

und es wird die Differenz zu einer nicht von Migräne betroffenen Normalpopulation definiert. Den Patienten werden im Sinne des Behandlungsregimes über sich und ihre signifikanten Anderen die Augen geöffnet. Sie lernen neue Interpretationsschemata ihres Alltags und des Umgangs mit ihren Bezugspersonen.

4.4 Krankheitsexpertise im Alltag

Bisher wurde herausgearbeitet, dass die Schmerzklinik ein Lern- und Probierfeld für Identitätsdarstellungen ist, bei der die Migräne im Zentrum steht. Es wird nun zu zeigen sein, dass im Alltagsleben nach dem Aufenthalt die dort erlernte und verinnerlichte Deutung der Migräne als chronische Krankheit angewendet wird. Patientinnen und Patienten leiten daraus Ansprüche ab, die – ausgestattet mit der Erklärungskraft der Medizin – von den Angehörigen anerkannt werden. Wie es den Patientinnen gelingt, das neue Verständnis in der Familie durchzusetzen, kann insbesondere anhand der Interviews, die ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt mit ihnen und ihren Angehörigen geführt wurden, veranschaulicht werden.

Chronische Krankheit

Über den Aufenthalt von Frau Domenico in der Klinik wurde bereits berichtet – allerdings noch nicht über ihre Vorgeschichte: Sie kennt Kopfschmerzen seit dem Alter von zwölf Jahren, auch ihre Mutter und ihre beiden Schwestern haben Migräne. Sie nahm ihr Leiden zunächst hin, suchte den Hausarzt auf und behandelte es mit Alltagsmitteln, Schmerzmitteln, Ruhe sowie dem Rückzug in einen verdunkelten Raum. Vor dem Klinikaufenthalt sah sie die Migräne aus der Perspektive älterer Vorstellungen und der Migränetheorie der Gefäße. Auslöser seien etwa »Stresssituationen« (20: 13), Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie Kreislauf- und Verdauungsprobleme, zudem »Streit und wenn man sich so erhitzt« (20: 26). Der Ehemann hat eine robuste Einstellung zum Schmerz, bringt wenig Empathie für die Migräne seiner Ehefrau auf und verlangt von ihr schnelle und alltagsverträgliche Lösungen: »Also er hat das schon immer so ein bisschen abgetan, und ich sollte was dagegen tun« (16: 8f.), sagt sie im ersten Interview.

Frau Domenico ist in Vollzeit tätig und mit der Arbeitsteilung zu Hause sowie mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden. Seit einem Jahr eskalieren ihre Kopfschmerzen: In drastischen körperlichen Reaktionen wurden Auraerscheinungen, Geruchs- und Hörempfindlichkeit sowie Erbrechen häufiger, was einen ganztägigen Rückzug notwendig machte. Die Einnahme von Schmerzmitteln half nicht mehr, und es zeigten sich bereits Symptome von Übergebrauchskopfschmerzen. Die mangelnde Alltagsfähigkeit in Familie und Beruf führte Frau Domenico schließlich in die spezialistische Schmerzversorgung, in der sie die neue Deutung

der Kopfschmerzen als physiologischer Erkrankung eines anfälligen Gehirns kennenlernte:

Ich hab das schon gemerkt, dass ich ja empfindlicher war, also ich lag auf'm Sofa und dann hat mich irgendwie das kleinste Geräusch oder so, wenn mein Sohn oben irgendwas, gestört und dann hat er gesagt: »Mama, was hast du denn?«, sag ich: »Das stört mich, ich kann nicht lesen, das muss man abstellen.« [...] Weil das wirklich der Kopf war, weil das einfach 'ne Über-, ja zu viele Geräusche oder zu viel aus dem Umfeld kriegt man mit. Und das hat mich schon gestört, aber ich wusste nicht, dass es wirklich an dem Migräniker liegt. (11: 28ff.)

