 2012 bis 2014 drei Teilerhebungen mit Personen durchgeführt, die über Erfahrungen mit Kopfschmerzen verfügen. (Zu danken habe ich dem Projektleiter Prof. Dr. Gerd Göckenjan sowie den Projektmitarbeitenden Sina Schadow und Alexander Urban.) Die Auswahl der erwachsenen Informantinnen und Informanten für die biografisch-verstehenden Interviews (Kaufmann 1999) folgte dem Prinzip des theoretisch geleiteten iterativen Vergleichs größter und kleinster Kontraste (Strauss 1994) im Hinblick auf personenbezogene Merkmale wie Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildung, Berufs- und Milieuzugehörigkeit sowie der Intensität der Pathologisierungserfahrungen von Kopfschmerzen. Es wurde, für eine qualitative Forschung üblich, keine sozialstatistische Repräsentativität hinsichtlich soziodemografischer und epidemiologischer Merkmale angestrebt. Unsere Informantinnen und Informanten verorteten sich im binären Geschlechtercode als männlich oder weiblich und berichteten auch nicht über eine Modifikation ihrer Geschlechtsidentität. Die Altersspanne reicht von 20 bis 75 Jahren. Befragt wurden Personen ohne und mit Berufsausbildung, Handwerker, Büro- und Einzelhandelsangestellte, Beschäftigte im unteren Dienstleistungssegment, Studierende,

Akademikerinnen sowie Angehörige personenbezogener Dienstleistungsberufe und Kreativ- und Kommunikationsberufe.

In drei Schmerzkliniken wurden insgesamt 61 Interviews durchgeführt, wovon 32 Interviews mit 24 Frauen und acht Männern ausgewertet wurden. Die unterschiedlich stark pathologisierten Patienten und Patientinnen wurden mit zwei geringer pathologisierten Gruppen verglichen. Zum einen wurden 22 Personen (15 Frauen und sieben Männern) zu einem Interview gebeten, die in unterschiedlicher Intensität von niedergelassenen Ärztinnen betreut werden oder sich nicht in Behandlung befinden. Zum anderen wurde eine Teilstudie mit 19 Studierenden (zehn Frauen und neun Männer) dominierend des Sozial- und des Ingenieurwesens durchgeführt. Zusätzlich wurden 13 Interviews mit Angehörigen – Eltern, Kindern sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern – geführt.

Die Auswertung der Daten vollzog sich in mehreren Schritten einer zunehmenden theoretischen Verdichtung (Strauss 1994). Zunächst wurden aus den Transkripten der Interviews Einzelfalldarstellungen erstellt. Die Eckpunkte dieser Ausarbeitungen waren familiäre und berufliche Verläufe, Belastungen 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. Zunächst wurden die Kopfschmerzerfahrungen dafür in den Kontext von Partnerschaften und von Familienkarrieren gestellt (vgl. auch Dreßke 2022, S. 54–81). Dabei zeigten sich allerdings übergeordnete soziokulturelle Muster des Ausdrucks und der Plausibilisierung von Schmerzen. In einem weiteren Schritt wurden daher die Falldarstellungen inhaltsanalytisch zu einer Typisierung von Schmerz- und Belastungskollektiven zusammengeführt (Mayring 1993), die durch Berufssegmente und deren typischen Anforderungen charakterisiert sind. Dimensionen für die Typenbildung waren der Schmerzausdruck, Schmerzauffassungen, Körper- und Schmerzsozialisation in den Herkunftsmilieus, die Bedeutung des Körpers für die Erwerbsarbeit, das Verhältnis zur Medizin sowie Weltdeutungen.

Frauen und Jüngere sprachen in den Interviews im Wesentlichen elaborierter über Schmerzen als Männer und ältere Befragte. Frauen kontextualisierten ihre Schmerzen auch mit Schwangerschaften, Geburten, Menstruation und Menopause und Ältere auch mit zeit-historischem Erleben. Es sind also ohne Zweifel geschlechts- und altersbezogene Erfahrungsräume von Schmerzen zu untersuchen (Kempner 2014; Dreßke/Ayalp 2017). Es zeigte sich jedoch, dass diese Thematisierungen im semantischen Code der Symbol- und Praxissysteme der jeweiligen soziokulturellen Milieus hervorgebracht wurden, so dass alters- und geschlechtsbezogene Unterschiede als graduell und nicht als systematisch zum Zweck der vorliegenden Analyse von Belastungskollektiven konzipiert wurden.

3 Belastungskollektive und ihr Sinn für Schmerzen

Die Befragten lassen sich der Mittelschicht zuordnen, wobei sich neben den vertikalen Unterschieden (Beruf, Bildung, Einkommen) horizontale Unterschiede (Einstellungen, Werte, Lebensstile) als soziale Milieus differenzieren (Bourdieu 1982; Schulze 1992; Wippermann et al. 2011). Es hat sich gezeigt, dass Informantinnen mit ähnlichen soziokulturellen Merkmalen und auf sozialstrukturell ähnlichen Positionen auch von ähnlichen Schmerzdeutungen und Schmerzpraktiken berichteten. Das Gesamtsample unterscheidet sich demnach durch Berufssegmente mit ihren jeweiligen Anforderungsprofilen und sozialmoralischen Orientierungen: Zwei Typen lassen sich dem „alten“ Mittelstand zuordnen: Personen aus Industrie,

Handwerk oder Landwirtschaft („blue collar workers“), die ihren Lebensunterhalt durch körperliche Arbeit verdienen und ein robustes Verhältnis zum Schmerz haben. Diese Gruppe, vorwiegend Ältere, haben im Zuge ihrer beruflichen Karriere Mittelschichtorientierungen angenommen und wurden etwas empfindlicher. Das gilt auch für den intergenerationalen Milieuwechsel ihrer Kinder, die durch die Ingenieurwesenstudierenden repräsentiert werden (Abschnitt 3.1). Zum alten Mittelstand gehören auch die Angestellten in den Büros und im gehobenen Einzelhandel („white collar workers“) mit einem geringeren körperlichen Belastungsniveau und einer höheren Körperaufmerksamkeit (Abschnitt 3.2). Der „neue“ Mittelstand setzt sich aus eher akademisch geprägten Sozial-, Erziehungs-, und Pflegeberufen („care workers“) sowie aus Kreativ- und Kommunikationsberufen („creative workers“) zusammen, die Tätigkeiten mit kommunikativen und emotionalen Belastungen ausüben, wie sie typischerweise mit der Verrichtung von „Gefühlsarbeit“ verbunden sind (Abschnitt 3.3). Die an Reckwitz (2019) orientierte Differenz von „altem“ und „neuem“ Mittelstand gibt zwar nur grob die soziokulturelle und sozialmoralische Topographie der Bundesrepublik wieder (zur Kritik: Kumkar/Schimank 2021), soll aber hier als heuristische Annäherung angewendet werden, mit der das Interviewmaterial in einem ersten Zugriff sinnhaft strukturiert wird, ohne überdetailliert zu werden.

