

4. Der pathologisierte Schmerz

Bisher wurden Kopfschmerzen aus der Perspektive des Alltags betrachtet, wo sie weitgehend in dortige Sinn- und Praxisstrukturen eingehen. Die andere Seite, die Pathologisierung, wurde als Abweichung behandelt, die sich an der Normalität messen lassen muss. Die Fallbeispiele aus dem Sample der Angestellten und derjenigen mit angehäuften Lebensproblemen zeigen schon, dass Kopfschmerzen eine öffentliche Statur besitzen: Sie werden von Ärztinnen und Therapeuten behandelt, sie gehen als Ressourcenverbrauch und Fehltage in die volkswirtschaftliche Verlustbilanz ein und werden von Patientinnen als Geschichten des Leidens und von Medizinern als Geschichten des heroischen Kampfes medial inszeniert. Infolge der medizinischen Diagnose und Behandlung wandeln sich Alltagsschmerzen zur Pathologie – diesem Aspekt wird sich nun systematisch gewidmet, indem im Folgenden gleichsam die Perspektive gewechselt und von pathologisierenden Praktiken aus auf den Alltag geblickt wird.

Medizinische Behandlungen entfalten weitreichende Wirkungen in Interaktionen, Zuschreibungen, Lebensentwürfen und Umgangsformen im Alltag, worin sich Medizin durchsetzt, ggf. aber auch abgelehnt wird. Im Zentrum der Aufmerksamkeit therapeutischer Verfahren sowie medizinischer Vorstellungen – zu denen hier auch die psychologischen gehören sollen – stehen Symptome; mit ihnen wird Identität zugeschrieben und von den Patienten aufgenommen.

In Einrichtungen der psychosomatischen Versorgung und der Kopfschmerzmedizin bekommen die Patienten ein neues Verhältnis zu ihrem Körper und ihren Schmerzen vermittelt, sie erlernen neue Wahrnehmungen und erwerben neue Einstellungen. Damit arrangieren sie ihr Leben neu und gehen ein anderes Verhältnis zu ihrem Alltag, den Verpflichtungen und Rechten sowie zu ihren Bezugsgruppen ein. Das Erwerben neuer Deutungen im medizinischen Milieu – einer eigenen, unter Umständen neuartigen Kultur – geschieht im Zusammenspiel von Expertentheorien und Laienvorstellungen sowie in der Interaktion zwischen Therapeutinnen und ihrem Verfahren mit den Symptomen und den Lebensgeschichten der Patienten.

Die medizinischen Einrichtungen werden hier als sozialisierende Korrektivinstitutionen untersucht, in denen Patientinnen auf Behandlungsverfahren und Be-

handlungsideologien eingeschworen werden. In der Psychosomatik gehen Kopfschmerzen und Migräne (wie auch Schmerzen insgesamt) in eine Semantik des psychischen Befindens und der emotionalisierten Selbstdarstellung ein und werden von Psychodiagnosen absorbiert (Kapitel 4.1). Ihre Krankheitslehre richtet sich auf Lebensumstände und -einstellungen sowie auf frühkindliche ungelöste Konflikte. Träger der Krankheit sind nicht (mehr) die Körperorgane, sondern Personen, deren Biografien und moralische Einstellungen. Im Kern der Psychosomatik als pathologischer Lehre steht die Vorstellung von einem Selbst, das seine Gefühle, sein Befinden und seine körperlichen Dispositionen nicht eigenverantwortlich managt. Ein Bearbeitungsziel ist daher Selbstverantwortung.

Mit den neu erlernten Empfindlichkeiten wird ein Optimierungsprozess betrieben, allerdings einer, der – soweit beobachtet wurde – biografisches Scheitern abfedert (Kapitel 4.2). Patienten der Psychosomatik wägen zwischen dem Stigmatapotenzial der Psychodiagnose und möglichen biografischen Gewinnen ab. Ein Teil der Klientel, insbesondere aus den Milieus der unteren Dienstleistungssegmente, beherrscht allerdings nicht die kulturellen Normen der emotionalisierten Selbstreflexion. Damit aber wird die geforderte therapeutische Semantik nur unzureichend verstanden und nur unzureichender Teil der Handlungspraxis, mit dem sich im Alltag Gewinne einfahren lassen. Diese Patientinnen sind weitgehend in den Psychoverfahren und deren Zuschreibungen gefangen und lavieren sich in eine Außenseiterpositionen, die aber aufgrund der wohlfahrtsstaatlichen Unterstützung relativ stabil ist.

Auch die auf Kopfschmerzen spezialisierte Neurologie schließt an das Management des Selbst an (Kapitel 4.3). Im Kontrast zur Psychosomatik erzieht sie ihre Patientinnen zu Migräneexpertinnen, die dort die neueste Theorie des Migränegehirns kennenlernen, mit der die Krankheit Ausdruck der Besonderheit und des Elitären wird. Patientinnen erhalten so einen identitätsbestimmenden Masterstatus, der weit über die konventionell-episodische Krankenrolle hinausgeht. Mit der neuen Migränetheorie sind sie in der Lage, ihren Alltag und ihre Bezugspersonen zu dirigieren (Kapitel 4.4). Während also die neurologische Schmerzmedizin ihren Patienten Deutungen des Elitären mitgibt, repräsentiert die Psychosomatik die Krankheitsverluste, deren Konsequenzen sie zu erleichtern sucht.

4.1 Psychosomatik: Leiden am Leben

Psychosomatik ist als Kontroll- und Korrektivinstitution für Abweichungen vom therapeutischen Imperativ der emotionalen Gesundheit anzusehen, und es ist zu untersuchen, welche Bedeutung Kopfschmerzen in diesem medizinischen Milieu einnehmen. Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie sowie deren unterschiedliche Schulen und Verfahren sehen sich zuständig für die Leiden der emotionalen

Ausdrucksfähigkeit als definierte, benennbare und narrativierbare Behandlungsgegenstände der Selbstreflexion (Ehrenberg 2015, Illouz 2009, Maasen 2011, Rau 2016). Zentral ist dabei wie für alle Pathologien, die an die Medizin überwiesen werden, die eingeschränkte Handlungsfähigkeit der Patienten, deren Ursprung in diesem Fall in Empfindlichkeits- und Emotionskomplexen, also in psychophysischen Dispositionen gesehen wird. Die Aufgabe der therapeutischen Institutionen besteht nun darin, Empfindlichkeiten erzählbar zu machen, sodass sie im Alltag mit sinnvollen Strategien belegt und angewendet werden können.

Im Folgenden werden unsere Informantinnen und Informanten aus dem Kapitel 3.7, die an ihren Lebensproblemen leiden, weiter verfolgt. Die Lösungsversuche in deren vorklinischer Phase führten in die stationäre bzw. teilstationäre Versorgung, von der nun berichtet wird. In Kapitel 4.2 werden dann die Konsequenzen dargestellt, die der Aufenthalt für sie, für ihren Lebensentwurf und ihre Angehörigen hat.

Verlaufsformen

In der Psychosomatik machen sich Patientinnen neue Deutungen ihrer Symptome zu eigen, die sie mit ihrer Biografie verknüpfen. Im stationären Aufenthalt lernen sie, dass diese (vorher von ihnen abgewiesenen) Deutungen durchaus Profit für ihre Lebensentwürfe versprechen. Damit allerdings verlieren auch die Kopfschmerzen ihre biomedizinisch-neurologische Statur und gehen in den psychosomatischen Deutungskomplex ein, denn sie sind darin Platzhalter und Symbol der Leidensgeschichten, die nun Gegenstand der Therapien werden. An ihnen kristallisieren sich die neuen Krankheitsdeutungen, mit denen die Lebenssituation und die Biografie pathologisiert werden. Das Ergebnis des Manövers besteht darin, dass die Krankheit vom Körper auf die Lebensgeschichte übertragen wird.

Ohne Zweifel durchlaufen unsere Informantinnen auf der psychosomatischen Station eine Sozialisierung, in der an ihrer Identität gearbeitet wird. Geliefert werden dafür zwei Deutungsangebote: das Stresskonzept und das psychodynamische Konzept. Beide werden in unterschiedlicher Weise, je nach Vorgeschichte, sozialer Lage und Lebensentwurf, aufgenommen. Das Stresskonzept ist vor allem für Patientinnen interessant, die der Psychosomatik skeptisch gegenüberstehen, aber dennoch dezidiert strategische Ziele mit dem Aufenthalt verfolgen (z.B. Frau Ingram, Frau Reiser, Frau Jonas). Sie beharren weiterhin auf somatischen Ursachen ihrer Handlungsunfähigkeit und sehen in der psychosomatischen Etikettierung eine unzumutbare Beschädigung ihres Selbst. Das Stresskonzept ist weiterhin für Patientinnen attraktiv, die eine Wiederkehr in ihren Alltag anstreben und nicht als neurotische Dauerkrankte gelten wollen (z.B. Frau Herweg, Frau Mock, Frau Lender). Psychodynamische Deutungsangebote nehmen hingegen jene Patienten auf, die sich in einer akuten Lebenskrise befinden und »weder ein noch aus wissen«

(z.B. Herr Hendrich, Frau Wert). Aufgrund ihrer angeschlagenen Identität sind sie anfällig für die psychosomatischen Vorstellungen. Während ihres stationären Aufenthalts legen sie ihr altes Selbst ab und nehmen neue – psychopathologische – Identitätsdimensionen auf. Ähnliches gilt auch für Informantinnen, die schon mit dem therapeutischen Betrieb bekannt sind und dort ihre Diagnosen auffrischen (z.B. Herr Brendner, Frau Koch). Sie kooperieren mit den therapeutischen Praktiken und verfolgen dabei ihre Interessen.

