

logisierende Zuweisungen organisiert. Nicht nur die Formen des Wohlbefindens verfeinern und vervielfältigen sich, sondern auch das damit korrespondierende Unwohlsein. Missempfindungen werden immer öfter dem medizinischen und psychologischen Komplex überantwortet, dort mit Diagnosen, Ätiologien und Verfahren versehen und gehen als Empfindlichkeitskrankheiten in das gesellschaftliche Spiel ein. Solche Erkrankungen stellen ein erhebliches Skandalisierungspotenzial dar und sind ein immenses soziales Problem, das in neue Formen der Vergesellschaftung führt. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass Abgrenzungen von Krankheit und Gesundheit mehr und mehr verschwimmen.

5.3 Kopfschmerzen: Erlebnisräume des Unangenehmen

Die neuen Formen der Institutionalisierung von Empfindlichkeit lassen sich auch in Bezug auf Kopfschmerzen beobachten. Vor der zusammenfassenden Darstellung der empirischen Ergebnisse ist noch einmal daran zu erinnern, dass sich Empfindlichkeiten als Deutungen und Praktiken in soziale und institutionelle Milieus einbetten. Für eine Typisierung des erhobenen Materials ist zunächst zu klären, in welchen Bereichen die Sinnstiftung von Schmerzen stattfindet: Letztere werden entweder im Alltag normalisiert, oder sie gehen als identitätsstiftende pathologische Deutungen in den medizinisch-therapeutischen Komplex ein. Somit stellt sich die Frage nach den Normen und der Bewältigung üblicher Belastungen auf der einen Seite und den Abweichungen davon und deren institutioneller Bearbeitung auf der anderen Seite. Die normativen Orientierungen werden in den symbolisch-institutionellen bzw. den sozialen Sphären angewendet, in denen Kopfschmerzen als Störung von Handlungsverläufen und damit als Störung von Ordnung verhandelt werden.

Eine zweite Frage betrifft die phänomenologische Deutung der Schmerzen, in deren Mittelpunkt die Zuschreibung der Lokalisierung, der Erscheinungen und der Ursachen steht. Auch dafür sind zwei Pole identifiziert: der Komplex des Körpers und der der Affektivität. Kopfschmerzen sind natürlich Empfindlichkeitsäußerungen, aber sie werden entweder als distinktes materielles Symptom dem körperlichen Komplex zugeordnet oder als psychisch-diffuses Symptom der Gefühlssphäre. Mit beiden Vorortungen sind wiederum typische Zuschreibungen sozialer und institutioneller Milieus verbunden. Aus diesen beiden Dimensionen mit ihren Codierungen ergibt sich folgende Tabelle zur Sinnstiftung der Kopfschmerzen, bezogen auf die Samples der Teilstudien:

	Phänomenologische Codierung Lokalisierung, Ursachen und Erscheinungsbild	
Normative Codierung Alltag versus Medizin	körperlich-materiell distinkt	affektiv-psychisch diffus
nicht pathologisch alltagsorientiert	(1) alter Mittelstand, Studierendensample	(3) Sozialberufe, Selbstverwirklichungsmilieu
pathologisch medikalisiert	(2) Angestelltensample, Patienten der Schmerzkliniken	(4) Patientinnen der psychosomatischen Klinik

Identifiziert werden also vier Typen, in denen sich Deutungen und Praktiken bei Kopfschmerzen verdichten. Die normative Dimension der Sinnstiftung von Schmerzen entweder im Alltag oder im medizinisch-therapeutischen Komplex stellt sich folgendermaßen dar: Sowohl die Angehörigen des alten Mittelstandes und des Studierendensamples (Feld 1) als auch die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus (Feld 3) organisieren ihre Kopfschmerzen entlang der jeweiligen Erwartungen ihrer Alltagsmilieus. Dagegen nehmen die Angestellten und die Patientinnen der Schmerzkliniken (Feld 2) sowie die Patienten der psychosomatischen Abteilung (Feld 4) die Expertenorientierung der Medizin auf und wenden sie auf ihren Alltag an.

Betrachtet man die phänomenologische Dimension der Zuschreibungen, ergibt sich folgendes Bild: Sowohl die Angehörigen des alten Mittelstandes und des Studierendensamples (Feld 1) als auch die Angestellten und die Patientinnen der Schmerzkliniken (Feld 2) sehen ihre Kopfschmerzen als distinkte materiell-körperliche Dispositionen, wohingegen die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus (Feld 3) sowie die psychosomatischen Patienten (Feld 4) sie dem diffusen Komplex des Gefühls und des Befindens zuordnen.