3.1 Robustheit: Die Traditionen der körperlich schweren Arbeit

Kopfschmerzen als Schmerzen des Körpers

Die Normen der körperlichen Robustheit wurden vor allem im „alten“ gewerblichen und kleinbürgerlichen Mittelstand der Handwerker und Facharbeiterinnen sowie der ländlich-bäuerischen Bevölkerung beobachtet. Ein Beispiel hierfür ist Herr Richter (48 Jahre alt, Handwerksmeister), der von starken Kopfschmerzen in seiner Kindheit und Jugend berichtet: Bei Kopfschmerzen „hab’ ich noch nicht mal ‘ne Tablette genommen, sondern eben weiter gearbeitet. Da gab’s kein Aufhören“ (S. 3, Z. 32f.). Obwohl er seinen Kopfschmerzen später – nach seiner Ausbildung zum Meister – als Patient einer Schmerzklinik mehr Aufmerksamkeit entgegenbringt, behält Herr Richter diese Einstellung des Ertragens bei: Gegenüber den Kameraden der Freiwilligen Feuerwehr wird über die Migräne kein Wort verloren, sie wüssten Bescheid, das reiche. Er schildert einen Einsatz um drei Uhr nachts, bei dem ihm ein Migräneanfall plagte: „So hab’ ich mich wirklich da lang gequält und hab’ das eigentlich nicht an die große Glocke gehängt oder irgendeinem gesagt“ (S. 14f., Z. 35ff.).

Durch den hohen Körpereinsatz haben Schmerzen in dieser Gruppe ihr legitimes Gegenüber in mechanischen Belastungen. Körperliche Arbeit – selbst wenn sie zunehmend leichter wird – bildet den Deutungsrahmen für die Schmerzen des Rückens oder der Gelenke, die akzeptiert sind und über die sich stillschweigend verständigt wird. Ablenkung gilt als hilfreich, und man geht wegen ihrer Geringfügigkeit nicht zum Arzt. Solche Schmerzen sind die Münzen, mit denen Identität und Zugehörigkeit bezahlt werden und eine Investition, die auf soziale Gewinne hoffen lässt. Schließlich ist die physische Funktionsfähigkeit notwendig für die Existenzsicherung. Arbeit und Bewegung sind Schmerzursachen und zugleich Heilmittel.

Die Körperschmerzen bilden ebenfalls den Deutungshorizont, vor denen die Schmerzen des Kopfes bewertet werden. Der Kopf ist gegenüber dem Körper nicht stark profiliert, so sind es auch nicht dessen Schmerzen. Migräne wird in Arbeiter- und Handwerkermilieus sowie im bäuerlichen Milieu mit Stillschweigen bedacht oder – wenn sie diagnostiziert wurde – als „Kopfweg“ geführt. Kopfschmerzen irritieren, da sie kein oder nur ein geringes Äquivalent in gegenständlich-fassbaren Belastungen haben, mit denen sie sich erklären las-

sen. Wenn sie überhaupt ins Spiel gebracht werden, findet man Erklärungen in physischen und stofflichen Ursachen (zu viel Alkohol, zu wenig Flüssigkeit, Hals- und Rückenschmerzen, die in den Kopfbereich ausstrahlen, Verletzungen am Kopf). Kopfschmerzen sind bei Männern weniger akzeptiert als bei Frauen, die zusätzlich – eher verschämt – auf ihre reproduktive Biografie und auf eine „weibliche Trostgemeinschaft“ (Shorter 1984) verweisen, in der Migräne tradiert wird. Auch sie ziehen sich stillschweigend zurück, sofern es Haushalt oder Erwerbstätigkeit erlauben. Mitunter werden sie von ihren Ehemännern diszipliniert – man könne sich Kopfschmerzen nicht leisten, wenn ein Bauernhof zu bewirtschaften und Kinder zu erziehen seien –, was sie zeithistorisch bedingt nicht als Skandal auffassen. Männer wie Frauen assoziieren Kopfschmerzen mit Verweichlichung, die mit Spott und Distanz sanktioniert und darum in der Regel mit sich selbst ausgemacht werden.

Die Disposition für diese robuste Einstellung erwarben die älteren Informantinnen in ihren Herkunftsfamilien, in denen sie als Kinder für die familiäre Existenzsicherung herangezogen wurden. Auf die anstrengende Arbeit, die zeitgeschichtlich kontextualisiert wird, ist man im Nachhinein stolz. Auf Schmerzäußerungen wurde in der Kindheit nicht besonders reagiert, mitunter wurden sie sogar rundweg abgestritten. Dass die Schmerzsprache ein stillschweigend familiär geteiltes Belastungserleben ist, spiegelt die ökonomische Realität wieder, in der körperliches Leistungsvermögen das existenzsichernde Kapital darstellt (Bourdieu 1982). Leistung wird im unausweichlichen Verschleiß des Körpers anhand der Schmerzen gemessen (Herzlich/Pierret 1991). Diese Körpersemantik lässt sich auf Kopfschmerzen allerdings nicht anwenden, da sie keinen Verschleiß anzeigen. Kopfschmerzen gelten deshalb als nicht existent und werden, falls sie doch auftreten, noch stärker als die anderen Schmerzen ignoriert.