Skepsis und Strategie

Insbesondere in der ersten Zeit des Aufenthalts in der psychosomatischen Abteilung sind einige Patientinnen gegenüber den neuen Deutungsangeboten skeptisch. Ihre Zweifel haben vor allem dann ein großes Beharrungsvermögen, wenn sie sich während ihrer längeren Krankenkariere auf körperorganische Erklärungen der Schmerzen festgelegt haben und nur oberflächlichen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungsmilieu hatten. Diese Patienten akzeptieren nur sehr widerwillig psychosomatische Erklärungen für ihre Symptome und schon gar nicht für ihre Kopfschmerzen, sind aber pragmatisch genug, um Elemente daraus aufzunehmen, schon aus der Not heraus, dass ihnen keine anderen Diagnosen mehr zugewiesen werden, wenn sie sich auf einen Krankenpfad begeben haben, von dem es kein Zurück mehr gibt.

Einen Fallverlauf des beruflichen Abstiegs repräsentiert Frau Ingram (57 Jahre alt, freiberufliche Projektentwicklerin). Nachdem sie nach einer Umstrukturierung in ihrer Firma vor fünf Jahren gekündigt hatte, weil sie mit dem angebotenen Arbeitsplatz nicht zufrieden war, aber auch nicht für einen ihr angemessenen Arbeitsplatz in eine andere Stadt umziehen wollte, hatte sie mit der Selbstständigkeit bei einer hohen Arbeitsbelastung nicht den gewünschten Erfolg. Sie sieht Schmerzen immer noch körperlich als »eine Störung im Organismus« (20: 17) und nicht des seelischen Apparats. Trotzdem nimmt sie die Thematisierung des Psychischen auf und erinnert sich an eine Krankenkassenbroschüre, in der stand,

dass der Körper keinen Unterschied kennt [...] zwischen seelischen Belastungen und körperlichen Belastungen. Das Schmerzempfinden ist das gleiche, ob ich mich schneide oder ob ich traurig bin, [...] wo auch die schlimmste Stufe von Belastung, seelischer Belastung, Rückenprobleme sind. (11: 13ff.)

Dass Frau Ingram ihre Kenntnisbestände aus einer Broschüre paraphrasiert, aber nicht die Therapien anführt, deutet auf die Oberflächlichkeit ihrer Aneignung. »Seelische Belastungen«, die sie haben könnte, beweisen sich im weiteren Verlauf des Interviews nicht. Dass Frau Ingram sie anführt, ist demnach eher sozial erwünschten Einstellungen im psychosomatischen Milieu geschuldet.

Tatsächlich sind Rückenschmerzen ihr Hauptproblem. Durch zwei vorangegangene Operationen an der Wirbelsäule ist Frau Ingram auf den orthopädischen Krankheitspfad abonniert. Dass sie sich nicht als psychosomatische Patientin festgelegt wissen will, liegt an der starken Beweiskraft der Schmerzen durch die orthopädische Markierung der beiden Operationen (vgl. Göckenjan et al. 2013). Selbst nach einem Nervenzusammenbruch und der anschließenden achtmonatigen Krankschreibung vor Aufnahme in die psychosomatische Abteilung ist therapeutische Dauerreflexion nicht ihre Sache: »Im Grunde ist immer einer da, der mal kurz reden möchte, und das nervt mich eigentlich« (21: 1f.). Sie kritisiert die vielen Gesprächsgruppentermine und berichtet lakonisch über die Therapieangebote: »Schön, ich mache Speckstein und bastle mit Ton und dekoriere freitags schön den Tisch. und dann bin ich wieder weg« (21: 9ff.). Stattdessen möchte sie mehr Physiotherapie belegen, um ihre Bandscheibenprobleme in den Griff zu bekommen.

Ähnliche Deutungen hat sie auch für ihre Kopfschmerzen, die während ihres Abiturs im Alter von 17 Jahren begannen, im Alter von 24 Jahren für vier Jahre bis zur Geburt des Kindes eskalierten und sich anschließend normalisierten. Frau Ingram behandelt ihre Kopfschmerzen je nach Selbstdiagnose als Migräne oder Spannungskopfschmerzen mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln, Kaffee, Schlaf und Bewegung und kommt damit gut zurecht. Für sie sind Kopfschmerzen ein körperliches und kein seelisches Symptom, genauso wie ihre Rückenschmerzen. Über ihre »Druckkopfschmerzen«, die vor vier Jahren begannen, sagt sie:

Ich kann das fast [...] anfassen, diesen Schmerzpunkt dann und wenn ich 'ne Weile Treppe hoch, Treppe runter, mich bewegt hab' und Kaffee getrunken habe und so, dann löst sich das wieder auf. Deswegen sag' ich immer »Druckkopfschmerz«. Ich habe das Gefühl, ich habe auf etwas gelegen [...], was dazu geführt hat, dass es halt schmerzt. (7: 20ff.)

Ihre geradezu haptisch erfahrenen Kopfschmerzen haben ihre Ursache in körperlichen Belastungen – schlechter Schlafhaltung und langem Sitzen – und werden also mit körperlich-stofflichen Mitteln – Bewegung und Kaffee – bekämpft. Solche skeptischen Patienten schneiden aus ihrer Lebenssituation einige Aspekte heraus, die sie dem Therapeuten anbieten und zum Gegenstand der Therapie machen, aber eben nicht alles, vor allem nicht ihre Biografie. Von der Behandlung hat Frau Ingram eine klare Vorstellung, offiziell erhofft sie sich das Aufarbeiten ihrer beruflichen Situation, eigentlich strebt sie die Entfristung ihrer Erwerbsminderungsrente an.

Das Stresskonzept

Nicht alle Symptome und Schmerzen gehen also in den psychosomatischen Krankheitskomplex ein. Jene, für die es den Patienten im Vorfeld gelungen ist, die biomedizinische Statur zu bewahren, bleiben zunächst in dieser Sphäre. Aber die Patientinnen können weder alle institutionellen Deutungsangebote ablehnen noch sich dauerhaft der psychologischen Zuweisung ihrer Symptome verweigern, sonst würden sie Gefahr laufen, ihren Krankenstatus und die damit zusammenhängenden Ansprüche und Privilegien zu verlieren.

Als Kompromiss zwischen psychiatrischer Pathologisierung und organischer Ursachensuche bietet die psychosomatische Abteilung Vorstellungen an, wonach die Beschwerden in konkreten Situationen und konkreten sozialen Konstellationen verortet werden. Zugrunde liegt das verhaltenspsychologische Konzept von Stress (Selye 1974), mit dem die Pathologisierung der Kindheit oder Jugend aus dem Behandlungsgeschehen ausgeklammert werden kann (aber nicht muss). Mit Hilfe des Stresskonzepts wird die Statur der Schmerzen weiterhin als biomedizinisch aufrechterhalten, kann bei Bedarf aber auch in den Raum der psychischen Beschwerden hinüberreichen. Patientinnen nehmen daher zwar die psychologischen Deutungen auf, dehnen diese aber nicht auf alle Symptome und Ereignisse aus. Sie weisen Symptome, auslösende Ereignisse und den Verlauf jeweils somatischen oder psychischen Sphären zu, wobei sie die körperlichen Symptome gegen therapeutische Vorstellungen dezidiert verteidigen. Bei diesem Patienten sind die psychologischen Wissensbestände eher oberflächlich. Um die Wirkungen des Stresskonzepts auf die Krankenkarrriere zu verstehen, soll darauf näher eingegangen werden.

Im Stresskonzept stehen physiologische Prozesse im Vordergrund, mit denen auf äußere Belastungen reagiert wird: Diese sind die Erwartungshaltungen der anderen: »Stress«, so definiert Selye (1974: 58), »ist die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird«. Zentral ist die Vorstellung, dass bei Gesunden Belastungen und deren Bewältigung ein Gleichgewicht (Homöostase) bilden, das bei Störungen (Heterostase) immer wieder angestrebt wird. Diese Normalform der Bewältigung von Eustress stellt Selye dem krankheitsauslösenden Distress gegenüber: Bei zu hohen Dauerbelastungen oder bei anhaltend inadäquaten Bewältigungsmustern gelingt die Herstellung des gesunden Gleichgewichts nicht, und der Körper adaptiert den heterostatischen Dauerzustand mit Pathologien. Die Vermittlung zwischen äußeren Belastungen (Stressoren) und körpereigener Bewältigung (Coping) stellen die Bewertungen der Belastungen durch Patienten auf der Grundlage ihrer Einstellungen, Motive und Haltungen dar, mit denen die physiologischen Reaktionen angeleitet werden. Werden etwa kleine Belastungen sehr ernst genommen und dafür ein unangemessen hohes Maß an physiologischer Reaktion in Gang gesetzt, kann es genauso zu einer

Heterostase kommen, wie die Homöostase beibehalten werden kann, wenn große Belastungen ignoriert werden. Insofern ist auch das individuelle Bewertungssystem ein Stressor, durch den Krankheiten ausgelöst werden können bzw. der vor ihnen schützt. Das Phänomen Stress wurde inzwischen zur kollektiv geteilten Laienvorstellung, die in Gesundheitsratgebern auf den Alltag heruntergebrochen wird und deshalb für die Patientinnen anschlussfähig ist.

Nach der Stresstheorie sind Kopfschmerzen Fehlanpassungen auf der Grundlage zu hoher Anforderungen bei zu hohen oder falschen eigenen Erwartungshaltungen. Dazu Selye (1974: 156):

Geistige Spannungen, Enttäuschungen, Unsicherheit und Ziellosigkeit zählen zu den schädlichen Stressoren, und psychosomatische Studien haben gezeigt, wie oft sie Migräne, Magengeschwüre, Herzanfälle, erhöhten Blutdruck, Geisteskrankheiten, Selbstmorde oder auch nur ein hoffnungsloses Elendsgefühl auslösen.

