

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 Migräncode 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-

strebt. Insgesamt wurden vier Teilerhebungen durchgeführt. Leitend waren dafür zunächst die Pathologisierungserfahrungen von Kopfschmerzen.

Die stärkste Pathologisierung wurde in Schmerzkliniken vermutet, deren Patientinnen am besten über Kopfschmerzen Auskunft geben konnten. In drei Schmerzkliniken – zwei mit neurologischem Schwerpunkt und eine mit allgemeinem schmerzspezialistischem Schwerpunkt – wurden insgesamt 61 Interviews mit 51 Frauen und zehn Männern durchgeführt, wovon 32 Interviews mit 24 Frauen und acht Männern ausgewertet wurden. Die Patientinnen und Patienten übernahmen die jeweilige Behandlungsvorstellung der Einrichtung, etwa die vaskuläre Theorie, die Theorie des Migränegehirns oder psychologisch informierte Stressvorstellungen. Nicht alle medizinischen Expertentheorien wurden von den Patientinnen immer in voller Konsequenz aufgenommen und angewendet. Ihre Biografien enthalten stets Phasen, in denen die Kopfschmerzen als Alltagsphänomen gesehen wurden, bis sie den Weg in die intensivere medizinische Versorgung fanden. Weiterhin gab es auch in den Schmerzkliniken Patienten, die sich von der Behandlung kaum beeindruckten ließen und für die die Alltagsbestände weiterhin handlungsleitend waren.

Die unterschiedlich stark pathologisierten Patienten der Schmerzkliniken wurden mit zwei geringer pathologisierten Gruppen verglichen, für die vermutet wurde, dass Kopfschmerzen nicht ihren Lebensmittelpunkt bilden. Einmal wurden 22 Personen (15 Frauen und sieben Männer) aus der Normalbevölkerung zu einem Interview gebeten. Einige von ihnen gehen aufgrund von Kopfschmerzen kaum oder gar nicht zu Ärztinnen, andere werden durch niedergelassene Neurologinnen und Allgemeinärzte bei unterschiedlicher Frequenz und Intensität betreut.

Zum anderen wurde eine Teilstudie mit 19 Studierenden (zehn Frauen und neun Männern), dominierend des Sozial- und des Ingenieurwesens, durchgeführt. Die Kontrastierung der beiden Studierendengruppen erfolgte aufgrund der Überlegung, dass es auch in der Pathologiefeme durchaus unterschiedliche Empfindlichkeitsniveaus gibt, wobei den Sozialwesenstudierenden durch ihre habituelle Nähe zu therapeutischen Milieus eine höhere Aufmerksamkeit auf ihren Körper unterstellt wurde als den Ingenieurwesenstudierenden.

Im Laufe der Befragungen zeigte sich, dass eine nicht unerhebliche Anzahl der Befragten eine psychologische oder psychosomatische Behandlung in Anspruch nahm. Kopfschmerzen waren zwar nur in den wenigsten Fällen der Grund dafür, spielten im Behandlungsgeschehen und für die Fallverläufe allerdings eine wichtige Rolle. Innerhalb der multimodalen Behandlungsprogramme der Schmerzkliniken haben psychologische Interventionen ein besonderes Gewicht. Aus diesen Gründen wurden 13 Patienten (elf Frauen und zwei Männer) einer psychosomatischen Akutklinik befragt, die angaben, Kopfschmerzen, ein Kardinalsymptom in diesem Behandlungsmilieu, zu haben. Es war zu vermuten, dass dort in paradigmatischer Weise psychologische und psychosomatische Kenntnisbestände und

Verfahren angewendet werden, die gegenüber somatischen und Alltagsverfahren eine Variation bezüglich der Krankheitsdeutungen und Krankenkarrerien bilden.