Ihre älteren Alltagsdeutungen überspielt Frau Domenico mit den neuen Vorstellungen, diese macht sie nach ihrer Rückkehr nach Hause zur Grundlage neuer Arrangements:

Und meine Einstellung hat sich grundsätzlich geändert. Also so weil einfach so [...] erstmal die Akzeptanz von der Krankheit und zu sagen »Du bist krank!« Das wirklich zu akzeptieren, dass es 'ne chronische Krankheit ist. [...] Allein dieser Gedanke und auch mal zu sagen: »Ich hab Migräne! Hallo, ich muss mich nicht zusammenreißen und ich hab Migräne und fertig ist.« Das ist wirklich gut. (5: 20ff.)

Migräne wird in der Familie nun nicht mehr als ein Alltagsleiden angesehen, sondern als chronische Krankheit, für die Frau Domenico die Krankenrolle und deren Rechte beansprucht.

Optimierungen in Familie und Erwerb

Bei der Rückkehr nach Hause hat sich das Schmerzaufkommen von Frau Domenico erheblich verringert. Und mit den neuen Kenntnissen aus der Klinik gelingt es ihr nun, neue Privilegien und Rückzugsmöglichkeiten zu etablieren, vor allem indem sie die Erwartung, Aufgaben erfüllen zu müssen, abgelegt hat. Im Folgeinterview zeigt sich zudem, dass sie die Verantwortung für die Migräne nicht mehr nur bei sich sieht, auch der Ehemann und die beiden halbwüchsigen Söhne sollen an der Vermeidung der Anfälle mitarbeiten und sie bei den Haushaltstätigkeiten entlasten, da sie schließlich einer Vollzeittätigkeit nachgeht.

Dadurch, dass ich nicht so viel da bin, weil ich ja ziemlich viel unterwegs bin oder halt von der Schule her, vom Arbeiten her. Ja, dann sag' ich dann »Hallo, ihr müsst das machen und das und das«, und das klappt eigentlich relativ gut. (8: 32ff.)

Die Ansprüche von Frau Domenico an die neue Aufgabenverteilung bestätigt ihr Ehemann im Partnerinterview:

Da hat sie so gesagt: »Jetzt müsst ihr euch ein bisschen mehr einbringen.« [...] Da hat sie dann auch gesagt, also sie muss einfach, sie muss selber einen Gang zurückschalten. (15: 7ff.)

Auch die beiden Söhne werden mit Aufgaben betraut, die vorher durch die Mutter übernommen wurden. Sie sagt:

Wenn ich nicht da bin, dass was zu essen auf'n Tisch kommt, und das hab' ich, vorher hab' ich gedacht: »Du musst jetzt kochen« und so und nö, also die sind groß genug und müssen selber auch mal kochen. (11: 19ff.)

Für Familie Domenico hat sich einiges geändert: Vor dem Aufenthalt konnte unsere Informantin nur auf die Alltagskraft ihrer Empfindlichkeitsdarstellungen bauen, die bei einer Eskalation der Kopfschmerzen schon bald verbraucht war, während sie nun in der Lage ist, ihre Leistungsunfähigkeit medizinisch zu legitimieren. Mit dem Krankenargument reorganisiert sie das Familienleben und sorgt für eine Umverteilung der Haushaltstätigkeiten, zu denen die männlichen Familienmitglieder nun vermehrt hinzugezogen werden.

Vor dem Klinikaufenthalt reagierten diese erst während des Migräneanfalls durch Zuwendung oder durch das Ermöglichen von Rückzug. Dagegen ist es typisch für die Absolventen der Schmerzkliniken, dass mit dem Krankenargument die gesamte Familie zur gemeinsamen Arbeit an der Vermeidung von Migräneanfällen verpflichtet wird. Krankheitshandeln ist nicht mehr auf die Zeit der Anfälle beschränkt und die Krankheit nicht mehr nur in den Köpfen der Patienten präsent, sondern sie weitet sich symbolisch, zeitlich und örtlich aus und wird von den Patientinnen dirigiert.