Die Typisierung darf jedoch nicht als stabile Zuweisung von Individuen in die jeweiligen Felder gelesen werden. Lebensentwürfe und Zugehörigkeiten zu sozialen und medizinischen Milieus unterliegen einem lebensgeschichtlichen Wandel, das zeigen auch die Verläufe unserer Informantinnen und Informanten. Somit ist die Dynamik von Biografien im Hinblick auf Positionswechsel in der Sozialstruktur zu berücksichtigen, die Konsequenzen für Empfindlichkeiten haben. Schließlich zeigt sich, dass dieselben Informantinnen je nach Lebensumständen unterschiedliche Typen in dem vorgestellten Modell repräsentieren können, die im Folgenden spezifiziert werden.

Der alte Mittelstand und die sportlichen Studierenden

Die Angehörigen des alten Mittelstandes und des Studierendensamples halten körperliche Belastungen für ein legitimes Schmerzgegenüber. Demzufolge sind Kopfschmerzen körperliche Erscheinungen mit distinkter Lokalität und erwartbarem Verlauf, denen stoffliche Ursachen zugeschrieben werden. Die robusten, aus dem Elternhaus tradierten Körpereinstellungen führen dazu, dass psychische Ursachen abgewiesen werden. Der Kopf wird als physischer Teil des Körpers angesehen, bei den Studierenden allerdings an der Grenze zum affektiv-psychischen Komplex. Während also die üblichen Körperschmerzen (etwa Rückenschmerzen) für sie legitim sind, betrachten sie Kopfschmerzen als Abweichung. Diese werden deshalb relativiert und ebenso wie die Körperschmerzen mit stofflichen Erscheinungen und Ursachen in Verbindung gebracht. Eine weitergehende Psychopathologisierung wird nicht akzeptiert. Man geht höchstens im Rahmen einer Rehabilitation einmalig zur obligatorischen psychologischen Konsultation. Dort verschafft man sich in einem klärenden Gespräch Luft, unter Umständen wird auch geweint. Anschließend dürfte aber alles wieder in Ordnung sein.

Das akzeptierte Gegenüber von Schmerzen, körperliche Aktivität, wird im alten Mittelstand paradigmatisch in der Erwerbs- und Hausarbeit gesehen und im Sport bei den Studierenden. Dabei gelten Schmerzen durchaus als positiv, als Ausdruck des Auslotens körperlicher Leistungsfähigkeit. Sie sind eingekörperte Repräsentationen von Erfolgen, auch als Verletzungen oder körperliche Markierungen. Die Schmerzgeste hat ihr Gegenüber in der kollektiv geteilten Belastung, die durch die Angehörigen der eigenen Gruppe stillschweigend anerkannt wird. Schmerzgrenzen definieren sich direkt im Kollektiv (Familie, Arbeitsstelle, Sportteam), in dem ähnliche Belastungen zu bewältigen sind, bzw. an den zu leistenden Anforderungen (körperliche oder mentale Belastungen), wofür ebenfalls Gruppennormen gelten. Wechselt die Belastungsart bzw. die Bezugsgruppe (z. B. durch Wechsel der Sportart, des Wohnortes oder des Arbeitsplatzes), verändern sich auch die Körpereinstellungen entsprechend der jeweilig aufgenommenen Normen, zumeist in Richtung einer höheren Empfindlichkeit.

Das Schmerzereignis spielt sich in der Gegenwart ab und ist an konkrete Umstände geknüpft. Schmerzen sind daher distinkt-binär codiert: Entweder sind sie vorhanden oder nicht. Sind sie vorhanden, werden sie ignoriert, oder es wird sich abgelenkt. Des Weiteren sind sie mit einer konkreten abgrenzbaren Lokalität verbunden. Beim Überschreiten einer Schmerzgrenze, wenn also (plötzlich) nichts mehr geht, wird eine klassische Krankenrolle eingenommen und Alltagstätigkeiten nicht mehr ausgeübt sowie die Leistungseinstellung befristet aufgegeben. In dieser Situation ist das Gegenüber die körperliche Krankheit, die Belastungen anzeigt und den unabwendbaren Verschleiß des Körpers repräsentiert.