Sozialer Aufstieg und instrumentelle Körperaufmerksamkeit

Die Schmerz- und Belastungsbiografien unserer Informantinnen zeigen, dass die robusten Einstellungen zwar immer noch vorhanden sind, aber mit dem intra- und intergenerationellen sozialen Aufstieg, der mit einem höheren Umfang an Schreibtisch- und Leitungstätigkeiten assoziiert ist, schleift sich die Vorstellung von der alternativlosen Abnutzung des Körpers ab, ohne gänzlich aufgegeben zu werden. Die höhere Körperaufmerksamkeit korrespondiert mit der Bedeutungszunahme der medizinischen Versorgung und ihrer stärkeren Nachfrage. Die Befragten konsultieren Fachärztinnen, von denen sie sich die Migräne diagnostizieren und behandeln lassen; mitunter halten sie sich für eine „Kur“ in Spezialkliniken auf. Sie nehmen Schmerzmittel ein und beanspruchen in ihren Familien Rückzugsmöglichkeiten. Selbst auf den Arbeitsstellen wird die Kopfschmerzdiagnose offiziell ausgewiesen, allerdings nur die Migräne und die starken – als männlich konnotierten – Clusterkopfschmerzen, nicht aber die als schwächer geltenden Spannungskopfschmerzen. Unsere Informantinnen übernehmen für die Erklärung der Migräne die ältere neurologische Theorie der dilatierenden Blutgefäße (z.B. Wolff 1972) – weisen sie also der Mechanik des Körpers zu. Die Formen der Bewältigung sind pragmatisch-instrumentell, wofür sich nach dem Ideal der episodisch eingenommenen Krankenrolle der ärztlichen Autorität unterstellt wird; psychologische Angebote werden, wenn überhaupt, pragmatisch angenommen. Das ältere Schema der Kopfschmerzen als Körperschmerzen wird nicht verlassen, ebenso nicht die klare Trennung zwischen Unwohlsein und Pathologie. Wenn alles nichts wirkt, werden Schmerzen eben ausgehalten. Die Schwäche des Körpers wird weiterhin mit Willenskraft und Leidensbereitschaft überwunden.

Es ist zu vermuten, dass dieses gefestigte Selbstverständnis gegenüber den Schmerzen Teil eines fraglosen Normallebensentwurfs und der mit ihm verbundenen Werte der Erwerbsarbeit, Familie, Ortsgebundenheit, Sparsamkeit und Statussicherheit ist. Das würde auch für

die jüngeren, aus Mittelstädten stammenden Ingenieurwesenstudierenden gelten. Die Vermeidung und Bewältigung von Ambiguitäten und Unsicherheiten des Lebens der spätmodernen Verhältnisse beruht auf einem starken Vertrauen in die Sicherheitsversprechen der großen gesellschaftlichen Institutionen der industriellen Moderne (Reckwitz 2019; Riesman 1958). Schwierigkeiten, diesem Normallebensentwurf zu entsprechen, etwa bei Lebenskrisen – das Scheitern der Ehe, Krankheiten oder Alkoholismus – werden pragmatisch-aktiv angegangen. Der kämpferische Gestus wird nicht nur auf die Schmerzen angewendet, sondern auf die Lebensbewältigung insgesamt.

3.2 Angestellte: Kopfschmerzen als Krankheit

Die Interviews weisen darauf hin, dass das robuste Schmerzverständnis des alten Mittelstands der gesellschaftlich durchgesetzte alltagspraktische Maßstab ist, worauf weitere – empfindlichere – Schmerzdeutungen aufgesetzt sind, was zunächst am Beispiel des Angestelltenmilieus dargestellt wird.

Die Angestellten der kommunalen und betrieblichen Verwaltung sowie des gehobenen Einzelhandels gehören nach der Konzeption von Reckwitz (2019) ebenfalls zum alten Mittelstand. Diese am bürgerlichen Normallebensentwurf orientierten „Organisationsmenschen“ (Whyte 1958; Mills 1955) arbeiten nicht mehr körperlich hart und bringen ihrem Körper mehr Aufmerksamkeit entgegen (Boltanski 1976; Herzlich/Pierret 1991; Weniger 2013). Sie sehen im Kopf ihr Arbeitsorgan, den sie stärker als die Angehörigen der gewerblichen Milieus gegenüber dem Körper profilieren. Zusätzlich zu den leichteren physischen Belastungen, die als Haltungsprobleme in den Kopf ausstrahlen, assoziieren Angestellte Kopfschmerzen mit der Nerventätigkeit bei der Verarbeitung sensorischer Belastungen, etwa Wettereinflüsse, Geräusche, Gerüche und Lichteinwirkungen, vor allem aber mit den Anstrengungen des hochkonzentrierten Arbeitens und kognitiver Tätigkeiten. Sie sehen daher den Kopf als eigenständige Schmerzlokalisierung und zeigen für dessen Schmerzen untereinander Verständnis. Allerdings verbuchen sie Kopfschmerzen – eben weil sie so typisch sind – als alltägliches Unwohlsein und nicht als Krankheit. Nur sehr verschämt darf dafür eine konventionelle Krankenrolle eingenommen werden.

Die in den Schmerzkliniken befragten Angestellten weisen allerdings ein davon abweichendes Muster auf: Sie betonen den Krankheitswert ihrer Kopfschmerzen in den Familien und auf den Arbeitsstellen. Insofern liegen damit neue Formen des Umgangs mit Schmerzen vor, die die Deutungsangebote der spezialistischen Schmerzmedizin aufnehmen, von denen im Folgenden berichtet wird.

Demonstratives Leiden

Informantinnen dieser Gruppe machen ihre Kopfschmerzen als Migräne sichtbar und markieren sie damit unumstößlich als Krankheit: Herr Sulzbacher (31 Jahre alt, Versicherungsangestellter) beschreibt seine Migränezeichen:

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. Da dran merkt man halt, dass ich Schmerzen hab'. Das sehen dann auch die Leute. (S. 24, Z. 24ff.)

Die Sichtbarkeit der Kopfschmerzen wird neben den als spontan geltenden Körperäußerungen (z.B. Erbrechen, leidgeprüfter Habitus) mit Requisiten herausgestellt, mit denen die

Schmerzen, die geschwächte Konstitution sowie die Licht- und Geräuschempfindlichkeit repräsentiert werden: eine ostentativ eingenommene Schmerztablette, Kälte- oder Wärmekissen sowie Sonnenbrille, Verdunkelung des Raumes oder Rückzug. Frauen berichten davon etwas eindrücklicher und emotionalisierter als Männer, aber die Unterschiede sind nur graduell. Der Körper ist die Bühne der nichtstofflichen, gleichsam ätherischen Ätiologie der Kopfschmerzen, deren Zeichen im semantischen Code des Leidens für die anderen als Migräne lesbar gemacht werden.