Solche über Bewertungen vermittelte Reiz-Reaktions-Vorstellungen werden auch von anderen Autoren in der Kopfschmerzliteratur vorgestellt. Dauerbelastung und Daueranspannung befördern bei inadäquaten und eintönigen Körperhaltungen unangemessene Muskelmehrarbeit, die wiederum zu Spannungskopfschmerzen führt (Bischoff et al. 2003: 836f.). Die dysfunktionale Muskelaktivität wurde schon in der Kindheit konditioniert. Bischoff et al. (2003: 836) fassen eine Studie wie folgt zusammen:

Tatsächlich zeigen Patienten mit Spannungskopfschmerzen unter sozialem Stress verminderte Expressivität und reduzierte kommunikative Bewegungen der Arme und des Kopfes. Gleichzeitig korreliert die Hemmung mit den erhobenen Muskelspannungswerten.

Ähnliche Mechanismen werden für Migräne angenommen. Fehlanpassungen und inadäquate Werthaltungen wie überforderndes Leistungsstreben, Leistungskonflikte und Überanstrengung – wozu auch Überforderung durch Unterforderung gehört – werden mit physiologischen Aktivitäten in Verbindung gebracht, die Kopfschmerzen auslösen, etwa aufgrund von Serotinausschüttungen oder von Dilatation der Blutgefäße des Kopfbereichs (Franke 1981: 141, Knapp 1983a: 201ff.). Das verhaltenspsychologische Stresskonzept hat auch als ergänzendes Modul in biomedizinischen Behandlungsprogrammen Platz gegriffen (z.B. Fritsche und Gaul 2013).

Leiden an der Lebenssituation

Mithilfe des Stressmodells kooperieren Patienten mit dem psychosomatischen Programm, ohne gänzlich die biomedizinische Statur ihrer Symptome aufgeben zu

müssen. Neben Frau Ingram ist Frau Jonas ein Beispiel dafür. Im vorangegangenen Abschnitt wurde berichtet, dass sie Rückenschmerzen hat, die, wie sie berichtet, in den Kopfbereich ausstrahlen. Ihre Kopfschmerzen belegt sie deshalb mit dem Etikett Spannungskopfschmerzen, anstatt der ärztlichen Diagnose der Migräne zu folgen. Auf der psychosomatischen Station ist sie aber nicht wegen ihres Rückens, sondern aufgrund einer Magenschleimhautentzündung, die sie mit hohem Arbeitsstress begründet:

Stress, Stress, Arbeitsstress, würd' ich sagen. [...] Der Hauptpunkt ist bei mir so der Arbeitsplatz. [...] Der Druck ist einfach immens geworden. Heute wird gesagt: »Die und die Fälle sind zu bearbeiten, und das habt ihr zu schaffen. Ist das nicht der Fall, gibt es Konsequenzen.« Und das war früher nicht so. Wir haben unsere Arbeit gemacht. [...] Aber dieser Druck ist einfach viel stärker geworden. (13: 7ff.)

Frau Jonas lässt zu, dass ihre Magenprobleme mit einem psychosomatischen Etikett belegt werden, aber nicht ihre Rückenschmerzen, die bereits schmerzmedizinisch von einem Orthopäden behandelt wurden. Mit dem Stresskonzept wird das Magen-Darm-Problem als paradigmatische psychosomatische Störung zur zweiten distinkten Symptomarena. Die abschwächenden Kopfschmerzen verlieren im Wechselspiel zwischen dem somatisch definierten Rückenleiden und dem psychosomatisch definierten Magenproblemen ihre eigenständige Statur und werden von Frau Jonas dem Komplex der Wirbelsäule zugeordnet.

Das Stresskonzept, das Frau Jonas anführt, verortet Belastungen zwar im Leben der Patienten, dort aber situativ bzw. bezogen auf konkrete belastende Konstellationen, was auch von anderen Informantinnen so gesehen wird: Es sind die unmittelbar fordernden Lebensumstände insbesondere der Arbeitswelt, die die Probleme erzeugen: der unnachgiebige Arbeitgeber, der zu viel oder Falsches fordert (Herr Hendrich, Frau Schaumberg, Frau Jonas), die prekäre freiberufliche Tätigkeit (Frau Ingram, Herr Brendner), die kranken Kollegen, für die die Arbeit mit erledigt wird (Frau Herwig), oder die schlechte Stimmung im Arbeitsteam (Frau Peters). Vereinzelt wird auch Privates als stressauslösend angesehen: die Kinder, die in Schwierigkeiten stecken (Frau Wiederkopf), die pflegebedürftigen Eltern, die viel Zeit beanspruchen (Frau Lender), oder Ärger mit der Schwiegermutter (Frau Peters). Mit dem Stresskonzept können aus dem diffusen Knäuel der Lebensprobleme geeignete Bereiche, meist die Arbeitswelt, herausgelöst und bearbeitet werden.

Patientinnen berichten, dass unangemessene Anforderungen körperliche Verspannungen erzeugen, sie wenig Ruhe haben und ständig unter Druck stehen. Sie hatten zwar immer schon Schmerzen, aber die Dauerbelastungen wirken nun schmerzverstärkend, weil sie sich nicht zurückziehen und sich nicht entlasten können. Indem die Beschwerden auf die schwierigen Umstände externalisiert werden, in denen sie sich notgedrungen befinden, enthebt sie der Rekurs auf das Stresskonzept jeglichen moralischen Makels. Im Gegenteil: Selbstaufopferung,

Pflichterfüllung und ständiges Bemühen um ein gutes Miteinander weisen ihnen eine herausgehobene moralische Position zu (vgl. auch Neckel und Wagner 2013).

Die hohen Ansprüche an sich selbst stehen den Patientinnen aber auch im Weg. Die Lösung besteht dann darin, den krank machenden Ehrgeiz herunterzuschrauben und die Konstellationen so zu arrangieren, dass Belastungen lediglich im Rahmen des Machbaren nachgekommen wird. Das Stresskonzept bietet kohärente und logische Erklärungen für die Lebensprobleme, die mit den Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden, und zugleich Lösungen dafür. Damit wechselt die Arena der Pathologisierung: Die Symptome werden nicht mehr (nur) auf Störungen der Körperorgane zurückgeführt, sondern auf soziale Umstände und die Forderungen der anderen. Die neuen Arbeits- und die Familiensituationen beruhen auf der Privilegierungsstruktur der Krankenrolle, zu deren Legitimation der Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung herangezogen wird. Diesen Vorteil im Blick, wird nun die Psychosomatik von den Patienten im positiven Licht gesehen.

Organneurosen

Das Stresskonzept hält einen Kompromiss bereit für skeptische Patienten, die sich mit weitergehenden Psychologisierungen ihrer Symptome zunächst nicht anfreunden können und vor allem strategische Ziele im Blick haben. Es bietet darüber hinaus einen sanften Einstieg in vertiefte psychologische Wissensbestände. In der untersuchten psychosomatischen Abteilung gelten die unmittelbaren Lebensumstände nämlich nur als Auslöser bzw. Anlass der Leiden, deren Ursachen vielmehr in der Biografie gesehen werden. Insofern hält das Personal das Stresskonzept bei der Symptombehandlung für gut, aber weniger geeignet, um die Ursachen der Störung zu ergründen. Bessere Ergebnisse werden durch die Thematisierung von Ereignissen erwartet, die bis in die Kindheit zurückreichen können. Hierfür werden psychodynamische Konzepte bereitgehalten, mit denen nicht nur die aktuellen Lebensumstände pathologisiert werden, sondern auch die Biografie (vgl. auch Abraham 2006).

Die unmittelbare Krisensituation wird zum Anlass genommen, die Biografie der Patientinnen zu betrachten, etwa indem konkretes Verhalten und konkrete Anforderungen (der Ausgangspunkt des Stresskonzepts) als sich wiederholende Reaktionen gesehen werden, die immer wieder in problematische Situationen führen. Dass solche als Fehlanpassungen etikettierten falschen Handlungsmuster nicht zufällig sind, wird den Patientinnen anhand der Leidens Erzählungen ihrer Mitpatienten deutlich gemacht, die sie mit ihren eigenen Leidensgeschichten vergleichen. Die Ursachen für falsche Kommunikationsstrategien und falsche emotionale Reaktionen auf Belastungen werden dann in Persönlichkeitsdispositionen gesehen, die wiederum auf falsch gelaufenen Biografien basieren.

Die Logik dahinter soll kurz angesprochen werden: Die Psychosomatik als Deutungswissenschaft beobachtet das Zusammenspiel psychischer Prozesse und naturwissenschaftlich definierter physiologischer Veränderungen (Uexküll 1963: 24f., 2003). Der Körper ist Symbol psychischer Vorgänge, auf den sich psychische Probleme verschieben und in Organstörungen ihren Ausdruck finden: »Die nicht abgeführte emotionale Spannung ruft chronische vegetative Veränderungen hervor« (Köhler 1989: 21). Ausgehend von der Psychoanalyse, deuten psychodynamische Konzepte organpathologische Veränderungen als Manifestationen psychischer Vorgänge im Körper – als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse bzw. ungelöster unbewusster Konflikte insbesondere aus der Kindheit (Alexander 1950, Uexküll 1963). Die klassischen psychoanalytischen Symptome, etwa Hysterie, drücken sich zwar körperlich aus, es werden aber keine pathologischen Organveränderungen beobachtet. Bei psychosomatischen Diagnosen liegen dagegen pathologische physiologische Prozesse vor, die als »Organneurosen« oder »Konversionssymptome« bezeichnet werden (Alexander 1950, Uexküll 1963: 150).