Mit 14 Befragten vor allem aus dem Sample der Kliniken wurde ein Folgeinterview an ihrem Wohnort durchgeführt, des Weiteren 14 Interviews mit Partnerinnen und Partnern sowie sieben Interviews mit anderen Angehörigen (Müttern, Geschwistern, Kindern). Insbesondere diese Interviews geben einen Einblick in den Kopfschmerzalltag und kontrastieren pathologische Deutungen. Die Grundlage der vorliegenden Studie beruht somit auf den Aussagen von mehr als 136 Betroffenen und ihren Angehörigen. Allen unseren Informantinnen und Informanten ist für ihre Offenheit zu danken, mit der sie aus ihren Leben und von ihren Krankheitsverläufen berichteten.

Neben den Laienbefragungen wurden insgesamt 35 Interviews mit 21 Ärzten und Ärztinnen (aller Funktionsebenen und unterschiedlicher Spezialisierungen), vier Pflegekräften, vier Psychologinnen sowie fünf Physio- und Sporttherapeutinnen durchgeführt. Die Experteninterviews dienten der Arrondierung des Forschungsgegenstandes und der Sondierung des Feldes, der Begleitung der einzelnen Teilstudien sowie der Thesenstrukturierung. Insbesondere war zu verfolgen, auf welche Weise medizinische und therapeutische Kenntnis- und Praxisbestände im Leben der Patienten Platz greifen. Dank schulde ich den Expertinnen und Experten sowie dem Personal der Kliniken, die das Vorhaben sehr gut unterstützten, auch indem sie die notwendigen Freiräume in ihren Einrichtungen und Einsichten in ihre Tätigkeiten gewährt haben.

Nicht alle medizinischen Milieus und sozialen Alltagsmilieus konnten intensiv oder überhaupt untersucht werden. So fehlen zum Beispiel Beobachtungen zur heterodoxen Medizin und zu alternativen Verfahren. Hinsichtlich der Lebenserfahrungen und der sozialen Milieus gibt es keine systematischen Aussagen über Personen mit direkter oder indirekter Migrationsbiografie. Das Land der Kopfschmerzen ist somit noch nicht vollständig vermessen, die Karte weist einige weiße Flecken auf. Die in den folgenden Kapiteln präsentierten Ergebnisse sind also Fallstudien in fünf sozialen sowie in zwei medizinischen Milieus.

Bei der Auswahl wurde auf die Variation personenbezogener Merkmale wie Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildung sowie Berufs- und Milieuzugehörigkeit geachtet. Unsere Informantinnen und Informanten verorteten sich im binären Geschlechtercode von männlich und weiblich, niemand berichtete über eine Modifikation der Geschlechtsidentität. Alle Altersgruppen von 20 Jahren bis 75 Jahre sind im Sample vertreten. Falls einige Merkmale im Sample nicht angemessen repräsentiert waren, wurde zielgerichtet nach neuen Informanten gesucht. Vor allem unter den Befragten aus den Schmerzkliniken schienen uns Männer, Ältere und Angehörige der gewerblichen Milieus nicht in genügender Anzahl vorzukommen, sodass eine Nacherhebung durchgeführt wurde.

Bei zwei Interviews aus den Schmerzkliniken, die nicht in das Sample einbezogen wurden, zeigten sich offensichtliche Widersprüche in den Aussagen, sodass eine psychiatrische Disposition unterstellt wurde. Selbstverständlich produzieren auch diese Interviews authentische Aussagen, die jedoch mit den genutzten konzeptionellen und methodischen Instrumenten nicht auszuwerten sind.