Nach den älteren Vorstellungen wurden zwar immer auch schon nicht veränderbare Umwelteinflüsse wie das Wetter oder das Raumklima für Migräneanfälle verantwortlich gemacht, aber eben auch die Patientinnen selbst, etwa durch die Auswahl von Nahrungsmitteln und die Organisation der Tagesabläufe. Die neue Theorie der Migräne weist dagegen auch den Angehörigen Verantwortung für die Schmerzanfälle zu. Der Vermeidungsimperativ dehnt sich demzufolge auch über Routinen, Tagesabläufe und Belastungen aus, zudem auf weitere Bereiche des Familienlebens, etwa Freizeitaktivitäten. Frau Domenico verpflichtet den Ehemann zum gemeinsamen Joggen am Sonntag, ebenso reklamiert sie einen gepachteten Garten als Rückzugsort für sich, in dem sie sich entspannen kann:

Ich hab' [...] mit meiner Familie, mit meinen Männern drüber gesprochen, hab' ich gesagt: »So und so sieht das aus, also ich brauch' meine Ruhe.« Also ich hab' das einfach klargestellt, sag' ich: »Ich brauch' meine Auszeit, meine Ruhe.« Und dann mach' ich das wirklich so, dass ich dann in meinen anderen Garten gehe, und dann hab' ich da einfach meine Ruhe. [...] Weil dann lieg' ich in meiner Hängematte oder oder sitz' ich auf'm Sofa oder weil wir haben da so eine kleine Hütte oder hab'

einfach da wo ja und dann Augen zu und dann braucht man nichts machen. (9: 26ff.)

Sowohl das gemeinsame Joggen als auch die Nutzung des Gartens durch sie allein zeigen, wie medizinische Zuweisungen in räumliche und zeitliche Ordnungen des Familienlebens transformiert werden. Solche neuen Arrangements der Nähe und Distanz werden in den Familien weitgehend akzeptiert, weil die Patienten damit in der Regel alltagsfähiger sind bzw. sich Leistungsunfähigkeiten als Frei-, Aus- und Ruhezeiten in einen erwartbaren Zeitplan einspeisen. Nicht die Leistungsunfähigkeit an sich ist das Problem, sondern deren Unplanbarkeit sowie die Dauerklage der Patienten über ihre unbegreiflichen Schmerzen. Die neuen Arrangements sorgen für die Erwartbarkeit der Leistungsunfähigkeit und regulieren die Verläufe der Migränekopfschmerzen, denen nun eine Erklärung gegeben wird. Insgesamt wird die neue Situation als Verbesserung gegenüber der Zeit vor dem Klinikaufenthalt gesehen, in der die Lage emotional eskalierte.

Die Veränderungen in den familiären Arrangements haben auch Auswirkungen auf das Erwerbsleben. Frau Domenico, die sich auf ihrer Arbeitsstelle überlastet fühlte und deshalb die Absicht hatte, kürzer zu treten und nicht mehr Vollzeit zu arbeiten, kündigte zum Beispiel nach dem Klinikaufenthalt, war ein halbes Jahr arbeitslos und hat sich in dieser Zeit nach einer besseren Stelle umgesehen, auf der sie inzwischen wieder Vollzeit arbeitet. Mit der medizinisch informierten Legitimation, Anforderungen, die sie für unangemessen hält, abzuweisen, steuert sie nun wie auch zu Hause ihr Arbeitsaufkommen und ihre Arbeitszeiten:

Das Gute ist, dass ich jetzt in dem Job, [...] also vielleicht hab' ich da so auch nicht mehr den gleichen Stress wie vorher, aber auch meine Einstellung ist anders, weil ich dann einfach sag'h: »Heute ist vier Uhr, jetzt geh' ich nach Hause.« Und das war vorher nicht. (5: 28ff.)