Für die Repräsentation von seelischen Konflikten in Organstörungen gibt es Spezifitätsannahmen, nach denen seelische Vorgänge in typische physiologische Phänomene des Nervensystems transportiert werden (Bischoff et al. 2003: 828, Hoffmann und Egle 1999, Franke 1981, Köhler 1989: 22, Larbig 1982): Blockierte passiv-regressive Bedürfnisse nach Behütung und Sicherheit zeigen sich in Magengeschwüren oder Asthma. Wiederkehrende Schmerzen sind Verlagerungen psychischer Zustände zur Stabilisierung eines bedrohten Selbstwertgefühls, als Entlastung von Schuldgefühlen, zum Ersparen von Gewissenskonflikten oder als Äquivalent nicht wahrgenommener Affekte. Angestaute aggressive Energien und Feindseligkeit zeigen sich in Bluthochdruck, Migräne oder rheumatoider Arthritis.

Kopfschmerzen sind demnach Konversionsneurosen, also seelische Konflikte, die sich körperlichen Ausdruck verschaffen. In ihrer milden Form können organische Störungen seelische Konflikte entschärfen, indem sie Formen annehmen, die ungefährlich und weitgehend sozial akzeptiert sind, wie das mitunter auch für Migräne dargestellt wird (z.B. Peters 1982, Sacks 1994). In diesen Fällen sind sie eine Art »Psychoprothese« (Bischoff et al. 2003: 828), mit der ein wenn auch labiles psychisches Gleichgewicht erreicht und Alltagsauglichkeit weitgehend sichergestellt wird, etwa wenn bei Spannungskopfschmerzen »depressive Symptome in für den Patienten akzeptable körperliche Zeichen umgewandelt werden« (Köhler 1989: 48). Migräne ist nach dieser Deutung eine fehlgeleitete Bearbeitung unterdrückter feindseliger und aggressiver Impulse (Fromm-Reichmann 1937, 1978, Köhler 1989: 22, Larbig 1982). Die Repräsentations- und Symbolfunktion von Kopfschmerzen sowie ihre Konfliktspezifität zeigen sich also in der Erkrankungsgenese aufgrund einer problematischen Kindheit. Bischoff und Traue (2004: 22f., ähnlich auch schon Larbig 1982) fassen in ihrem Überblicksartikel eine Studie folgendermaßen zusammen:

Nach psychoanalytischen Studien charakterisiert die biografische Entwicklung von Personen mit Migräne in der frühen Kindheit eine affektive Mangelkonstellation, die durch mütterliche Kühle, Zwanghaftigkeit und Härte bedingt ist. Bei den Müttern der Migräniker fanden sich vermehrt trieb- und sexualfeindliche Strebungen, bei den Vätern Weichheit und Nachgiebigkeit, insgesamt eine eher verwöhnende Haltung gegenüber den Patienten. Die Migräniker übernehmen hohe Leistungsideale von ihren Eltern in Form einer positiven Identifikation. Dies trägt dazu bei, ihre starke Erfolgsorientiertheit zu erklären.

Die Konfliktspezifität beziehen andere Autoren auf Freuds Sexuallehre und sehen in Kopfschmerzen die Bearbeitung sexueller Probleme und den Ausdruck abgewehrter sexueller Wünsche (Monsour 1957). Larbig (1982: 227) zitiert Freud, ebenfalls ein Migräniker, zweimal, der auf die Repräsentation des Phallus durch den Kopf hinweist: »Der unsterbliche Kopf ist wohl der Phallus selbst, seine Vernichtung [durch den Migräneanfall] die Kastration« (Freud 1950: 8). Der Kopfschmerz-anfall wäre symbolisch eine »Verlegung nach oben auf Kopf und Gesicht« (Freud 1940: 336). Sexualpsychologische Deutungen von Kopfschmerzen kommen in unseren Interviews allerdings nicht vor und werden deshalb hier auch nicht weiterverfolgt.

Unterdrückte Aggressionen und das Leiden an der Biografie

Psychodynamische Auffassungen werden in der untersuchten Einrichtung auf Patientinnen angewendet, die ihre Kopfschmerzdeutungen dementsprechend anpassen. Ein Beispiel für eine solche Wandlung durch die Identifikation mit psychosomatischen Deutungsangeboten ist Herr Hendrich, dessen Krankengeschichte im vorangegangenen Kapitel schon thematisiert wurde: Von seinem Nervenzusammenbruch bis zur Aufnahme auf die psychosomatische Abteilung vergingen nur einige Wochen, und die Kopfschmerzen spielten dabei keine Rolle. Dort lernt er Kopfschmerzdeutungen, die in neue Deutungen seiner Empfindlichkeit sowie seiner Biografie eingewoben sind. Die ältere Deutung, dass die Migräne durch eine Hirnschädigung in der Kindheit nach einer Medikamentenvergiftung hervorgerufen wurde, wird nun durch psychologische Konzepte überspielt: »Also die Ärzte sagen Nein! Die Migräne ist bei mir tatsächlich wirklich nur seelisch bedingt« (12: 35f.).

Mit dem Verweis auf die ärztliche Autorität mag die Übernahme der neuen Behandlungsauffassungen noch oberflächlich sein. Als er über seine Kindheit spricht, verortet er allerdings seine Migräneanfälle in psychologische Deutungsmuster. Dass er zu seinem Vater ein distanzierteres, vielleicht angespanntes Verhältnis hatte, ist zunächst noch Alltagsdeutung: »Mit meinem Vater kam ich eh nicht klar« (16: 4). Herr Hendrich beklagt die mangelnde Anerkennung durch den Vater

und übernimmt hierfür psychologisches Vokabular, wobei das Stresskonzept eine Brücke bildet: »Er hat mich also auch sehr zurückgesetzt, was dann auch in der Kindheit sehr oft seelischen Stress ausgelöst hat« (11: 9). Seine Migräne setzte nämlich mit der Schule ein, genau zu dem Zeitpunkt, als der Vater ein Studium begann. Herr Hendrich vermutet, dass er aufgrund seiner Lernschwäche die Erwartungen des Vaters enttäuschte, der ihn für »dumm gehalten hat« (11: 6).

Erschwerend kommt hinzu, dass Herr Hendrich mit seinem Bruder um die Zuneigung des Vaters konkurrierte. Auch mit ihm, der wie der Vater Ingenieur wurde, versteht er sich nicht. Rückhalt bekam Herr Hendrich nur von seiner Mutter, die eine Sonderbeschulung abwenden konnte: »Die hat immer gekämpft wie »ne Löwin für mich« (11: 18) – was sie immer noch tut, da sie die drohende Überweisung auf eine psychiatrische Station abwenden konnte. Herr Hendrich skizziert das Bild einer gespaltenen Familie mit zwei Gefühlssprachen, die jeweils die andere Seite ausschließt: Die kalte Intellektualität von Vater und Bruder steht der warmen Fürsorglichkeit der Mutter gegenüber. Als Kristallisationskern der Solidarisierung gegenüber Vater und Bruder werden die Kopfschmerzen in Stellung gebracht, die er mit der Mutter teilt.

Für Herrn Hendrich werden sie zum Repräsentanten der guten wie der schlechten Familienbeziehungen in der Kindheit und ermöglichen, die aktuellen Leiden dorthin zurückzuerfolgen. Sie sind der Beweis für etwas damals Schiefgelaufenes, das immer noch nicht gelöst ist. Als Symbol der Leidensbiografie bekommen die Kopfschmerzen zunächst eine distinkte Evidenzfunktion und lösen sich mithilfe des psychodynamischen Deutungskomplexes aus der Gemengelage der relativierenden Alltagsdeutungen und der biomedizinischen Erklärungen heraus, die alsbald einen Bedeutungsverlust erfahren.

Das psychodynamische Modell bietet die Möglichkeit, die neuen Deutungen zu generalisieren und auf alle möglichen anderen Symptome anzuwenden. Die Ablehnung des Vaters hat Folgen: »Seelischer Stress führt bei mir also häufig zu Migräneanfällen. Ja halt entweder zu Magenkrämpfen oder zu Migräneanfällen« (5: 32ff.). Mit dem Gleichsetzen von zwei Leitsymptomen der psychosomatischen Krankheitslehre, Magengeschwür und Kopfschmerzen (vgl. Köhler 1989), gehen die Kopfschmerzen in den gesamten Symptomkomplex ein und verlieren ihre distinkten Qualitäten, sowohl ihre biomedizinische als auch ihre alltägliche Statur. Die semantische Verschiebung hat Erfolg: Seit einigen Wochen sind sie jedenfalls nicht mehr aufgetreten.

Um Kopfschmerzen im psychodynamischen Symptomkomplex zu verankern (auch als originären Ausdruck der Identifikation mit psychosomatischen Logiken), sind zwei Manöver notwendig. Zunächst wird ihnen eine symbolische Statur zugewiesen, die die biomedizinischen und die alltagsweltlichen Erklärungen überschreibt. Mit suggestivem Blick in die Vergangenheit werden Kopfschmerzen als biografische Erfahrungen evident gemacht und die Ursachen in den Missgeschich-

cken des Lebens und im Leiden durch fehlgeleitete familiäre Beziehungsmuster gefunden. Mit der psychodynamischen Folie wird dann eine Situation als pathologisierbare Kränkung oder gar als Kindheitstrauma identifiziert, die im weiteren Lebensverlauf immer wieder aktualisiert wird und sich in Verhaltensmustern festschreibt. Kopfschmerzen repräsentieren bei Herrn Hendrich die schwierigen familiären Beziehungen, die Gemeinsamkeit mit der Mutter und die Abgrenzung zu Vater und Bruder. Sie sind der Beweis für das Kindheitstrauma und werden in einem zweiten Manöver in den Gesamtkomplex der psychodynamisch definierten Symptome aufgenommen.