Diese Einstellung gegenüber Schmerzen korrespondiert mit den Normen und Werten der Industriemoderne, repräsentiert durch den alten Mittelstand: Das sind die Tugenden Pünktlichkeit, Härte gegen sich selbst, Beständigkeit, Loyalität, Leistungsbereitschaft, Orientierung an Höherem, Konservatismus, Streben nach einem besseren Leben, Sparsamkeit sowie vernünftiges Wirtschaften und vorsichtig optimistisches Planen. Dafür bildet die Familie, die man in der lokalen Gemeinschaft aufgehoben sieht, den Lebensmittelpunkt und den dominierenden Resonanzraum. Lebensentwürfe wiederum sind durch die großen gesellschaftlichen Institutionen Bildung, Wirtschaft und Sozialpolitik fraglos strukturiert – anvisiert wird ein Normallebenslauf, das gilt auch für die Jüngeren. In einem solchen kollektiven Erlebnisraum werden Schmerzen ebenfalls kollektiviert.

Einige Angehörige aus diesem Sample machten in der Schmerzlinik Bekanntschaft mit den neuen Migränetheorien (Feld 1 zu Feld 2). Allerdings ist deren Aneignung pragmatisch. Aus den Deutungsangeboten wird das herausgegriffen, was an die Milieunormen anschlussfähig ist: Familie, Pflicht und Leistung. An der Klinik wird der Rückzug in die klassische Krankenrolle in Verbindung mit einer angenehmen Kur geschätzt. Die Stabilität des mittleren Lebensentwurfs und die erfolgreiche Einbindung in die Gemeinschaft scheinen davor zu schützen, dass zu Hause eine Krankenexpertise ausgespielt wird, obwohl Empfindlichkeit und die Fähigkeit, sich selbst zu beobachten, durchaus zunehmen können.

Die Angestellten und die Patientinnen der Schmerzkliniken

Die untersuchten Angestellten sowie die Patienten der Schmerzkliniken sehen in ihren Kopfschmerzen wie die Angehörigen des alten Mittelstandes und die sportlichen Studierenden ein Naturereignis – das sie allerdings nicht mit Alltagsmitteln, sondern mit medizinischen Verfahren zu kontrollieren suchen. Die Ursache ihrer Schmerzen wird weniger in stofflichen Belastungen gesehen als in Reizen der materiell-natürlichen Umwelt, denen aber ein stofflicher Gehalt gegeben wird. Die Schmerzen werden in der Physiologie des Gehirns verortet und mit medizinischen Theorien belegt. Damit ist der Kopf sowohl Teil des physischen Körpers als auch durch seine elitäre Zuweisung ein symbolisches Organ sozialer Distinktion, insbesondere bei manchen Patientinnen der Schmerzkliniken. Psycho- und Mentaltechniken werden zwar praktiziert, aber sie ordnen sich dem Sinnhorizont der physiologischen Expertentheorie unter und werden nicht in den Kontext therapeutischer Selbstverwirklichung gesetzt. Die in der Klinik erlernte Kopfschmerztheorie besitzt daher einen Distinktionswert gegenüber Personen mit normalen Kopfschmerzen (also gegenüber allen anderen) und bildet die diskursive und praktische Grundlage für ein pathologisches Kollektiv.

Genau wie die Angehörigen des alten Mittelstandes und die sportlichen Studierenden haben die Angestellten und die Schmerzklinikpatienten ein binäres

Schmerzverständnis, das deutlich zwischen Schmerzen und Schmerzfreiheit unterscheidet. Während des Klinikaufenthalts oder in Arztkontakten lernen sie die Idee der chronischen Schmerzen auf ihre Kopfschmerzen anzuwenden, womit aus eskalierten Alltagsschmerzen eine Krankheit wird. Dabei wird die binäre Auffassung (Schmerzzustand versus Schmerzfreiheit) von der Auffassung von Schmerzen als immer möglichem Ereignis, das den Gegensatz zur Schmerzfreiheit bildet, überspielt: Schmerzen sind also nicht mehr nur punktuell (wie in der Gruppe des alten Mittelstandes), sondern beinhalten auch bei aktueller Schmerzfreiheit eine Hintergrunderwartung. Chronische Schmerzen bedeuten nicht nur episodisches, sondern auch immerwährend potenzielles Vorhandensein. Daher besteht die Schmerzbehandlung neben der pharmakologischen Therapie (mit der gleichzeitig die Kopfschmerzidentität inkorporiert wird) in der Reorganisation des Alltags in Form einer Krankenlebensführung. Dem jederzeit möglichen Schmerzausbruch ist durch die von der Medizin legitimierten Maßnahmen vorzubeugen, in deren Zentrum die Vermeidung von Überforderung liegt, worüber die Patienten jederzeit selbst entscheiden können und sollen.