Widersprüchliche Schmerzsozialisation

Dieser Schmerz Umgang steht im Widerspruch zu den Körpernormen der Robustheit aus dem Herkunftsmilieu im alten Mittelstand, die sie in ihrer Kindheit und Jugend kennengelernt haben, in denen Schmerzen abgewiesen oder kaum thematisiert wurden. Selbst wenn ihre Eltern Kopfschmerzen hatten, war das den Befragten nicht bekannt, zumindest nicht unter dem Etikett der Migräne. Sie erfuhren erst im Erwachsenenalter davon. Die eigenen Kopfschmerzen, so vorhanden, wurden in der Kindheit und Jugend als „Kopfweg“ heruntergespielt und mit einfachen Mitteln, meist mit Bettruhe, behandelt und nicht mit pathologischen Etiketten versehen.

Aus einer sozialisationstheoretischen Perspektive überrascht es zunächst, dass die statuskonformen robusten Einstellungen der Schmerzrelativierung nicht beibehalten wurden. Die Begründung für diesen Widerspruch kann darin liegen, dass die Körpernorm der Robustheit nur schwach vermittelt wurde und nicht in die typischen Lebensentwürfe und familiären Arrangements einbettet war: Unsere Informantinnen wuchsen nicht in den für die Nachkriegszeit üblichen Normalfamilien, bestehend aus leiblichen Eltern und ein bis zwei Geschwistern, auf: Die Eltern trennten sich, die Mütter verheirateten sich wieder und zogen mit ihren Kindern an andere Orte, die Bezugspersonen wechselten, und die Beziehungen zu ihnen schienen nicht einfach zu sein. Familiäre Konstellationen, die heute als „patchwork“ Normalität beanspruchen, galten früher als Abweichung von der Norm – das bekamen auch die Kinder zu spüren. Zudem orientierten sich die Eltern, insbesondere die Mütter, am sozialen Aufstieg und entfernten sich symbolisch von ihrem Ursprungsmilieu, wobei die traditionellen Orientierungen nicht ganz aufgegeben, die neuen aber noch nicht gänzlich angeeignet wurden. So scheint es plausibel, dass es mit dem Statuswechsel in andere Milieus, der nicht durch anerkannte Normen und Praktiken moderiert wurde, auch für Schmerzen noch keine gesicherten Umgangsformen und noch keine elaborierte Sprache gab, in denen sie sich als Alltagsbeschwerden sowohl ausdrücken als auch normalisieren.

Kopfschmerzen in bürokratischen Organisationen

Die Disposition für die höhere Empfindlichkeit realisiert sich unter den Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit in bürokratischen Organisationen, die nach formalen Kalkülen operieren. Unsere Informantinnen geraten mit ihren Schmerzäußerungen in Plausibilisierungsdruck: Zunächst aktivieren sie mit der demonstrativen Darstellung ihrer Kopfschmerzen die affektive Solidarität ihrer Kolleginnen, die ihnen Dispens gewähren und ihre Arbeitstätigkeiten übernehmen. Solche informellen Arrangements bestehen allerdings nicht auf Dauer, was Frau Mende (34 Jahre alt, Mediengestalterin) anspricht: Nachdem die Kolleginnen durch andauerndes Weinen „zum ersten Mal mitgekriegt [haben], wie schlimm es eigentlich ist“ (S. 24, Z. 31f.), 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“ (S. 5, Z. 31f.).

Sollen Sonderansprüche und Schonung aber nicht mehr nur vom wechselhaften Wohlbefinden der Kollegen abhängig sein, bringen unsere Informantinnen ihre Kopfschmerzen nicht mehr als Alltagsbeschwerden ins Spiel, sondern weisen sie als Krankheit aus. Dazu verwenden sie dann die von den Ärztinnen vergebenen Diagnosen als Migräne, mitunter auch Clusterkopfschmerz oder, weniger durchsetzungsfähig, Spannungskopfschmerzen. Unsere Informantinnen aus den Verwaltungsabteilungen sehen die Ärzte genauso, wie sie sich selbst sehen: als bürokratische Verfahrensarbeiter, die mit ihren Diagnosen über Krankheit und Gesundheit entscheiden und in ihrer Funktion als gate-keeper Ansprüche zu- oder abweisen.

Migräne als Krankheit der Leistungsfähigkeit

Die Medikalisierung der Kopfschmerzen legt die Angestellten allerdings auf die Identität eines als nicht leistungsfähig geltenden Migränikers fest. Diesem Stigma begegnen sie, indem sie zwei Deutungsangebote der Schmerzmedizin auf sich anwenden und gegenüber den Kollegen ausspielen: Die Unterstellung, dass sich andere nicht in die Schmerzen einfühlen können und die Zuschreibung, gerade bei einer Migräne als besonders leistungsfähig zu gelten.

In den Schmerzkliniken werden die Angestellten mit der Idee vertraut gemacht, dass „Schmerz [...] immer subjektiv [ist]“ (Mersky 1979, zit. nach: Bonica 1990, S. 18) und als eine Krankheit der zutiefst persönlichen Erfahrung gilt. Mit der dort vergebenen Diagnose der „chronischen Schmerzen“ wird eine von anderen nicht zu widerlegende Realität durchgesetzt. Die eigene – nun offiziell als Krankheit ausgewiesene – Empfindung wird zur maßgeblichen Bewertungsgrundlage für die Krankenrechte und nicht mehr die alltagsweltlichen Normen des Schmerzertragens.