Nach dem Klinikaufenthalt tritt sie nicht nur eine volle Stelle an, sondern gibt zusätzlich noch Fremdsprachenunterricht in der Volkshochschule. Somit erfolgt eine Zunahme ihrer Erwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Abnahme der Hausarbeitstätigkeit.

Also ist eigentlich mehr geworden von der Arbeit her. Aber dadurch, dass ich mich wirklich ein bisschen geändert habe, klappt das ziemlich gut. Also ich bin hier echt total zufrieden. (2: 24ff.)

Durch die Optimierung der Hausarbeit durch Arbeitsteilung in der Familie und die Installation der neuen Rückzugsmöglichkeit eröffnen sich für Frau Domenico neue Chancen in ihrem Erwerbsleben, in das sie nun mehr Energie steckt. Die Familie profitiert davon insofern, dass (im Angesicht der Drohkulisse Arbeitslosigkeit) der Verdienstausschlag vermieden wird und sogar ein weiteres Einkommen hinzukommt.

Die Rearrangements sowohl in der Familie also auch im Erwerb basieren auf der Zuweisung als chronische Migränekranken. Im Zweifel – also bei Unzufriedenheit – kann Frau Domenico somit ihre Kopfschmerzen jederzeit ins Spiel bringen und neue Arrangements initiieren.

Den Kopfschmerzpatientinnen der Schmerzkliniken geht es um die Verbesserung der Arbeitssituation, nicht um ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In der Regel streben sie (im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten der psychosomatischen Abteilung) keine Erwerbsminderung oder Frühberentung an.

Parallele Empfindlichkeitswelten

Mit dem medizinisch angeleiteten Migräneargument unterstehen die Familienroutinen nun stärker formalisierten Regeln und sind nicht mehr nur einfach auf der Basis herkömmlicher und alltagspragmatischer Vorstellungen tradiert. Durch das Rearrangieren der sozialen Beziehungen nach dem Klinikaufenthalt entstehen familiäre Parallelwelten, in denen die Patienten ihre Ansprüche als chronisch Kranke geltend machen. Die neue Migränetheorie kontextualisiert die Migräne in den Bereich der Medizin und führt sie so aus den Alltagserklärungen und Alltagspraktiken heraus. Die Patientinnen holen sich Expertenratschläge aus dem Internet oder von Ärztinnen, befolgen das pharmazeutische Regime, achten selbst auf ihre Gesundheit und übernehmen sich nicht, aber mit den neuen Deutungen katastrophisieren sie auch nicht mehr ihre Schmerzen.

Die Gesetze dieser Expertenwelt haben die Familienmitglieder ohne weiteres Mitspracherecht bei der Lebensführung zu befolgen. Es ist typisch für aus der Klinik entlassene Schmerzpatientinnen, dass sie ihrer Familie »eine Ansage machen« oder wie Frau Domenico »etwas klarstellen« und damit für neue Routinen sorgen. Das wirft bereits während des Aufenthalts in der Klinik einen Schatten voraus, wenn Frau Domenico konzidiert, dass bei ihrer Familie »das Verständnis für die Krankheit fehlt, weil einfach das ganze Wissen nicht da ist« (19: 14ff.). Während ihr Sinnhorizont ein expertieller ist, der über den tradierten Alltags gelegt wird, sind die Hinweise und Ratschläge, die aus der Familie kommen, sowie deren Versuche der Schmerzrelativierung eben nicht expertiell beglaubigt (selbst wenn sie dasselbe wie die Experten vorschlagen oder etwas aus einem Kopfschmerzratgeber). Der zentrale Bezugspunkt für die Migräne ist nicht mehr der Alltag, sondern die Medizin und das neue Kollektiv anderer Migränepatienten. Bei ihnen und den Ärztinnen werden Rat und Bestätigung gesucht, nicht mehr in der Familie.