Metaphern der Psychosomatik binden somatische und psychische Beschwerden in zirkulären (und damit tautologischen) Übersetzungen aneinander. Sie setzen Schmerzen in den Kontext von erinnerten Interaktionen mit signifikanten Anderen, die als Demütigungen aktualisiert werden, und stellen so eine Verbindung zwischen der emotionalen Sphäre und körperlichen Beanspruchungen her. Aus den diffusen Lebensproblemen wird eine kohärente Leidensgeschichte formiert, indem einzelne Episoden und Situationen nicht nur (wie nach dem deskriptiven Stresskonzept) herausgegriffen, sondern in Beziehung zueinander gesetzt werden. Die Schaltstelle für die Transformation vom Belastungsparadigma der Situation (nach dem Stresskonzept) zum Narrativ des Leidens (nach der Psychodynamik) können Kopfschmerzen, aber auch andere Symptome, sein, die mit dem logisch-deduktiven Blick der Psychosomatik mit erheblichen biografischen Deutungen aufgeladen werden, die sie vorher nicht hatten.

Dass Kopfschmerzen zu Evidenzen einer gescheiterten Biografie werden können, liegt auch an ihrer Alltäglichkeit: In Erinnerung gerufene Kränkungen und Demütigungen werden mit körperlichen Erfahrungen verknüpft und zu einer Geschichte gebündelt, die im Körper Platz gegriffen hat. Dafür bieten sich alltägliche Symptome an, die immer schon vorhanden waren und die Biografie begleitet haben und nun in der unmittelbaren Leidenskrise eine Umdeutung erfahren.

Ob die Brücke vom biomedizinischen zu psychodynamischen Vorstellungen wie bei Herrn Hendrich mit dem Stresskonzept begangen wird, hängt von den sozialen Dispositionen und strategischen Kalkülen der Patientinnen ab. In der Regel mischen sich biomedizinische Vorstellungen, Stresskonzepte und psychodynamische Vorstellungen, die entsprechend ihrer Rahmung mit den Interessen und ihrer strategischen Bedeutung ins Spiel gebracht werden. Insofern können Patienten alle drei Konzepte anwenden und miteinander mischen: Das verblässende biomedizinische Modell sichert die Glaubwürdigkeit für den Alltag; mit dem Stresskonzept steuern sie unmittelbare Belastungserwartungen und sichern sich nach alltagspraktischen Maßstäben moralische Integrität; das psychodynamische Konzept liefert weiterreichende Begründungen für die Lebensmisere, womit die dauerhafte Potenzialität des Krankenstandes gesichert ist, weil biografische Leiden nicht geheilt, sondern nur bearbeitet werden können.

Verschmelzen der Symptome

Im Weiteren werden Mechanismen und Manöver verfolgt, mit denen Kopfschmerzen in den psychosomatisch definierten Symptomkomplex eingehen und mit denen der psychosomatische Patient figuriert wird. Zunächst soll dafür das schon bekannte Fallbeispiel von Frau Wert herangezogen werden, die ebenfalls die Idee des Leidens an der Kindheit für sich in Anspruch nimmt und davon ausgehend ihre Biografie umdeutet.

Frau Wert hat seit ihrer Kindheit Kopfschmerzen, genauso wie ihre Mutter. Sie berichtet über eine schwierige Kindheit mit streitenden Eltern, einer problematischen Beziehung zum Vater und einer »sehr dominanten Mutter« (1: 31), die ihr die Schuld für die Migräneanfälle zuweist. Trotzdem bilden die Kopfschmerzen ein gemeinsames Band zwischen Mutter und Tochter, die sich beide bei Migräne zurückgezogen haben. Frau Wert erhielt als Kind in dem Fall die sonst vermisste mütterliche Zuwendung: »Dann hab' ich Tee ans Bett gekriegt, und dann war sie eigentlich auch netter zu mir« (18: 4f.). Sie fährt fort und wendet die psychodynamische Theorie auf sich selbst an:

Und dann hab' ich gedacht: »Meine Güte, haste dir das jetzt so antrainiert.« So nach dem Motto: Wenn du mal ein bisschen Zuwendung haben möchtest, haste Kopfschmerzen. (18: 5ff.)

Die Durchsetzungs- und Suggestivkraft der therapeutischen Deutungsangebote beruht nicht allein auf der Anerkennung des Leidens, sondern auch auf der Thematisierung von Widersprüchlichkeiten und Dilemmata, in denen sich die Leidenden gefangen sehen. Psychodynamische Deutungen verfangen durch eine Semantik der Paradoxie: Liebe – Gleichgültigkeit, Nähe – Distanz, Anerkennung – Abwendung, Zuwendung – Gewalt. Diese Widerspruchsverhältnisse werden mit den Fachbegriffen »ambivalente Beziehung«, »Liebe-Hass-Beziehung« oder »Double Bind« versehen (Watzlawick et al. 1969). Als ausweglose Abhängigkeiten liefern solche Interpretationen Erklärungen für die aktuellen Lebenskrisen. Aufgrund ihrer Unspezifität sind sie auf jede Situation anwendbar, sie lassen sich nicht falsifizieren und beanspruchen zumindest potenziell eine Pathologie. Man ist in diese Ambivalenzen unschuldig verstrickt. Damit wird zudem der therapeutische Zentralwert der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit verletzt.

Mit der psychopathologischen Deutung kondensieren die Erfahrungen aus der Kindheit von Frau Wert zu einem Lebensmuster: Wie der von ihr ungeliebte Vater reagierte auch der später von ihr geschiedene Ehemann abweisend auf die Kopfschmerzen, und ihre Tochter bekam ebenfalls Migräne und damit ihre Zuwendung. Solcherart werden die Kopfschmerzen als distinktes Symptom dargestellt, das die Tradierung von Familienkonstellationen repräsentiert. Diese biografische Umdeu-

tung geht damit einher, dass die biomedizinische Diagnose akzidentell und sogar abgewiesen wird:

Ich bin mir nicht ganz sicher, dass ich ganz oft Kopfschmerzen [habe]. Nachdem ich neurologisch untersucht worden bin, ist ja alles abgecheckt. [...] Organisch ist nichts, obwohl das ja immer so die gewünschte Diagnose wäre. (10: 26ff.)

Mit der Relativierung der biomedizinischen Deutung sind die Kopfschmerzen die Evidenz einer schlechten Kindheit, die sich im aktuellen Leiden fortsetzt.

Frau Wert wird allerdings nicht wegen ihrer Kopfschmerzen behandelt, sondern wegen Panik- und Angstattacken. Ihre Krankenkariere begann, als sie vor vier Jahren mit den Symptomen »plötzlicher Bluthochdruck, Sehstörungen und rasende Kopfschmerzen« (11: 16) notfallmäßig zum Neurologen ging. Zwar war ihr bewusst, dass es sich um bekannte Symptome der Migräne handelte, dennoch vermutete sie eine lebensbedrohliche Krankheit. Der Arzt stellte jedoch nichts Gravierendes fest, womit sich Frau Wert aber nicht zufrieden gab. Die Lebensbedrohung wurde katastrophisiert und in einen emotionalen Code von »Angst« und »Panik« übersetzt. Mit dieser psychiatrisch-psychologischen Rahmung kehrt sich die Kausalität um: Die Migränesymptome »Herzrasen« und »Bluthochdruck« bekommen als Symptome von Angst- und Panikattacken eine eigene Statur:

Ich leide ja unter Panikattacken. Deswegen bin ich auch hauptsächlich hier. Die aber auch meistens begleitet werden mit diesen massiven Kopfschmerzen. Und in seiner Panik denkt man ja, also ich zumindest, bei mir ist das immer so körperbezogen gewesen: »Oh, Hirnschlag, äh Schlaganfall, Herzinfarkt, Sonstiges.« (11: 17ff.)

Die unterschiedlichen Symptome werden austauschbar und virtuos gehandhabt. Die Kopfschmerzen gehen in die für Frau Wert stärkere Diagnose der Panik- und Angstsymptome auf und werden, allerdings nicht gänzlich, mit Letzteren überspielt. Frau Wert bringt die Statur der Kopfschmerzen in ihrer biomedizinischen Deutung nicht ins Spiel, hält aber deren Rahmung trotzdem aufrecht. Aus neurologischer Perspektive sind die Symptome »Bluthochdruck« und »Herzrasen« bei Migräne nämlich medizinisch plausibel. Vor dem Hintergrund der psychosomatischen Lehre werden sie mit »Ängsten« kontextualisiert, die aufgrund der neurologisch approbierten Migränediagnose einen beglaubigten Wirklichkeitsgehalt beanspruchen. Die Deutung der Migräne bekommt, entsprechend der Rahmung, in die sie gesetzt wird, eine Doppelstatur. Die neurologisch bestätigte Migräne schützt Frau Wert vor weiteren Stigmatisierungen (also vor Psychiatrisierung), weil sie die Evidenz für die Eskalation der als psychosomatisch etikettierten Symptome liefert und ihre emotionalen Zustände glaubhaft macht. Frau Wert stellt klar, dass sie nicht hypochondrisch ist und sich ihre Symptome nicht einbildet – sie leidet nur an der falschen Interpretation ihrer Symptome, was sie aber auch selbst weiß.

Beide Optiken schärfen die Symptomaufmerksamkeit und erlauben flexible und virtuose Nutzungen.