Das Recht auf die „Subjektivität“ der Schmerzen wird dadurch untermauert, dass Migräne von der Schmerzmedizin als eine Krankheit der hohen Arbeitsethik apostrophiert wird. Patienten erfahren bei dem stationären Aufenthalt, dass ihr reizbares Gehirn mit beträchtlichen kognitiven und emotionalen Fähigkeiten ausgestattet sei, wie es etwa der Leiter einer Schmerzklinik, Reto Agosti, sieht: „Migräniker sehen mehr, hören mehr, spüren mehr. Sie haben ihre Antennen immer ausgefahren“ (NZZ 2021; ähnlich Göbel 2012, S. 128). Die hohe Leistungsfähigkeit dieses „Migränegehirns“ (Borsook et al. 2012) sei allerdings mit hohen Kosten erkauft, da in dem hochaktiven Modus das Gehirn einen überdurchschnittlich hohen Energiebedarf habe und schnell überlastet sei (Göbel 2012, 180). Dieses Kondensat medizinischer Forschung wird in die griffige Formel vom „Porschegehirn“ übersetzt (Gerber in: Kast 2001): „Migräniker leben mit einem Porsche im Kopf, geben immer Vollgas. Doch von Zeit zu Zeit benötigt das Hirn einen Boxenstopp“. Mit anderen Worten: Das Gehirn versetzt sie angeblich in die Lage, so viel und so effektiv zu arbeiten, und gleichzeitig macht diese viele Arbeit krank. Damit bekommen die Patienten der Schmerzkliniken das Argument in die Hand, dass jede Art von Stress zu einer Migräneepisode führen kann, womit sich das Krankheitsarrangement auch auf Zeiten außerhalb der Anfälle ausdehnt – ein Argument, mit dem die Angestellten auf den Arbeitsstellen und in ihren Familien einen auf die Krankheit angepassten Lebensstil durchsetzen.

Die neuen Wissensbestände aus den Schmerzkliniken wenden die Patientinnen auf ihren Alltag an, unter Umständen wird die Krankheit zu ihrem Lebensmittelpunkt. Berufs- und familienbiografisch federn sie dadurch Unsicherheiten bei Statuswechsel ab bzw. sichern ihre Positionen. Sie koppeln sich von den Sinnstiftungen ihrer Alltagskollektive ab: der Leistungsnachweis besteht nun in der Präsentation von Schmerzen als Krankheit, und das neue

Leistungskollektiv sind die von den Ärzten approbierten Schmerzkranken. Mit zunehmender Behandlungsintensität und Behandlungsdauer werden Normalidentitäten vielfach nicht wiedererlangt, sondern neue Identitäten als Schmerzkranken zugewiesen.

3.3 Die Empfindlichkeitsnetze der Sozial- und Kreativberufe

Wir haben in unserem Sample Angehörige von Sozial- und Kreativberufen gefunden, die ihren Körper und ihre Schmerzen ebenfalls sehr genau beobachten und dafür eine Sprache finden. Der Unterschied zu den Angestellten besteht allerdings darin, dass sie ihre Schmerzen zum Gegenstand sinnhafter (und nicht abweichender) Beziehungen in ihrem Alltag machen und trotz ärztlicher Behandlungen ihre Schmerzen nicht als pathologisch ausspielen.

Die Schmerzen sozialer Beziehungen

Frau Schildbauer (53 Jahre alt, Psychologin) ist ein „kopplastiger Mensch“ (S. 12, Z. 9), wie sie von sich selbst sagt. Sie sieht das Problem ihrer Kopfschmerzen weniger in den Schmerzen, sondern in der Störung sozialer Beziehungen:

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

Kopfschmerzen stören nicht nur soziale Beziehungen, letztere werden auch als deren Ursache gedeutet. Ella (18 Jahre alt, Sozialwesenstudentin) begründet ihre Kopfschmerzen mit „mehr Stress mit meinem Ex-Freund“ sowie mit Sorgen um ihre Mutter, die ein „schweres Rheuma“ (S. 14, Z. 422 f) hat.

Die Belastungen ergeben sich aus sensorischen Reizen (ähnlich den Angestellten) sowie – das zeichnet sie gegenüber den anderen Gruppen aus – im Management sozialer Situationen, in der Selbstdarstellung und im Umgang mit anderen. Nicht so sehr die Schmerzen scheinen das Problem zu sein, sondern der „Kontrollverlust“ (Frau Schildbauer S. 9, Z. 13) über sich selbst, wenn man sich „wahnsinnig ausgeliefert“ fühlt (Frau Martinson 53 Jahre alt, Sozialarbeiterin, S. 10, Z. 19). Die Handlungsunfähigkeit durch die Kopfschmerzen beziehen unsere Informantinnen mit Sozial- und Kreativberufen auf ihre eingeschränkte Kommunikation und ihr eingeschränktes Gefühlsmanagement.

Familiäre Empfindlichkeitsnetze und Therapie

Die Disposition für die höhere Empfindlichkeit und die Artikulationsfähigkeit dafür wird entweder in den Herkunftsfamilien oder im therapeutischen Erfahrungsraum angelegt. Das, was die Robusten des alten Mittelstands als Wehleidigkeit verständnislos abwerten, geht bei den Angehörigen der Sozialberufe in ein sinnstiftendes Vokabular der familiär geteilten Empfindlichkeiten und Krankheiten ein, das Zugehörigkeit und Gruppenidentität sichert. Symptome, die als Schmerzen, Allergien, Tinnitus, ADHS oder Körperbildstörungen etikettiert sind, aber auch chronische Erkrankungen wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, formieren sich zu einer Semantik der in den Familien geteilten Körpersprache.

Ein Beispiel dafür ist Sabrina (22 Jahre alt, Sozialwesenstudentin). Ihr Vater, ein Facharbeiter, hatte mehrere Herzinfarkte, ihre Mutter starkes Übergewicht und Diabetes. Sie starb

plötzlich, als Sabrina 20 Jahre alt war. Die Schwester und eine Großmutter leiden an Rheuma. Ihre eigene körperliche Konstitution setzt sie in den Kontext ihrer Familie:

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. (S. 15, Z. 490ff.)

Krankheiten und Beschwerden sind für sie selbstverständlicher Bestandteil ihrer Biographie. Obwohl sie von keiner eigenen ersten Krankheit berichtet, konzipiert sie ihren Körper als verletzlich – genauso wie ihre Familie. Die Migränekopfschmerzen webt sie in das familiäre Gespräch ein und verknüpft damit den elterlichen Auftrag zur Aufwärtsmobilität: Die Migräne sichert den Rückzug, um für das Abitur lernen zu können; nach dem Auszug aus dem Elternhaus, mit dem Tod der Mutter und mit Beginn des Studiums lassen die Kopfschmerzen nach.