Die Patientinnen können zwar eine neue Wissensordnung und neue Routinen, aber keine von allen Familienmitgliedern geteilte Empfindlichkeitsordnung durchsetzen. Die neuen Migränedeutungen werden somit nicht Teil eines habituell geteilten Empfindlichkeitskosmos, denn die robusten Angehörigen bleiben weiterhin robust und übernehmen nicht die empfindliche Körpervorstellung. Des Öfteren

berichteten unsere Informantinnen, so auch Frau Domenico, dass sie die Kopfschmerzen ihrer Partner ebenfalls mit Migräne zu belegen versuchen:

Insofern, dass mein Mann jetzt selber manchmal Migräne hat und dann das irgendwie doch einsieht, und dann zieh' ich ihn halt immer auf, so immer ja: »Ja, immer am Wochenende hast du Migräne« oder so. (7: 25ff.)

Dieses Etikett wird von den Angehörigen in der Regel allerdings rundheraus abgelehnt. Herr Domenico, Betreiber einer KFZ-Werkstatt, sieht seine Schmerzen weiterhin als haltungsbedingte Alltagskopfschmerzen:

Dann je älter man wird, desto mehr macht einem der Stress zu schaffen, und dann kommt vielleicht so was raus. Also bei mir ist es wirklich »ne Verspannung. Ich denk' weniger, dass es Migräne ist. (5: 21ff.)

Die neuen Migränedeutungen können in den Routinen zwar Platz greifen und werden von den Angehörigen vor allem aus pragmatischen Gründen akzeptiert, denn das Leben ist damit für sie viel einfacher geworden, doch hat die Familie nun kaum mehr Mitspracherechte, sie ist geradezu unbeteiligt. Das kann zum Problem werden: Die Partner haben beim Kampf um die Migräne sehr viel emotionales Kapital investiert. Sie haben dem Leiden der Erkrankten verzweifelt zugesehen und hatten dabei das Gefühl, nichts tun zu können. Auf beiden Seiten gab es Anschuldigungen und Genervtsein, Entschuldigungen und Versöhnungen, Versuche, sich gegenseitig zu verstehen, und Ängste, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können. Am Ende, auch das ist typisch, überredeten die Angehörigen die Erkrankten dazu, in die Klinik zu gehen – manchmal sogar mit der Drohung, dass es so nicht mehr weitergehe. Nun müssen sie erkennen, dass die Patientinnen ihnen eine Verantwortung für die Migräneanfälle zuschreiben und sie das investierte Kapital nicht zurückerhalten, etwa in Form von Dankbarkeit.

Das starke emotionale Engagement der Angehörigen ist plötzlich nicht mehr notwendig. Es ist entwertet, wird von den emanzipierten Patienten nicht mehr anerkannt und nicht mehr gefordert. Die Lösung besteht darin, dass man sich in zwei getrennten Gefühlswelten arrangiert: die Migräneexpertinnen mit ihrer empfindlichen Gefühlsordnung und die Angehörigen mit ihrer robusten. Aus einer gemeinsamen, wenn auch höchst konflikthaften Gefühlsordnung zuvor werden also zwei Gefühlsordnungen, die in der praktischen Umsetzung in ein Nebeneinander in der Alltagsgestaltung münden. Das wird bei Frau Domenico deutlich, die den Garten schon vor dem Klinikaufenthalt durchgesetzt hat und danach für sich allein beansprucht.

Die Parallelität der Gefühls- und Erfahrungswelten zeigt sich noch deutlicher, wenn die Patienten (auf Anraten der Psychologinnen aus den Kliniken) zusätzlich noch eine ambulante Psychotherapie absolvieren. Die dort besprochenen intimen Inhalte sind üblicherweise dem Paargespräch vorbehalten. Dadurch gehören nun

plötzlich die Therapeuten – eigentlich Fremde – zur Familie. Ihnen stehen die Partner skeptisch gegenüber, sie fühlen sich ausgeschlossen und unter Umständen auch verraten. Dieses Gefühl wiegt umso stärker, als sie glauben, die Migräneanfälle geduldig hingenommen sowie die Identität der Patientin und ihrer Familie geschützt zu haben. Zudem wird ihn der Anspruch darauf, sich selbst als Opfer der Kopfschmerzen zu sehen, durch die neuen Deutungen und die Behandlungen verwehrt. Allerdings scheinen die Parallelwelten zu funktionieren, wenn die Angehörigen ihr auf die Migräne gerichtetes emotionales Engagement herunterkühlen, sich selbst eigene Räume eröffnen und wenn sie sich weitgehend sicher sein können, dass die Alltagsfähigkeit ihrer Partnerin erhalten bleibt. Dann nämlich sehen sie vor allem diese Vorteile.