Sakrale Bekenntnisse

Die Durchsetzungsfähigkeit psychosomatischer Deutungen ergibt sich aus der Suggestivwirkung, in deren Folge Kopfschmerzen und andere Symptome als problematisch empfundene Biografien repräsentieren. Pathologische Deutungen der Kopfschmerzen werden auf die Biografie angewendet, die dadurch ebenfalls von Krankheit befallen ist. Obwohl einiges schon angedeutet wurde, ist zu vertiefen, durch welche organisatorischen und diskursiven Manöver dieses Ergebnis hergestellt wird. Am Beispiel der Fallgeschichte von Frau Wert wird der Weg der Patientinnen in die Verpflichtung an die psychosomatischen Vorstellungen dargestellt, die in einer längeren Passage über ihre Erfahrungen aus den therapeutischen Gruppensitzungen berichtet:

Generell verfällt man erst mal in so 'ne abwartende Haltung. So nach dem Motto: »O je, du, du hast das erlebt. Oh meine Güte, das hört sich schlimm an.« Dann zieht man das erst noch mal mit auf. Also, da hab' ich die anderen so gefragt, macht jeder am Anfang. Bloß nicht mit sich selber auseinandersetzen, und solange ich mit anderen darüber weinen, mich mit anderen über jemanden, 'nen bösen Vater oder sonstigen, ärgern kann, muss ich ja nicht von mir selber sprechen. Man ist ja noch auf Distanz. Aber irgendwann – wenn man Glück hat – kippt das um. Und dann trifft's plötzlich einen selber. Und das geht so schleichend über. Man ist eigentlich noch der Meinung, man unterhält sich über den anderen, und plötzlich ist man bei sich. Und das ist, glaub' ich, für jeden so ein einschneidendes Ereignis. (45f.: 31ff.)

Frau Wert stellt die institutionell gesteuerten Mechanismen eines zunehmenden emotionalen Engagements als geradezu religiöse Erfahrung dar. Dabei lassen sich die Manöver extrahieren, in denen Patientinnen psychosomatische Deutungen übernehmen: der Zwang zur Rede, in der sie ihre emotionalisierten Probleme thematisieren, wodurch deren Deutungen in der Patientengruppe kollektive Formen annehmen, sowie das anschließende individuelle Bekenntnis als ein Akt der Übernahme der neuen Glaubensinhalte.

Die therapieunerfahrene Novizin sieht sich zunächst in einer bürokratischen und fremden Einrichtung und hält die dafür üblichen sachlichen bzw. sachbezogenen Einstellungen vor, die ihre Person und ihre Gefühle zumindest gegenüber der Therapiegruppe ausklammern. Mit den Regeln therapeutischen Sprechens ist diese distanzierte »abwartende Haltung« aber sehr bald aufzugeben, denn außerhalb zu stehen ist für die Therapeuten der Gruppe nicht hinnehmbar, sie erwarten empathisches Zuhören, Verstehenwollen und vor allem Reden. Die Normen der

Reziprozität – denn man hat selbst Probleme – verlangen, dass Patienten nicht weghören und schon gar nicht indifferent sind. Weil die Mitpatienten von ihren Leiden berichten, fühlt sich unsere Informantin zur Stellungnahme aufgefordert. Die für normale Interaktionen üblichen Hemmungen, gegenüber Fremden über Intimes, die eigenen Gefühle, vor allem über Schambehaftetes zu sprechen, werden durch die Therapeuten mehr und mehr außer Kraft gesetzt, stattdessen gelten nun Regeln der Reziprozität und der Authentizität, in denen es gerade um die Darstellung, das Herbeiführen und das Teilen von Gefühlen geht. Frau Wert berichtet:

Irgendwann entwickelt sich so 'ne Dynamik. Wir haben eine Sitzung gehabt, da haben alle – und ich hab' lange nicht geweint, viele, viele Jahre nicht geweint – wir haben alle Rotz und Wasser geheult, alle, sogar die Männer. (46: 15ff.)

Patienten beschreiben keine zufälligen Ereignisse, sondern ein rituelles Ablaufmuster, »eine Dynamik, die dann durch die Gruppe gegangen ist« (46: 24f.), wiederholt Frau Wert. In der Retrospektive sieht sie die Therapie selbst als Statuspassage, die sie wie auch die anderen Patienten durchlaufen hat. In der expressiv-emotionalen Solidarisierung bildet sich das Leidenskollektiv, in dem der einzelne Patient aufgeht und worin geteilte Deutungen des Leidens eingehen.

Die Identifikation mit dem therapeutischen Imperativ ist vollzogen, wenn sich das ritualisierte Drama der Beichte vollzieht, in dem ein Bekenntnis zu emotionalisierten Inhalten und deren psychologisierenden Deutungen erfolgt (vgl. Hahn 2000: 197-236). In Form einer Prüfung vor Zeugen wird im Kampf gegen sich selbst die Wende eingeläutet, indem sich die Patienten von ihren alten Anschauungen distanzieren und sich neuen Sichtweisen zuwenden, »umkippen«, sagt Frau Wert. Im Mysterium dieser liminalen Phase sind die Patientinnen von der Verantwortung für ihr Handeln, das sie nicht steuern können, entbunden. Gerade dass die Situation als spontan gilt, beweist das Authentische und die Wahrheit der neuen Einsichten. Dass die Wende nämlich vom »Glück« abhängt, macht sie auch zu etwas Erhabenem als Attribut religiöser Erfahrung mit existenziellem Gehalt, das sich über die Profanität des Alltags stellt.

Unterstützt werden die neue Sicht sowie die Orientierung an Intimität und Emotionalität innerhalb der Therapiegruppe durch den gemeinsamen Alltag, dessen Profanität das sakrale Therapieerlebnis kontrastiert: Die Gruppe ist nicht nur in den Sitzungen zusammen, sondern auch in den Pausen, und gestaltet den gesamten Tagesablauf gemeinsam, von der Zubereitung der Mahlzeiten bis zu therapeutisch geleiteten Freizeitaktivitäten wie »Genusstaining«. Fernbleiben, selbst Unpünktlichkeit, wird den Therapeuten gemeldet und sanktioniert, wenn keine wichtigen Gründe vorliegen. Trotz des strikten Tages- und Therapieregimes wird die lockere Atmosphäre der Kameradschaft gelebt, was auch Anlass ist, regelmäßig eigene Gefühle zu reflektieren. Diese Quasifamilie ist aber auch der Ort ironischer Distanzierung zum Therapieschehen oder der Klage über einzelne Therapeuten

und zugleich Ort der Bestätigung der Leidenserzählung. Jedenfalls zeigen Patienten zunehmend Interesse füreinander, fragen nach, erzählen selbst und beteiligen sich am Austausch von Intimität und Privatheit. Gespräche in den Zigarettenpausen gehen in weiteres emotionales Engagement über, das nun auch auf sich selbst bezogen ist. Es entsteht ein Zugehörigkeitsgefühl zur Therapiegruppe und zur Einrichtung, das mitunter über den Aufenthalt hinaus bestehen bleibt, etwa wenn sich ehemalige Patienten regelmäßig treffen oder wieder aufgenommen werden (vgl. Gildemeister 1989).

In der therapeutischen Einrichtung werden eine neue Sprache und korrespondierende Empfindungen gelernt und deren Wirkungen ausprobiert. Im gegenseitigen Versichern des Leidens werden die Kommunizierbarkeit der Symptome und die korrekte, also erfolgreiche Handhabung der Diagnosen trainiert. Neben Zuwendung, Trostspenden und geteilten Gefühlsausbrüchen kommt es auch zu Schmerz- und Leidenskonkurrenzen, wobei sich Hierarchien bilden und sich Patienten weiter an ihre Symptome verpflichten – auch das wird in den Interviews regelmäßig angesprochen. Etwas scheinbar Paradoxes passiert: Gelehrt und praktiziert wird individuelle Selbstreflexion, infolge dessen sich ein leidendes Kern-Ich herauschält, das dann wieder im neuen Kollektiv aufgeht – als spiegelndes Gegenüber des Selbst und als Bestätigung des Leidens sowie des neuen Wegs und der neuen Vorstellungen. Die Distanz zu alltagsweltlichen Beziehungen – sei es zur Familie oder zur Arbeitsstelle – verlangen andere, diese ersetzende Kollektive, womit sich die hohe Identifikation mit der Therapiegruppe begründet.

Inkorporierungen

Das emotionalisierte Bekenntnis von Frau Wert legt nahe, dass therapeutische Verfahren nicht nur verbal-kognitiv ablaufen, sondern sich auch in Empfindlichkeiten abbilden. Während ihres Aufenthalts haben die Patienten in der Regel nur selten Kopfschmerzen, aber wenn sie im Interview zur Sprache kommen, markieren sie biografische Reinszenierungen des Leidens, die Prüfungen in den Therapiesitzungen sowie den Bedarf nach mehr Therapie, etwa bei Frau Wert:

Nach den Gesprächstherapien, das ist mir ausgefallen, merk' ich, wie sich da so 'n Wahnsinnsdruck aufbaut bei so bestimmten Themen. In so größeren Gruppen mit zehn Leuten gibt's verschiedene Schicksale und manche ... bin ich dann sehr empfindlich, weil bin ich nach wie vor nicht bereit, an manche Baustellen zu gehen. Und da möchte ich am liebsten dann auch aufstehen und dann lieber rausgehen, aber ich tu's halt nicht, aber dann merk' ich dieses »Oaah« [ahmt einen Schmerzlaut nach]. (45: 5ff.)

Patientinnen weisen ihren Symptomen, die während des Aufenthalts in der Einrichtung auftreten, regelmäßig eine heroische Note zu, wenn sich etwa die harte

Auseinandersetzung mit sich selbst an Kopfschmerzen zeigt. Frau Wert betont beispielsweise: »Dann geh' ich da [aus der Therapiesitzung] mit Kopfschmerzen raus« (36: 21). Dabei wird nie Kritik an den Zumutungen der Therapie geäußert oder dem Therapeuten die Schuld für die Kopfschmerzen gegeben.

