

## 2. Soziologisches zu Schmerz und Empfindlichkeit

---

### 2.1 Sinnstiftung, Diskurse und Arrangements

#### Sozialisierung des Unangenehmen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Rollen und Positionen

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

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

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

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

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

## Modulationen und Abstimmungen

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

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

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

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

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

## Schmerzdiskurse

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

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

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

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

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

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

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

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

## Die Rede vom nicht kommunizierbaren Schmerz

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

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

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

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

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

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

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

### **Stattdessen: Schmerzen als Deutungsprojekt**

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

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

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

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

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

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

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

### ... und als Leistungsnachweis

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

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

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

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

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

die Friktionen, Konflikte und Widersprüche dieser Abstimmungsprozesse abbilden.

### Belastungskollektive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Chronische Schmerzen als neues Deutungsangebot**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Medikalisierung und Krankenkarrerien

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

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

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

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

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

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

## Kopfschmerzen – eine Volkskrankheit

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

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

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

## Ältere Kopfschmerzauffassungen

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

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

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

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

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

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

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

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

### Kopfschmerzen als chronische Krankheit

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Interviews über Kopfschmerzen

### Untersuchungsgruppen und Teilstudien

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