

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 Empfindlichkeitkeiten 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 uasgenommen, 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 verhinderten, den üblichen Anforderungen in der Familie und auf der Arbeitsstelle nachzukommen. Der Alltag wurde von ihnen und ihren Angehörigen dysfunktional und bedrohlich erlebt. Die Schmerzen gingen weit über das Niveau hinaus, das ertragen werden kann. Ihr Weg führte zwar zunächst zu niedergelassenen Ärztinnen oder über die Notaufnahme auf die neurologische Station, aber auch dort gab es keine besseren Behandlungsmöglichkeiten mehr. Trotz ihrer starken Schmerzen müssen die Patientinnen häufig von Angehörigen, Partnern oder Eltern sowie 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 zureckkam. Seit zwei Jahren haben sich die Kopfschmerzen verstärkt, und seit sechs Monaten hat sie sechs bis acht Anfälle pro Monat, nun unregelmäßig, auch wochentags, jeder Anfall dauert drei Tage. Vom niedergelassenen Arzt bekam sie Triptane, Prophylaktika sowie Antidepressiva 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 Kopfschmerzbehandlung sind aber, wie bei Frau Gude zu sehen, deren iatrogene Effekte. Nach der medizinischen Theorie kommt es durch zu häufige Einnahme der Schmerzmittel nach kurzer Zeit erneut zu Kopfschmerzen, wogegen wiederum Schmerzmittel 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 eingenommen werden, da durch sie selbst wieder Schmerzen verursacht werden. Übergebrauchskopfschmerzen sind eines der typischen Probleme, mit denen Patienten in die Schmerzklinik 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 ungeregelt, 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 unbekannten 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 Enthaltsamkeit 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 Regelhaftigkeit 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, Gesetzlichkeiten 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 Selbstreporten 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 Selbstreporten 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 Selbstreporten 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 Medizinern, der Diagnoseprozess ist jedoch als interpretierender Austausch zwischen Arzt und Patientin 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. Patientinnen 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 verständern 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 Auslösern 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 'über 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 Spezialistinnen erarbeitete Diagnose stellt den Patienten ein Deutungsraster zur Verfügung, mit dem sie ihre Körpererfahrungen in neue Systematiken überführen.

Der medizinische Diskurs dringt in die Patientinnen 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 Körpераufmerksamkeit 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 Einganguntersuchungen 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 Eingangsrede, 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 Schmerzkllinik 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 Filialleiterin 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 gebotnen 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 Kopfweh, 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 Körpераufmerksamkeit 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 hinauszögern, [...] weil ich gedacht habe: »Du kannst dir das doch net schon wieder einschmeißen.« Hier lernst du im Grunde, wenn du merbst: »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 »Spannungskopfweh« (15: 4) und Migräne unterscheidet:

Dir drückt ein Helm auf den Kopf [...], das ist Spannungskopfweh. 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 anschleißender, zunächst unscheinbarer Missemmpfindungen, 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 Patienten 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 schmerhaft 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 ablehnende 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 ange deutet. 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 verständern 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 Körperförmlichkeit, 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 Kliniken 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 Kontaktssport, 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 konzentrierten 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 schmerzhafte 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 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 zureckkommen 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 schmerzerzeugend 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 Patientengruppe. 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 Missemmpfindungen 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 angepflauscht: »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 Migräneiker 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 herausschält. 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 Migräneiker ist, wie Migräne darstellt 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 Interpretationschemata 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