In der verkörperten Repräsentation der Therapie nehmen Kopfschmerzen im Symptomgewebe eine Mittelstellung zwischen rein physisch-mechanischen Körperschmerzen der Wirbelsäule und psychisch-körperlosen Dispositionen wie Angst oder Panik ein. Kopfschmerzen sind nicht der eigentliche Behandlungsgegenstand. Sie sind zwar pathologisch, aber eben auch alltäglich und deshalb ungefährlich, sie bieten allenfalls einen kleinen Einblick in den emotionalen Zustand des Patienten. Des Weiteren sind sie mit einem hinreichend immateriell-körperlosen Deutungshorizont versehen, weil sie nicht mit der unmittelbaren Körpermechanik oder mit körperlichen Belastungen erklärt werden müssen, obwohl diese bei Bedarf hinzugezogen werden können. Kopfschmerzen repräsentieren nun ein neues Anforderungsniveau, nämlich die geistig-emotionalen Belastungen schwieriger therapeutischer Gespräche – kein Patient berichtet davon, nach einer Therapiesitzung Wirbelsäulenschmerzen zu haben. Gleichzeitig sind Kopfschmerzen physiologisch klar lokalisiert – der Kopf gehört immer noch zum Körper – und lassen sich metaphorisch mit dem Körper verknüpfen. Sie erfüllen somit in idealer Weise die Funktion eines körpereigenen Symbolmediums für den Bereich der Psychotherapie.

Die Zuweisung der Kopfschmerzen zum Kontext des Therapeutischen geschieht auch außerhalb der Gesprächstherapien. Während des Aufenthalts auf der Station deutete sich bei Frau Wert ein Migräneanfall an, der mit einer Kopfmassage von der Krankenschwester abgewendet wurde. Frau Wert war zunächst skeptisch:

Da habe ich gesagt: »Das wirkt doch sowieso nicht, nicht wenn 'ne Migräne im Anflug ist.« Dann hat sie da so mit ätherischen Ölen und irgendwie hat sie mir diesen ganzen Druck und die Last aus meinem Kopf rausgesogen. Das war so erstaunlich. Das war 'ne richtig massive Erfahrung, die ich da gemacht habe. Weil ich das überhaupt nicht für möglich gehalten habe, weil ich dachte: »Oh, das ist alles verkrampft wieder, nicht genug durchblutet.« Ohne Medikamente geht das nicht. Und dann hat sie mir einfach den Druck genommen [...], so nach dem Motto: Ich kann mich jetzt dadrauf einlassen. Ich bin ja hier in guten Händen. [...] Da hab' ich so richtig gemerkt, als wenn's raus fließt aus meinem Kopf. (14: 3ff.)

Es wäre sicherlich übertrieben zu behaupten, die Krankenschwester habe die neurologische vaskuläre Migränetheorie buchstäblich aus dem Kopf von Frau Wert massiert. Trotzdem gibt diese ein Beispiel für die Inkorporierung neuer Deutungsbestände von Empfindlichkeiten, wenn sie zwei Symptomkonzepte gegenüberstellt. Dabei muss sie sich nicht einmal genau festlegen, da »Rausfließen«

sowohl das Auflösen eines Blutstaus nach der vaskulären Theorie als auch eine unerklärliche bedrohliche psychische Energie meinen kann. Jedenfalls wird die vaskuläre Migränetheorie (»nicht genug durchblutet«) zunehmend irrelevant, während das therapeutische Konzept (»sich einlassen auf etwas«) an Bedeutung gewinnt und handlungsleitend wird. Der Übergang von der einen zur anderen Theorie geschieht durch die Haltung des »Sich-Einlassens« als eine aus der religiösen Praxis entlehene Mentaltechnik der Hingabe an das Erhabene, hier der therapeutischen Vorstellung vom authentischen Selbst. Die Behandlung nimmt die Form eines Heilrituals an, was nur gelingen kann, wenn daran geglaubt wird, wobei sich dadurch dem Handlungsverlauf verpflichtet wird.

Die Interaktion zwischen Krankenschwester und Patientin ist eine verkörperte Vermittlung zwischen Heilserwartung und der Vorstellung vom authentischen Selbst. Qua Massage dringt der therapeutische Wissensbestand als Praxisform in den Patientenkörper ein und formiert dort, dirigiert durch die neuen Wissensbestände, die neue Aufmerksamkeit für Empfindlichkeiten. Unterstützt wird die Krankenschwester durch Konnotationen und die symbolische Kontextualisierung der von ihr gebrauchten Requisiten: »Ätherische Öle« sind keine Medikamente (die in der psychosomatischen Abteilung verpönt sind), sondern mesmerisch-flüchtige Wundermittel von immateriellem Gehalt, eben ätherisch, die in den Händen der charismatischen Krankenschwester das Mysterium des Herausfließens der Schmerzen aus dem Kopf bewirken. Kopfschmerzen werden von einem äußeren Einfluss zu einem Teil der therapeutisch definierten Subjektivität, wenn sich Frau Wert am Schluss der Massageepisode fragt, »ob man es [die Kopfschmerzen] nicht doch selbst beeinflussen kann« (14: 18).

Die Suche nach dem richtigen Selbst

Durch die neuen Wissensbestände werden die Krankengeschichten zu Leidengeschichten der Suche nach dem richtigen Selbst. Die eigene Biografie ist allerdings pathologisiert und damit die Rückkehr zum Stand der Gesunden endgültig verwehrt. Das lässt sich an der Fallgeschichte von Herrn Hendrich darstellen, für den mit dem Eintritt in die psychosomatische Abteilung ein Umlernen der Konzeption seines Selbst beginnt. Er bemerkt, dass er früher unauthentisch gelebt und Dinge mit unaufrichtiger Motivation unternommen hat. Die psychosomatische Behandlung bewirkt neue Einsichten in die Vergangenheit und eine Deutung des Selbst, das verändert werden muss:

Ich war natürlich nicht zufrieden mit meinem Leben. Ja, ich hab' mich sehr zurückgezogen. Ich hab' viele Leute vergrault, weil ich den falschen Weg gewählt hab', um Aufmerksamkeit zu erregen. Ich bin mehr so ein Einzelgänger gewesen in den letzten Jahren. Und das ist auch der Grund, warum ich hier bin. (2: 29ff.)

Auf die letzten Jahre blickt er folgendermaßen zurück: »Davon abgesehen, dass ich mich selber zurückgezogen habe, hab' ich auch gar keine Zeit gehabt, irgendwie Freundschaften zu pflegen oder aufzubauen oder gar 'ne Beziehung« (3: 34 ff). Auch die berufliche Tätigkeit wird nun mit einem anderen Blick betrachtet:

Im letzten [Jahr] hab' ich nur noch gearbeitet und geschlafen, mehr war da nicht mehr. Jetzt kam dann ein einschneidendes Erlebnis, und da hab' ich jetzt gesagt: »Jetzt ist Schluss [...], jetzt will ich nicht mehr.« Ja, da hab' ich auch die Selbstfürsorge sehr vernachlässigt, und dadurch sind mir meine ganzen Zähne kaputtgegangen. (4: 12ff.)

Mit der neuen Perspektive verschieben sich die Ursachen der Beschwerden, die Herr Hendrich nun nicht mehr im auf sein Eigeninteresse bedachten Arbeitgeber sucht, sondern in seiner mangelnden »Selbstfürsorge« (4: 19), durch die das Zahnproblem überhaupt erst entstanden ist. Sowohl die Symptome als auch die Lebensumstände werden nun dem Selbst zugeordnet. Die psychosomatische Behandlung markiert den Wendepunkt zum richtigen Selbst, als Herr Hendrich seine therapeutischen Erfolge berichtet: »Ich hab's selber gemerkt, dass ich mich um 180 Grad gedreht habe« (29: 18). Therapeutische Begriffe der Ichbezogenheit wie »Selbstfürsorge« und »Jetzt tue ich etwas für mich« (4: 27) sind auch bei anderen Patienten beliebte Formeln, mit denen sie zeigen, dass sie sich von der Fremdbestimmung in ihrem Leben, meist durch Zwänge der Arbeit, gelöst haben: »Jetzt möchte ich anfangen zu leben und nicht mehr leben, um zu arbeiten« (4: 28), sagt Herr Hendrich. Mit der Reinszenierung unangenehmer Ereignisse und Kränkungen werden emotionale Biografien formiert, die den Ausgangspunkt für Umdeutungen von Lebens- und Selbstentwürfen bilden. Die mit psychosomatischen Theorien herauskristallisierten Symptome und deren Deutungen werden zu Requisiten, die das Leiden am unauthentischen Selbst plausibilisieren und an denen Patienten lernen, dass sie falsch oder unecht gelebt haben.

Auch Frau Wert betrachtet ihr Leben kritisch und resümiert, als sie über ihre Ausbildung zur Altenpflegerin berichtet:

Ich hab' mir dann wirklich diesen Stress angetan und hab' Tag und Nacht geübt, gelernt, gemacht und hab' wirklich mit dreimal »Eins« abgeschlossen. Ja aber, ich hab's eigentlich nicht für mich getan. (6: 15ff.)