Krankheit als Distinktion

Zusammenfassend lässt sich die spezialisierte Kopfschmerzversorgung als ein Lernprogramm beschreiben: Patienten kommen in die Schmerzkliniken, wenn die Schmerzen ihre Alltagsfähigkeit gefährden und das informelle Netz emotional und praktisch überfordern. Kopfschmerzen sind dann nicht mehr selbstverständlicher Teil des Alltags. Eine starke, erratisch auftretende Migräne geht mit Unsicherheiten der Lebensentwürfe und der Identität sowie einem empfundenem Mangel an Alternativen und der Verständnislosigkeit vonseiten der Bezugspersonen einher. Die Kopfschmerzen werden so zu einem Element der wahrgenommenen Desorganisation des Lebens. Die Lösung wird in der stationären Behandlung gesehen.

Das Lernergebnis des Klinikaufenthalts ist die Veränderung der Interaktionslogiken durch die erfolgreiche Plausibilisierung der Krankenrolle, mit der Rückzug, neue Aufgabenverteilungen und neue Rollenzuschritte legitimiert werden. Migräne wird als ernstzunehmende, behandlungsbedürftige chronische Krankheit definiert, die Rücksichtnahme erfordert, womit neue Handlungschancen und neue Wirklichkeitssichten verbunden sind, die ausreichend Nährboden für weitere Lern- und Sozialisationseffekte bieten.

Die Programme sind durchaus erfolgreich. Die Einrichtungen initiieren Sozialisationsprozesse, in denen die Patientinnen eine neue Moral, neue Einstellungen sowie neue Körper- und Durchsetzungstechniken erwerben, mit denen sie lernen, mit den Kopfschmerzen besser klarzukommen. Am Ende formiert die Klinik einen Migränehabitus: typische Gesten und Ausdrucksformen, mit dem sie ihre Schmerzen plausibilisieren, das Verhalten von anderen steuern und ihre Interessen durchsetzen. Spätestens damit werden die Kopfschmerzen aus dem Alltagsverständnis herausgeholt und zu etwas Besonderem. Aus Leuten mit Kopfschmerzen werden gelehrige Patienten mit Migräne, die wiederum gelehrte Migräniker werden. Mit der Erkrankung werden einerseits Schutzräume beansprucht, andererseits reprä-

sentiert sie eine hohe Arbeitsethik. Die neuen Deutungen verleihen den Schmerzen Sinn, der zuvor bei einer eskalierenden Migräne nicht zugewiesen werden konnte, sodass Helfernetze überfordert waren. Die neue Theorie führt zwar aus dem Alltag heraus, indem die Schmerzen medikalisiert werden, aber sie führen auf einer neuen Stufe auch wieder dorthin zurück: Mit der Krankheit ist man etwas Besonderes.

Von den Betroffenen wird allerdings intellektuelles und rhetorisches Geschick erwartet, doch nicht jeder ist fähig, die geforderten Repräsentationsstrategien authentisch anzuwenden, wenn die Schmerzen eben nicht selbstevident sind. Bei geschickter Anwendung der Logiken hat die neue Situation für alle Beteiligten Vorteile: Durch weniger Migräneepisoden ist das gemeinsame Leben entspannter. Die Familie hat die gewünschte Erwartungssicherheit, und die Migränetheorie ist an den Alltag anschlussfähig, wenn man sie pragmatisch genug handhabt. Die Patientinnen wiederum können ihre Vorstellungen über Nähe und Distanz durchsetzen. Sie können sich Freiheiten nehmen, ohne dafür vom Partner kritisiert zu werden. Die von unseren Informanten berichteten Karrieren lassen sich also durchaus als Happy End lesen. Die Migräne ist zwar nicht geheilt, und sie ist weiterhin unangenehm, aber ihr Schmerzaufkommen hat sich verringert, und die Anfälle sind weitgehend reguliert und in feste, also erwartbare Bahnen gelenkt.