Die medizinische Kopfschmerztheorie leitet die Schmerzdarstellungen an: Die älteren Schmerzbeweise, beispielsweise deutlich erkennbare spontane, nicht kontrollierbare Körperreaktionen wie Verstimmungen, Blässe oder Erbrechen werden durch ein verkörperlichtes Narrativ der Potenzialität der Kopfschmerzen abgelöst. Insbesondere die Migränesemantik überspielt das bisherige Alltagsverständnis von Schmerzen, allerdings nicht für alle Patienten gleichermaßen. Schmerzpatientinnen aus dem Angestelltenmilieu scheinen etwas zugänglicher für die neuen Vorstellungen als Angehörige aus anderen Milieus zu sein. Angestellte, insbesondere aus den Büros, vereinbaren ihre Kopfschmerzarrangements auf den Arbeitsstellen auf der Basis formaler und rechtlicher Ansprüche. Infolgedessen profitieren sie von einer naturwissenschaftlich approbierten Expertentheorie, die die Legitimation der Diagnose und von Vorkehrungen erhöht.

Die pathologische Zuweisung mit ihren neuen Alltagsregeln wird in den sozialen Nahbereichen anerkannt, denn augenscheinlich führen die Reglements zu Erwartungssicherheiten, wenn die ehemals eskalierten Kopfschmerzen nicht mehr die familiäre Ordnung und die Arbeitsroutinen stören. Dennoch werden die Regeln von den Angehörigen und vom Arbeitskollektiv nicht gleichermaßen internalisiert, stattdessen beanspruchen Patientinnen für sich eine medikalisierte Parallelwelt, in der sie neue Distanz- und Zuwendungsregeln bewirken.

Die empfindlichen Angestellten sehen sich weitgehend den Lebensentwürfen, den Normen und den Werten des alten Mittelstands verpflichtet, dem sie auch zugeordnet werden können. So verweisen sie in ihren Aussagen auf ihr Vermögen, Schmerzen auszuhalten, und betonen nachdrücklich ihre Standhaftigkeit, für die sie regelmäßig Beispiele anführen. Warum sie vom alten Ideal abweichen, kann nur vermutet werden. Jedenfalls scheinen die robusten Normen nur unvollständig

inkorporiert zu sein. In ihrer Jugend kam es zu Abweichungen von den Normalentwürfen, oder man ist durch Scheidung, Krankheit sowie Wohnort- oder Arbeitsplatzwechsel der Notwendigkeit ausgesetzt, sich beständig anpassen zu müssen. Gleichzeitig sucht man den sozialen Aufstieg. Die ständigen Anpassungen lassen den inneren »Kreiselkompass« für eine selbstverständliche Orientierung dysfunktional werden. Das alternative Instrument dafür – ein äußerer »Radar« für die anderen in einer Welt voller Aushandlungen – wurde jedoch noch nicht verstanden.

Die medizinischen Deutungsangebote ermöglichen den empfindlichen Angestellten trotz offensichtlicher Abweichung vom robusten Körperideal eine respektable Identität auf Basis der klassischen Krankenrolle, die auf einen chronischen Zustand angewendet wird. Die formalen Krankenarrangements auf den Arbeitsstellen ersetzen offenbar den »Kreiselkompass« und machen individuelle Aushandlungen entbehrlich. Mit der Idee vom elitären Migränegehirn wird Krankenidentität beansprucht, ohne dass der Anspruch auf Leistungsorientierung aufgegeben werden muss.

Die Sozialberufe und das Selbstverwirklichungsmilieu

Die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus haben zwar empfindlichere Einstellungen zum Körper, verorten ihre Schmerzen aber ebenfalls im Alltag. Kopfschmerzen sind weitgehend akzeptierten kommunikativen und atmosphärischen Belastungen geschuldet. Ihre ubiquitären, unbestimmten Ursachen werden in nicht stofflichen Auslösern gesehen, etwa in der Qualität sozialer Beziehungen, intellektuellen Belastungen, Reizen, sinnlichen Erfahrungen sowie Rhythmen und Tagesabläufen. Man findet dafür uneindeutige Metaphern, wie Stress, die variabel anwendbar sind. Allerdings gibt es auch Grenzen der akzeptierten Schmerzdarstellung, die bei einer Übertretung als Abweichung gesehen wird.