Die Angehörigen der Sozialberufe verorten ihre Empfindlichkeit auch vor einem therapeutischen Deutungshorizont, was bei den Informantinnen mit akademisch geprägten Kreativberufen stärker zu Tage tritt. Diese kommen aus einem körperrobusten Elternhaus, deren Normen sie zunächst übernommen haben. In ihrer beruflichen Karriere wandten sie sich zunehmend den alternativen Selbstverwirklichungsmilieus zu und übernahmen im Zuge von Lebenskrisen sowie bei familiären und beruflichen Unzufriedenheiten Deutungen des therapeutischen Komplexes (Selbsthilfe, Psychotherapien) (etwa Illouz 2009).

Der Körper als Sensorium für Gefühlsarbeit

Auch in der Gruppe der Sozial- und Kreativberufe zeigt sich die erworbene Empfindlichkeitsdisposition in der Erwerbsarbeit. In den personenbezogenen Dienstleistungen wird der Körper für Gefühlsarbeit eingesetzt, mit der auf Einstellungen, Affekte und Motive von Klientinnen, Kunden und Patientinnen eingewirkt wird, um die Arbeitsziele (z.B. Verkauf, Wohlbefinden, Wohlverhalten) zu erreichen (Dunkel 1988; Hochschild 1990). Zum Hervorrufen der gewünschten Gefühle bei den Adressatinnen setzen die Dienstleisterinnen ihre eigenen strategisch modulierten Emotionen ein. Einfühlen in andere, um deren Bedürfnisse und Ansprüche zu erforschen, ist die markante Eigenschaft der Sozial- und Kreativberufe. Solche Aussagen finden sich jedenfalls nicht bei den Angehörigen des alten Mittelstands.

Die empfindliche Körperlichkeit als Sensorium für gefühlsbasierte Tätigkeiten drückt sich in einem elaborierten Sprach- und Körpercode aus. Bei den Angehörigen der Sozialberufe steht Befindlichkeit unter Dauerbeobachtung, wie bei Frau Bonifacio (37 Jahre alt, Erzieherin):

[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. (S. 22, Z. 979ff.)

Während der alte Mittelstand seinen Körper als Festung auffasst, wird er bei den Sozial- und Kreativberufen als Wahrnehmungsorgan für andere konzipiert, dessen notwendige Durchlässigkeit allerdings auch ein Risiko für die Integrität des Selbst darstellt. Kopfschmerzen und andere Beschwerden gelten daher als typische Belastungen des betrieblichen Alltags. Das kollegiale Verständnis dafür drückt sich in der affektiven Solidarität einer quasifamiliären Gemeinschaft aus, die Kopfschmerzen weitgehend in den Alltag integriert. Mit der Vereinbarung stabiler Einzelfalllösungen für die Bewältigung der Schmerzphasen müssen keine formellen Arrangements auf der Basis von ärztlichen Attesten herbeigeführt werden, wie es

bei den Angestellten beschrieben wurde. Als biomedizinische Pathologie werden die Kopfschmerzen nur im äußersten Notfall thematisiert.

Bei den Angehörigen der Kreativberufe kommt hinzu, dass sie ihre Gefühle nicht nur als Arbeitsmittel einsetzen; darüber hinaus verkaufen sie mit ihren Diensten auch Erlebnisse, etwa im Coaching, in der Therapiebranche, im alternativen Handel oder als Selbsterfahrung. Wenn bei ihnen Gefühle zur Ware werden, so weben sie auch ihre Missempfindungen in die Gefühlsordnung ihrer Tätigkeiten ein. Frau Blankartz-König (58 Jahre alt, Krankenschwester einer psychosomatischen Klinik) lernte während ihrer Psychotherapie, dass ein „Mutterkonflikt“ für ihre Migräne verantwortlich sein soll. Dieses neue Verständnis für ihre Empfindlichkeit wendet sie auf ihre Tätigkeit an, da sie nun für „Gegenübertragungen“ (S. 12, Z. 7) der Patientinnen sensibilisiert ist. Auf diese Weise inkorporiert sie die Migräne als sinnstiftende Repräsentantin ihrer therapeutischen Arbeit. Andere Informantinnen bearbeiten ihre Kopfschmerzen ebenfalls mit den Körperpraktiken des Alternativmilieus (z.B. die Kontemplation eines Wildnispädagogen im Wald, der Yogakurs einer Kommunikationstrainerin), die so ihren Lebensentwurf und ihre Weltdeutung bestätigen.

Therapeutisierung

Die Deutung der Kopfschmerzen als emotionale und soziale Störung spielt auch in die Arztkontakte hinein, in denen Schmerzplausibilisierung zu einem wesentlichen Teil Gefühlskommunikation ist. Frau Schildbauer führt dafür ihre Neurologin an, 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 gewürdigt. (S. 33, Z. 26ff.)

Obwohl die medizinische Behandlung in Anspruch genommen wird, gilt das instrumentell-scientifische Vorgehen vieler Ärzte, das den Bedürfnissen des alten Mittelstands entspricht, als unzureichend. Die an den Schmerzkliniken angebotene Migränetheorie finden die Gefühlsarbeiterinnen zwar intellektuell interessant, wenden sie aber nicht in ihrem Alltag an; eher finden sie Bestätigung in den therapeutischen Deutungen der Selbstachtsamkeit aus den Seminaren der Patientenedukation und übernehmen Übungsformen aus dem Repertoire der Entspannungstrainings, wie Yoga oder Bogenschießen, die sie in ihren emotional-therapeutischen Wissensbestand integrieren.

4 Entgrenzung von Normalität und Pathologie

Kopfschmerzen wurden in der vorliegenden Studie als Beispiel für alltägliche Missempfindungen untersucht, die mit medizinischen Pathologien belegt werden und als expertiell beglaubigte sinnstiftende Elemente wieder in soziale Beziehungen eingehen. Solche Transformationsprozesse werden von Diskursen dirigiert, die den Horizont bilden, vor dem Missempfindungen, Schmerzen und Beschwerden gedeutet werden. Ausgehend von einer konventionellen Krankenrolle (Parsons 1958), die die Angehörigen des alten Mittelstandes einnehmen, können aus dem Interviewmaterial zwei weitere diskursiv angeleitete Rollenangebote identifiziert werden, die unsere Informantinnen entsprechend ihrer soziokulturellen Milieus und sozialmoralischen Orientierungen wahrnehmen.