Die Veränderungen in ihrem Leben rahmen unsere Informantinnen mit der in der Klinik erlernten neurogenen Migränetheorie, die aus vielfältigen Gründen attraktiver erscheint als etwa psychologische oder Alltagstheorien. Mit ihr wird eine Krankenrolle beansprucht, mit der die moralische Integrität nicht gefährdet wird. Migräne wird nicht nur als chronische Erkrankung gedeutet, sondern in den Alltagsbeziehungen als Lebensstil ausgespielt, wodurch die paradoxe Situation entsteht, dass Betroffene aus der Klinik heimkehren und ihre Alltagsunfähigkeit nicht etwa abgelegt haben (wenngleich sie sicherlich besser geworden ist), sondern, mit höherer Legitimationskraft belegt, besser plausibilisieren.

Die neuen Deutungen führen dazu, dass sich das Rechte-und-Pflichten-Verhältnis zwischen Gesunden und Kranken umkehrt, wodurch sich die Durchsetzungskapazitäten der Kopfschmerzkranken verbessern. Für die Relativierung der Krankenpflichten bietet sich die Migränetheorie an, schließlich heißt es, Migräniker würden hart, viel, perfekt und schnell arbeiten, egal ob zu Hause oder im Erwerbsleben. Darüber hinaus verfügen sie über besondere sinnliche und emotionale Fähigkeiten. Dabei aber ist Leistungsbereitschaft – ein gesellschaftlicher Zentralwert – das pathologische Problem und muss kontrolliert werden. Mit dieser Begründung können nicht nur Auszeiten genommen werden, wenn Schmerzen akut vorliegen, sondern Schonung und Rücksichtnahme sind auch zu ihrer Vermeidung notwendig.

Konventionell ruft Krankheit die Gesunden zu Hilfe und Zuwendung auf und die Kranken zum krankheitsangepassten Verhalten. Dabei schätzen die Gesunden den Krankheitswert von Empfindungen ein und nicht die Kranken. Im neuen Ver-

ständnis verändert sich diese Asymmetrie. Mit der Expertisierung von Krankheit und Empfindlichkeit werden die Krankenrechte gegenüber den Krankenpflichten nicht nur betont, sondern auch ausgedehnt, wohingegen sich die Gesunden einem Krankenlebensstil unterzuordnen haben. Gesunde kommen in Erklärungsnot, wenn sie Forderungen stellen. Nach der neuen Theorie sind sie nur noch »Umwelt«, die mit ihren Anforderungen stört und ansonsten mit den Krankheitsumständen zu kooperieren hat.

Mit diesem eigenen und vom Alltag abgetrennten Sinnhorizont wird die Krankenrolle, wie sie Parsons (1958) verstanden haben wollte, gänzlich ausgehebelt. Rechte und Pflichten der Beteiligten haben sich umgekehrt: Die moralische Verantwortung für die Erkrankung tragen nun die Gesunden. Die Migräne kann unentwegt ausgespielt werden, selbst wenn ihre Schmerzen nicht akut vorliegen – gerade dann. Sie ist strategisches Moment im Spiel um Aufmerksamkeit, Zuwendung und Anerkennung der eigenen Position, der eigenen Werte und der eigenen und gemeinsamen Projekte. Aus dem Schwachen wird der Starke. Die Schmerzaufmerksamkeit hat sich dabei nicht normalisiert, sondern der Alltag steht unter medikalisierte Dauerbeobachtung.