Kopf und Körper fallen in dieser Gruppe auseinander, werden aber durch die Idee der Empfindlichkeit wieder miteinander verknüpft. Kopfschmerzen repräsentieren die nicht sichtbaren Belastungen des Körpers und werden aufgrund fehlender materieller Sichtbarkeit als zirkulierendes Narrativ zum Vorschein gebracht. (Im Gegensatz dazu belegen die Angestellten ihre Kopfschmerzen mit wissenschaftlicher Evidenz.) Die narrativ geteilte Deutung hat man sich entweder in der Herkunftsfamilie angeeignet (Sozialberufe) oder als therapeutische Einstellung erworben (Selbstverwirklichungsmilieu). Dabei werden in den jeweiligen Bezugsgruppen (Familie, Arbeitsstelle) Verknüpfungen zu anderen Symptomen der Empfindlichkeit hergestellt und in einem semantischen Netz verwoben, in dem legitime und illegitime Schmerzgesten vereinbart werden, Aushandlungen stattfinden sowie Forderungen gestellt und abgewiesen werden. Das Netz der Empfindlichkeitsgesten stellt sicher, dass Kopfschmerzen und die Reaktion darauf weitgehend er-

wartungsgesättigt sind. Sie sind zwar Störungen der Handlungsabläufe, aber, wie auch bei den Informantinnen des alten Mittelstandes und der Studierenden, keine Katastrophe.

Für den unter Dauerbeobachtung stehenden Körper wird ein kontinuierliches Schmerzverständnis angewendet: So wie man immer Empfindungen hat, hat man auch mal mehr, mal weniger Schmerzen. Der akute Schmerzausbruch ist weitgehend lokal wie zeitlich unbestimmt und wird mit der jeweiligen Situation und Atmosphäre in Verbindung gebracht. Die Schmerzbehandlung ist Schonung und Rückzug, findet aber auch durch Zuwendung oder eine den Schmerzverlauf mimesisierende Behandlung statt, die sozial, pharmakologisch oder als Verhältnis von Aktivität und Ruhe erfolgen kann. In der Regel wird die Ausübung sozialer Rollen weiterhin beansprucht, wobei Schonung und Rückzug, im Alltag eingebaut, nicht als konventioneller Krankenstand gelten, der den gesamten Pflichtenkatalog der Rollenerfüllung außer Kraft setzt.

Schmerzen sind selbstverständlich unangenehm, aber man orientiert nicht auf komplette Schmerzfreiheit, schließlich wird in Empfindlichkeitsnetzen kommuniziert. So wie Schmerzen für die Angehörigen des alten Mittelstandes und die sportlichen Studierenden der Ausdruck körperlicher Belastungen sind, werden Kopfschmerzen von den Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus als Ausdruck kommunikativer Belastungen angesehen. Allerdings sind sie gegenüber den robusteren Milieus (mit ihren Rückenschmerzen) als psychisch etikettierte Disposition durchaus mit einem Distinktionswert belegt.

Im Gegensatz zu den Angestellten und den Schmerzpatientinnen, die Kopf und Körper in einem hierarchischen Verhältnis von Führung und Ausführung anordnen, schreiben die Angehörigen der Sozialberufe und des Selbstverwirklichungsmilieus dem Körper eigenständige Handlungsfähigkeit und Subjektivität zu, und seine Eigenmächtigkeit (die sich etwa an einem mit Kopfschmerzen einhergehenden Kontrollverlust festmacht) wird nicht sofort pathologisiert. Der Kopf besitzt allerdings die Interpretationshoheit über den Körper.

Die Krankheits- oder besser Empfindlichkeitstheorien speisen sich aus einer Mischung von veralltäglichten therapeutischen Vorstellungen, Elementen der Humoralpathologie, der heterodoxen Medizin und der Biomedizin. Der Schulmedizin gegenüber hat man eine kritische, aber pragmatische Haltung. Die durch diese Wissensbestände unterstützte elaborierte Darstellung von Empfindlichkeiten bewahrt gewissermaßen vor einer institutionellen Psychopathologisierung, von der man sich abgrenzt wissen will, auch wenn durch die therapeutische Orientierung eine semantische Nähe bestehen bleibt. Psychopathologisierungen gelten gewissermaßen als Abweichung von der therapeutischen Norm des authentischen Selbst. Pathologisierungen kommen zwar vor, etwa durch die regelmäßige Konsultation einer Neurologin oder eine psychotherapeutische Behandlung, gelten aber als episodisch und befristet. Jedenfalls schützt das Netz der geteilten Empfind-

lichkeiten im Belastungskollektiv vor einer voreiligen Festlegung auf eine Krankenedentität.