Klinische Kollektive

Die untersuchten Angestellten aus den Schmerzkliniken repräsentieren den Patiententypus der aufgeklärten Krankheitsexpertinnen. Das szientistische Deutungsangebot des „Migränegehirns“ übernehmen sie als kollektiv geteiltes Merkmal, mit dem sie sich selbst als „Migränemenschen“ (Frau Klausen, 49 Jahre alt, Arzthelferin, S. 12, Z. 25) klassifizieren. Dieses Beispiel macht deutlich, dass die Krankheitstheorie zum Kristallisationskern einer Kollektividentität jenseits der konventionellen Krankenrolle wird (vgl. Kempner 2014).

Die neuen Deutungen liefert die zur Leitwissenschaft avancierte Neurophysiologie (z.B. Ehrenberg 2019, Hasler 2012), die Störungen des Wohlbefindens und des Fühlens sowie sozio-emotive Abweichungen auf der Basis zerebraler Mechanismen (z.B. bei Depression, Autismus, ADHS) beschreibt. Die neuen Vorstellungen verbleiben nicht in der Expertenwelt von Wissenschaft und Medizin, sondern verbreiten sich in die Öffentlichkeit und in soziale Bewegungen, etwa in die „Neurodiversitätsbewegung“ (Jaarsma/Wellin 2012; Hasler 2012; S. 61–68). Krankheiten und Abweichungen werden dort als Identitätsdimensionen „neurochemischer Selbst“ (Rose 2003) gesehen, die auf „einer natürlichen Variation“ der hirneigenen Physiologie basieren (Jaarsma/Wellin 2012, S. 11). Die Neurophysiologie gibt damit ein Inklusionsversprechen auf der Basis einer Besonderheit. Gleichzeitig kann man sich von psychiatrisch-psychologischen Zuschreibungen einer Persönlichkeitsstörung distanzieren, z.B. die mit der Idee der „Schmerzpersönlichkeit“ verbunden sind (Kröner-Herwig 2007). Die vorliegende Untersuchung in der neurologischen Schmerzversorgung zeigt nun, dass diese Identitätsversprechen auch auf etablierte neurologische Erkrankungen der Migräne (sowie der Epilepsie) angewendet werden und in die Alltagspraxis eingehen (Dreßke/Schadow 2018).

Therapeutische Kollektive

Für die Gefühlsarbeiterinnen der Sozial- und Kreativberufe des neuen Mittelstandes macht dagegen der therapeutische Komplex „als eigenständiger Diskurs, als kommunikative Gattung und als soziokulturelle Institution“ (Maasen 2011, S. 15) ein Identitätsangebot, in dem Missempfindungen als Krankheiten des Selbst behandelt werden (Furedi 2004, Rau 2016). Die therapeutische Logik erzeugt dafür eine doppelte Rollenstruktur (Illouz 2009): Einerseits sehen sich die Kranken als Opfer ihrer „sozialen Umstände“ (Illouz 2009, S. 309f.) und der hohen Anforderungen – deshalb werden sie krank –, andererseits erfüllen sie die therapeutische Rolle nur als „Überlebende“, die das Opferdasein überwinden und als biografische Episode hinter sich lassen. Als Opfer können sie „symbolische Entschädigungen“ (Illouz 2009, S. 309) geltend machen, als Überlebende sind sie von der Verantwortung für ihre Leiden befreit, wenn sie nur hart genug an ihrem Selbst arbeiten. Genauso wie die biomedizinische Logik den Körper objektiviert, macht die therapeutische (Lebens-)Praxis das Selbst zu einer Gelegenheit mit Distinktionsgewinnen durch die Beherrschung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit (Illouz 2009).

Institutionelle Deutungsangebote und affektive Parallelwelten

Welche institutionellen Deutungsangebote für Missempfindungen angenommen werden, ist kein Zufall: Personen mit einem robusten Körperverständnis übernehmen die konventionelle Krankenrolle, Personen mit empfindlichen Einstellungen des Körpers versammeln sich in klinischen Kollektiven und Personen, die im emotionalen Code operieren, wenden therapeu-

tische Deutungen auf sich an. In den klinischen Kollektiven und im therapeutischen Komplex wird die Krankheit allerdings nicht mehr zum Verschwinden gebracht, wie noch im klassischen Krankheitsverständnis. Stattdessen bekommt sie andere Ausdrucksformen und wird zum Anlass von Optimierungen: in den therapeutischen Kollektiven werden die emotionalen Fähigkeiten („soft skills“), in den klinischen Kollektiven die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten („neuroenhancement“) optimiert. Wenn statt Heilung die Manipulation des Ausdrucks und die Optimierung des Körpers angestrebt werden, ergeben sich daraus weitreichende Chancen. Die (nicht ganz) neuen Diskurse legitimieren Abweichungen, für die sie Normalität, zumindest Anerkennung, fordern. Zentral an beiden Diskursen ist, dass sich Normalität und Pathologie entgrenzen und sich die Asymmetrie von Gesunden und Kranken zugunsten der Krankenrechte verschiebt, was auch Konsequenzen für das Gesundheits- und Rentensystem hat.

Die Interviews ermöglichen noch eine weitere Lesart, nämlich, dass die Akzeptanz der lebensweltlichen Arrangements auf der Basis therapeutischer und klinischer Wissensbestände mit erheblichen Kosten erkaufte wird: Angehörige oder Kolleginnen in den Büros und Geschäften gehen zwar pragmatische Kompromisse in der Alltagsgestaltung ein, lassen sich aber von den expertiell gestützten Deutungen dann doch nicht beeindrucken. Die Lösung besteht in affektiven Parallelwelten, in denen expertielle Empfindlichkeitsdeutungen den alltagsweltlichen gegenüberstehen: Die Kranken machen sich – gestützt auf das Subjektivitätspostulat der chronischen Beschwerden – mit dem Argument unangreifbar, dass sich andere in die Schmerzen nicht einfühlen können. Die Gesunden dagegen beharren weiterhin auf ihre robusten Schmerznormen und behandeln ihre Kranken im besten Fall nachsichtig.