Frau Wert stellt sich als fremdgesteuert dar, als sie die Ausbildung im Alter von 44 Jahren nach der Scheidung absolviert, weil sie ihrem Exmann ihre Selbstständigkeit beweisen möchte. Dass hinter der Ausbildung und der Berufsausübung die schlichte Notwendigkeit der Existenzsicherung steht, wird entweder kaschiert oder als selbstverständlich vorausgesetzt. In der Erzählpassage jedenfalls treten diese Umstände nicht in Erscheinung. Thematisch bedeutsam ist vielmehr der Topos des nicht verwirklichten und abhängigen Selbst, obwohl Frau Wert durchaus

in ihrem neuen Beruf zufrieden zu sein scheint. In der Therapie lernt sie jedoch, dass sie die Ausbildung nicht aus dem Motiv der Selbstverwirklichung heraus unternommen hatte, womit sie gegen das Gebot der Authentizität verstößt. Vor dem Hintergrund unauthentischer Motive werden selbst frühere Erfolge abgewertet.

Mit solchen Vorstellungen ausgerüstet, sind Patienten nicht wegen der Überforderung durch zu viel Arbeit krank, sondern aufgrund ihres unauthentischen Selbst, was sich zeigt, als Frau Wert über ihren starken, aber eben nicht angemessenen Ehrgeiz auf ihrer Arbeitsstelle spricht:

Die [ihre Dienstleitung] überschätzen mich [...] Die setzen da was voraus [...], meine Rhetorik oder wie ich mich gebe [...] Die wissen nicht, wie ich mich dabei fühle, und dann denke ich manchmal, ich habe so 'ne Maske auf und spiele was vor. (7: 1ff.)

Das Nichtauthentische ist nicht nur falsch, sondern ein Grund des Leidens bzw. das Leiden selbst. Dauerhaft eine »Maske« zu tragen, wie es Frau Wert für sich sieht, ist Zeichen von Überangepasstheit an Normen und des Übererfüllens von Erwartungen.

Kern des therapeutischen Narrativs sind die Ausdrucksformen der Empfindlichkeit, mit denen auch das Selbst ausgedrückt wird (Illouz 2009). Körperliche Symptome repräsentieren die Behandlung, deren Fortschritt und die neu gewonnenen Einstellungen sowie die neuen Einsichten bezüglich der eigenen Vergangenheit. Frau Wert berichtet über ihre Lernerfolge auf der psychosomatischen Station:

Ich bin auch sehr ungeduldig, was den Heilungsprozess angeht, aber das lern' ich ja hier. Die sagen, ich muss einfach ein bisschen sorgsamer mit mir und meinem Körper umgehen. Und nicht: »Ich muss jetzt sofort ...«, also dieser übertriebene Ehrgeiz, den ich die letzten Jahre so entwickelt habe, und mir für mich dann nichts mehr gönne, weil mir das alles dann nur noch lästig ist. Dann sind mir auch Kopfschmerzen total lästig. Und dann werden sie ja nur schlimmer. (28f.: 31ff.)

Verknüpft werden emotionale Zustände und körperliche Symptome als Ausdrucksformen des Selbst. Nach dieser Logik repräsentieren die geringer werdenden Kopfschmerzen nicht nur die Symptomlinderung, sondern auch die Selbstverbesserung und die Beschwörung eines aufrichtigen, authentischen und damit gesunden Selbst. Mit den Kopfschmerzen geht es den Patientinnen nicht nur schlecht, sie liefern auch die Begründungen, warum es ihnen so schlecht geht, nämlich dass sie zu hart gearbeitet haben und zu ehrgeizig sind.

Das therapeutische Deutungsangebot

Indem das eigene Leben im Metanarrativ des Therapeutischen subsumiert wird, werden Biografien standardisiert, allerdings nicht als Normallebenslauf mit vor-

gegebenen Abfolgen von institutionell definierten Lebensstationen, vielmehr werden Eigendynamiken moralischer und charakterlicher Entwicklungsprozesse zum Ideal des autonomen Selbst hin konstruiert, in die die biografischen Stationen als folgerichtige Entscheidungen eingehen. In der retrospektiven Deutung nach therapeutischen Regeln ist kaum etwas im Leben zufällig oder hat sich einfach so ergeben. Alles hat seinen logischen Sinnzusammenhang.

Ausgehend von den Unzufriedenheiten und Konflikten im Erwachsenenalter, wird die Lebensgeschichte wie durch ein Mikroskop auf die Leiden der Kindheit und Jugend abgesehen, die zum Kristallisationskern für die Leidensgeschichte insgesamt werden. Die Leidensgeschichte begrenzt sich aber nicht auf die Kindheit, sondern wird auf die schicksalhafte Wiederholung des Lebens der Eltern zurückgeführt, die sie an die eigenen Kinder weitervererbt haben. Leiden sind wie eine generativ übertragene Infektion, deren Manifestation über eine Quarantäne – die Psychotherapie – in die Latenz überführt wird. Die Gefährdung durch einen infektiösen Kern bleibt aber weiterhin bestehen.

Das therapeutische Narrativ liefert kohärente Deutungen einer vom Normalverlauf abweichenden Biografie, insbesondere wenn es durch biografische Wechselfälle hohen Deutungsbedarf gibt. Es bietet Erklärungen für Nöte, Leiden und Unzufriedenheiten des Alltags, die sich durch die hohe Aufmerksamkeit darauf zusätzlich verstärken und in diesem Erklärungskreislauf zunehmend eine eigene Statur als Abweichungen vom wahren Selbst gewinnen. Ihre suggestive Kraft zieht das Therapeutische aus der Thematisierung der unverschuldet verletzten Kindheit, womit selbstverständliche Sozialisierungserfahrungen infrage gestellt sind. In diese (durch therapeutische Denkformen initiierten) Erfahrungen der Verunsicherung wirkt das Therapeutische stabilisierend und wird als neue Denk- und Praxisform habitualisiert.

Für als gescheitert oder als veränderungsbedürftig betrachtete Lebensphasen werden die Beziehungen in der Herkunftsfamilie als Ursache herangezogen. Das Thema der therapeutischen Erzählung ist die Durchsetzung eines Entwurfs der Selbstverwirklichung gegen Widerstände, der sich zunächst im Bruch mit den Eltern manifestiert. Die Wechselfälle des Lebens werden nicht als unabänderliches Schicksal gesehen, sondern selbstverantwortlich gelöst, indem das wahre Selbst mithilfe der Therapie realisiert wird. Die Lösungen werden in der Durchsetzung eigener Vorstellungen gesehen, womit biografische und generative Diskontinuitäten in Kauf genommen werden. Durch die Anwendung therapeutischer Denkformen auf die Organisation des Selbst wird sich von signifikanten Anderen distanziert, und soziale Bindungen werden gelockert. Verpflichtungen an Kollektive, etwa die Familie oder den Partner, stehen unter Vorbehalt im Dienste der Selbstverwirklichung.

Die Psychotherapie rationalisiert Lebensentscheidungen und verpflichtet auf den neuen Lebensweg. Mit der Wiederholung falscher Lebensentwürfe wird ge-

brochen und eine neue Betrachtungsweise gelernt: bezüglich des Leidens in der Kindheit, der fehlgeschlagenen Versuche, daraus zu entkommen, die doch wieder in die alten Verhältnisse geführt haben, und schließlich des inneren schweren Kampfes, sich von den alten Mustern zu distanzieren und ein neues Leben zu beginnen.

Mit der Anwendung der Deutungsfolie des Therapeutischen werden problematische Lebenssituationen regelmäßig als Leiden gesehen, in die auch körperliche Symptome eingewoben werden. Die Deutungen körperlicher Symptome, etwa die Schmerzen der Eltern, die Verletzungen der Kinder und die eigenen Schmerzen, transportieren moralische Einstellungen und legitimieren Lebensentscheidungen. Symptome und Schmerzen werden sowohl als Evidenzen für die falsche Beziehung als auch für die richtigen Entscheidungen hinzugezogen. Anhaltende Konflikte und die Unzufriedenheiten mit der Lebenssituation werden auf erfahrenes Leid aus Kindertagen zurückgeführt, das erst durch die Therapie diese Kontur erhält. Verkörperte Evidenzen für den biografischen Zusammenhang zwischen den aktuellen Problemen und dem Leid der Kindheit können Kopfschmerzen sein, die als hypertrophe Elemente von Empfindlichkeit konstituiert werden. Sie dehnen sich aus, überlagern sich mit anderen Symptomen, werden mit weiteren Empfindlichkeitsdispositionen in das Motiv des Therapeutischen eingewoben und verlieren dadurch unter Umständen wieder an eigenständiger Bedeutung. Zentral sind dann nicht einzelne Symptome, sondern der gesamte Symptomkomplex, dessen Elemente austauschbar sind. Auch darin kommt der kommensurable Charakter der Kopfschmerzen im Empfindlichkeitsdiskurs des Therapeutischen zum Ausdruck.

4.2 Lebensentwürfe der Invalidität

Auch in diesem Kapitel werden die Krankenkarrerien der psychosomatischen Patientinnen und Patienten weiterverfolgt. Es wird davon berichtet, wie unsere Informantinnen die in der Klinik erlernten psychosomatischen Auffassungen in ihren Alltagsbeziehungen anwenden. Die therapeutisch gestützten Selbstbilder sind die Grundlage für neue Lebensauffassungen und Lebensentwürfe, mit denen nun auch die Angehörigen konfrontiert werden. Die neuen Wissensbestände platzieren Symptome in die Biografien und verknüpfen sie mit Erinnerungen, die dadurch einen approbierten Wirklichkeitsgehalt erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sie ihre Empfindlichkeitsdispositionen zunächst nur gegenüber denjenigen zur Sprache bringen, die diesen Deutungsrahmen teilen, also vor den Mitpatienten sowie dem Personal der psychosomatischen Abteilung. Sind die Deutungen der Empfindlichkeiten einmal eingeübt, werden sie auch an anderer Stelle angewendet, etwa gegenüber Gutachterinnen in sozialrechtlichen Verfahren, in der Familie oder auf der Arbeitsstelle, wobei jeweils die Gesten und der Empfindlichkeitsausdruck