Die Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus entstammen dem alten Mittelstand und arbeiten in mittleren Positionen des Dienstleistungssektors (Feld 1 zu Feld 3). In der Regel sind die Eltern aus dem traditionellen kleinbürgerlichen Milieu aufgestiegen. Im Zuge der therapeutischen Begleitung, sei es durch Literatur, in der eigenen Szene, durch Selbsthilfe oder durch Profis, tauschen unsere Informantinnen ihre robusten Schmerzeinstellungen gegen empfindliche ein und verfeinern ihre Körperaufmerksamkeiten.

Initiiert werden solche Wandlungsprozesse durch die Projektorientierung und Selbstverantwortung in der Arbeitswelt sowie durch den Wandel von Geschlechtervorstellungen. Beides löst erzwungene oder freiwillige Freisetzungen von traditionellen Bindungen aus, die retrospektiv als fremdbestimmte Abhängigkeiten gesehen werden: Bei zunehmenden Restriktionen im herkömmlichen Arbeitsmarkt bietet die Kreativwirtschaft Frei- und sogar Entwicklungsräume für wachsende Individualisierungsanforderungen. Des Weiteren wird durch die Emanzipation der Frau eine selbstbewusstere und selbstverantwortlichere Lebensform gleichsam erzwungen, in denen die Einzelnen auf sich selbst zurückgeworfen sind und vieles vorher Selbstverständliche verhandelt werden muss. Das bezieht sich auch, wenngleich in geringerem Ausmaß, auf Männer. Scheidungen etwa können Männer wie Frauen aus der Bahn werfen, die sich jeweils neu sammeln und ihren Lebensentwurf neu organisieren müssen. Unter guten (oder glücklichen) Voraussetzungen kann das erfolgreich sein, bei schlechteren können Abstiegskarrieren die Folge sein, wie es teilweise im Sample der psychosomatischen Patienten beobachtet wurde.

Selbstverständlich wurden auch Angehörige der Sozialberufe in den Schmerzkliniken vorgefunden (Feld 3 zu Feld 2). Diese nahmen allerdings weniger die medizinischen Theorien mit nach Hause, sondern identifizierten sich eher mit den psychologischen und edukatorischen Behandlungen, die ohnehin an ihr Lebenskonzept anschließen.

Abstiegsprozesse aus dem Selbstverwirklichungsmilieu in ein psychosomatisches Krankenmilieu sind zwar vorstellbar (Feld 3 zu Feld 4), wurden aber im Material nicht gefunden. In diesem Fall wäre der Habitus der Selbstverwirklichung entweder nicht genügend gefestigt oder in einem nicht geeigneten Feld angewendet worden, in dem sich seine Chancen nicht einlösen lassen.

Die Patienten der psychosomatischen Klinik

Für die Patientinnen der psychosomatischen Klinik sind Kopfschmerzen sowohl Alltagserscheinung als auch, in der Deutung der Stressmetapher, ein Indikator von Lebensproblemen. Zunächst überwiegen biomedizinische Vorstellungen: Für die

zumeist aus dem alten Mittelstand stammenden Patienten sind Kopfschmerzen ein Naturereignis mit stofflichen Auslösern, wofür Alltagsmittel zur Hand sind. Eskalierende Lebensprobleme führten die befragten Patientinnen anlässlich üblicher Krankheitsepisoden (und nicht wegen Kopfschmerzen) in die medizinische Dauerbehandlung, bei der Symptome katastrophisiert werden. Allerdings entspricht ihre somatisch orientierte Symptomdarstellung nicht den biomedizinischen Krankheitsmustern, sodass sie zunächst psychiatrisch etikettiert werden, woraufhin aber dann (als sanfter Kompromiss) eine Psychosomatisierung vereinbart wird. Mit der Krankenkariere wird auf der Basis der Krankenrolle die Lösung von Lebensproblemen erwartet, wobei die soziale Abweichung von den robusten Körpernormen des Milieus hingenommen wird.