Literatur

- Boltanski, L. (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper, D./Rittner, V. (Hrsg.): München, S. 138–193.
- Bonica, J.J. (Hrsg.) (1990): The management of pain (Vol. 1 & 2). Philadelphia.
- Borsook, D./May, A./Goadsby, P.J./Hargreaves, R. (Hrsg.) (2012): The migraine brain. Oxford. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199754564.001.0001>
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Frankfurt a.M.
- Douglas, M. (1974): Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Frankfurt a.M.
- Dreßke, S. (2022): Empfindliche Körper. Bielefeld. <https://doi.org/10.1515/9783839460702>
- Dreßke, S./Ayalp, T. (2017): Lebensschmerz – Verkörperungen des Historischen. Biographische Leidens- und Lebenserfahrungen Hochaltriger. In: Keller, R./Meuser, M. (Hrsg.): Alter(n) und vergängliche Körper. Wiesbaden, S. 209–231. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10420-7_10
- Dreßke, S./Schadow, S. (2018): Das empfindliche Gehirn. Deutungen von Migräne in einem Internet-selbsthilfeforum. In: Hartung, A./Vollbrecht, R./Dallmann, C. (Hrsg.): Körpergeschichten. Baden-Baden, S. 109–126. <https://doi.org/10.5771/9783845279640-109>
- Dunkel, W. (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. In: Soziale Welt, 39. Jg., H. 1, S. 66–85.
- Ehrenberg, A. (2019): Die Mechanik der Leidenschaft. Berlin.
- Fagerhaugh, S./Strauss, A.L. (1977): Politics of pain management. Menlo Park.
- Furedi, F. (2004): Therapy culture. London.
- Göbel, H. (2012): Erfolgreich gegen Kopfschmerzen und Migräne. Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-25521-2>
- Gugutzer, R. (2012): Verkörperungen des Sozialen. Bielefeld. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839419083>
- Hasler, F. (2012): Neuromythologie. Bielefeld. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839415801>

- Herzlich, C./Pierret, J. (1991): *Kranke gestern, Kranke heute*. München.
- Illouz E. (2009): *Die Errettung der modernen Seele*. Frankfurt a.M.
- Hochschild, A. R. (1990): *Das gekaufte Herz*. Frankfurt a.M.
- Jaarsma, P./Wellin, S. (2012): Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. In: *Health Care Analysis*, 20. Jg., H. 1, S. 20–30. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0169-9>
- Kast, B. (2001): Migräne: Die Hölle aus dem Hirn. In: *Tagesspiegel*, 25.03.2001. <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/gesundheit/migraene-die-hoelle-aus-dem-hirn/214308.html> (21. Juni 2022)
- Kaufmann, J.-C. (1999): *Das verstehende Interview*. Konstanz.
- Kempner, J. (2014): Not tonight. Migraine and the politics of gender and health. Chicago. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226179292.001.0001>
- Kröner-Herwig, B. (2007): Die Schmerzpersönlichkeit – eine Fiktion? In: Kröner-Herwig, B./Frettlöh, J./Klinger, R./Nilges, P. (Hrsg.): *Schmerzpsychotherapie*. Heidelberg, S. 141–150. https://doi.org/10.1007/978-3-540-72284-7_7
- Kumkar, N./Schimank, U. (2021): Drei-Klassengesellschaft? Bruch? Konfrontation? In: *Leviathan*, 49. Jg., H. 1, S. 7–32. <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2021-1-7>
- Le Breton, D. (2003): *Der Schmerz*. Zürich.
- Maasen, S. (2011): Das beratene Selbst. In: Maasen, S./Elberfeld, J./Eitler, P./Tändler, M. (Hrsg.): *Das beratene Selbst*. Bielefeld, S. 7–36. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839415412>
- Mayring, P. (1993): *Qualitative Inhaltsanalyse*. 4. erw. Aufl. Weinheim.
- Mersky, H. (1979): Pain terms. In: *Pain*, 6. Jg., H. 3, S. 249–252.
- Meuser, M. (2006): Körper-Handeln. In: Gugutzer, R. (Hrsg.) *Body turn. Perspektiven der Soziologie von Körper und des Sports*. Bielefeld, S. 95–118. <https://doi.org/10.1515/9783839404706-004>
- Mills, C.W. (1955): *Menschen im Büro*. Köln.
- NZZ (2021): Jede sechste Schweizerin leidet an Migräne – und doch hört man wenig von der Krankheit. 29.08.2021. <https://www.nzz.ch/panorama/migraene-was-dagegen-hilft-und-warum-frauen-haeufiger-daran-leiden-ld.1625767> (21. Juni 2022)
- Parsons T. (1958): Die Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Sonderheft 3)*, S. 10–57. https://doi.org/10.1007/978-3-663-02851-2_2
- Peller, A. (2003): No pain, no gain. In: *africa spectrum*, 38. Jg., H. 2, S. 197–214.
- Rau, A. (2016): Die Regierung der Psyche. In: Anhorn, R./Balzereit, M. (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden, S. 647–665. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10870-0_22
- Reckwitz, A. (2019): *Das Ende der Illusionen*. Frankfurt a.M.
- Riesman, D. (1958) [1950]: *Die einsame Masse*. Hamburg.
- RKI (2020): Migräne und Spannungskopfschmerzen in Deutschland. In: *Journal for Health Monitoring*, 5. Jg., H. 6. <https://doi.org/10.25646/6988.2>
- Rose, N. (2003): Neurochemical selves. In: *Society*, 41. Jg., H. 1, S. 46–59. <https://doi.org/10.1007/BF02688204>
- Sacks, O. (1994): *Migräne*. Reinbek b.H.
- Schulze, G. (1992): *Die Erlebnisgesellschaft*. Frankfurt a.M.
- Shorter, E. (1984): *Der weibliche Körper als Schicksal*. München.
- Strauss, A.L. (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München.
- Weniger, K. (2013): *Karriere-Körper*. Marburg.
- Whyte, W.H. (1958): *Herr und Opfer der Organisation*. Düsseldorf.
- Wippermann, C./Arnold, N./Möller-Slawinski, H./Borchard, M./Marx, P. (2011): *Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem*. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92871-5>
- Wolff, H.G. (1972): *Wolff's Headache and other head pain*. 3. Auflage New York.
- Zborowski, M. (1969): *People in pain*. San Francisco.