Im Laufe ihrer Krankenkariere erwerben die psychotherapeutisch angeleiteten Patientinnen neue Aufmerksamkeiten für ihren Körper. Zunächst werden Kopfschmerzen als biomedizinische Diagnose in Anschlag gegen die unerwünschte Psychiatrisierung gebracht, um später in den psychosomatischen Symptomkomplex einzugehen. Sie verlieren dabei ihre distinkt-stoffliche Laienätiologie sowie ihre alltägliche Verortung und werden stattdessen in das Netz der als psychosomatisch etikettierten Empfindlichkeitspathologien eingewoben. Die der Behandlung zugrunde liegenden psychotherapeutischen Vorstellungen werden jedoch eher oberflächlich aufgenommen und nicht (wie etwas im Selbstverwirklichungsmilieu) zu einem therapeutischen Habitus kondensiert. Aufgrund des Fehlens der milieuspezifisch habituellen Unterstützung wird die Suche nach dem authentischen Selbst auch nicht zum Motto eines Lebensstils. Die Unabhängigkeit von anderen ist kein nachhaltiges Motiv, schließlich ist man immer noch dem familiären Kollektiv verhaftet.

Das Beharrungsvermögen der robusten Körpernormen verhindert, dass das neu erlernte psychosomatische Wissen zu einem im Alltag anwendbaren Praxisbestand wird, außer dass sich Patienten hin und wieder aus den üblichen Verpflichtungen zurückziehen. Die Akzeptanz der Etikettierung als psychosomatisch ergibt sich vielmehr aus der Legitimität als Krankheit, die, als Naturereignis betrachtet, weiterhin biomedizinisch interpretiert wird. Zum einem stehen durch das sozialstaatliche Sicherungssystem rechtliche Ansprüche und monetäre Transfers zur Verfügung, mit denen die Lebenslage für die Familien auf niedrigem Niveau stabilisiert wird. Zum anderen beweisen Patientinnen mit der ärztlichen Diagnose die Ehrenhaftigkeit ihrer Invalidität. Je nach Karriere- und Deutungsmuster kommen Kopfschmerzen darin austauschbar als Alltagserscheinung, als distinkte biomedizinische Diagnose oder als Element der zugeschriebenen Empfindlichkeitssemantik ins Spiel. Die Schmerzen werden im Expertennarrativ der biografischen Pathologie verortet, gehen aber nicht in die von den Familien geteilten Empfindlichkeitsnetze ein.

Die soziale Abstiegsdrohung aus dem alten Mittelstand (Feld 1 zu Feld 4) findet im Zusammenhang mit der Volatilität des Arbeitsmarktes statt, vor allem in den unteren Segmenten der Dienstleistungswirtschaft. Dieser Personenkreis hat es für sich nicht geschafft, das Versprechen des alten Mittelstandes auf Stabilität und Sicherheit einzulösen. Stattdessen ist es bei gebrochenen Erwerbsverläufen und wenig Aufstiegs- oder Verbleibchancen schwierig, einen respektablen Lebensstandard zu erreichen. Weil man aber diesen Idealen weiter verhaftet ist und den weiteren Abstieg aufhalten will, wird die Respektabilität in der Krankheit gesucht, womit sich der Lebensstandard durch Leistungen des Sozialstaats auf geringem Niveau sichern lässt. Dies bezieht sich vor allem auf die Älteren, deren Einkommensperspektive bei einer regulären Berentung absehbar ist.

Im medizinischen System muss dann eine Krankendarstellung angewendet werden, mit der man aber aufgrund habitueller Dispositionen wenig vertraut ist. Bei längerem Krankheitsverlauf wird das immer komplexere medizinische Vokabular zunehmend mit psychiatrisch-psychologischem Dialekt eingefärbt. Dementsprechend laufen Erkrankungssymptome und Empfindlichkeitseinstellungen der institutionellen Behandlung hinterher, deren Imperativen man sich eher widerwillig und nur notgedrungen anpasst.

Allzu pessimistisch braucht dieses Milieu jedoch auch nicht gesehen zu werden. Die Jüngeren (und etwas besser Ausgebildeteren) verfügen über das kulturelle Kapital, um die psychosomatischen Wissensbestände produktiv – sozusagen auf Expertenseite – anzuwenden und damit eine abweichende Karriere zu begründen, indem sie berufliche Perspektiven in den Sozialberufen entwickeln (Feld 4 zu Feld 3).