Im Gesamtsample sind deutlich mehr Frauen als Männer vertreten. Das liegt sicherlich an der geschlechtsspezifischen Verteilung von Kopfschmerzen, von denen Frauen in epidemiologischen Studien doppelt so häufig wie Männer berichten. Darüber hinaus scheinen Männer generell weniger bereit als Frauen, Empfindlichkeitsdispositionen gegenüber Fremden zu präsentieren. Der geschlechterbezogene Unterschied des Berichtswesen über Körperempfindungen ist bereits hinlänglicher Gegenstand der Medizinsoziologie (im Überblick: Kuhlmann und Annandale 2012) und wird auch in der vorliegenden Studie immer wieder angesprochen.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Deutung und Darstellung von Kopfschmerzen werden in der vorliegenden Studie an den Ordnungen sozialer und medizinischer Milieus gemessen. So wird etwa noch zu zeigen sein, dass es für Frauen wie auch für Männer aus den gewerblichen Milieus inakzeptabel ist, ihre Kopfschmerzen umfassend in Stellung zu bringen, während es Frauen und Männern aus den Dienstleistungsmilieus offenbar kein Problem bereitet. Gleichwohl ist in allen Teilstudien zu beobachten, dass die Kopfschmerzdarstellung von Frauen akzeptierter und elaborierter ist als die von Männern. Ein prinzipielles Glaubwürdigkeitsdefizit von Kopfschmerzen bei Frauen, wie es etwa Kempner (2014) nahelegt, konnte in unserem Material jedenfalls nicht beobachtet werden.

Soziale Milieus und soziale Mobilität

In der vorliegenden Studie wurde sich im Hinblick auf die Sozialstruktur an den Vorstellungen von Andreas Reckwitz (2017, 2019: 63-134) orientiert, der das Modell der sozioökonomischen Schichtungszwiebel (z. B. Geissler 2008) weiterentwickelte. Im Zuge von Modernisierungsprozessen entwickelte sich ab den 1980er-Jahren aus einer Gesellschaft der nivellierten Mitte (Schelski 1973, i.O. 1953) eine Dreiklassen- bzw. eine »Drei plus eins«-Gesellschaft mit einer zahlenmäßig geringen Oberklasse, der alten, ehemals dominierenden Mittelklasse sowie der daraus abgespaltenen neuen akademischen Mittelklasse und der neuen geringqualifizierten Unterklasse. Der alte Mittelstand büßt in der Frühzeit des 21. Jahrhunderts seine kulturelle Bedeutung ein; bestimmend wird stattdessen die neue Mittelklasse. Die Sozialstruktur des frühen 21. Jahrhunderts lässt sich daher weniger in einem vertikalen Schichtungsmodell verstehen, sondern als System soziokultureller Milieus, die sowohl vertikale als auch horizontale Verteilungsformen ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals bzw. typische Formen kultureller Einstellungen und des psychophysischen Erlebens kennen. Reckwitz greift dafür auf bereits vorliegende

Modelle von Bourdieu (1982) und Schulze (1992) sowie der Sinusmilieus (z.B. Wipermann et al. 2011) zurück.

Unsere Informantinnen und Informanten lassen sich der alten und der neuen Mittelklasse zuordnen. Ober- und Unterklassenangehörige können dagegen nicht identifiziert werden. Das bezieht sich auf berufliche Positionen, auf die Einkommen und auf die erreichten Bildungsniveaus. Es befinden also weder ganz arme noch ganz reiche Personen im Sample. Bildungsabschlüsse reichen vom Volksschulbis zum Universitätsabschluss. Aus einfachen Verhältnissen kommende Personen haben sich in der Regel hochgearbeitet und beanspruchen für sich Einstellungen der bürgerlichen Mittelschicht. Die meisten unserer Informantinnen haben eine Berufsausbildung absolviert.

Ungeachtet der Zuweisung zu den Mittelklassen weisen die Befragten Unterschiede in der Höhe des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals auf. Für die Zwecke der vorliegenden Studie werden die untersuchten Gruppen über die beruflichen Segmente und die Art der Arbeitstätigkeiten bzw. der Arbeitsstellen definiert – bei unseren Informantinnen und für deren Eltern, um Mobilitätsprozesse zu deuten. Dabei werden die folgenden fünf Segmente unterschieden: Die alte Mittelklasse wird durch gewerbliche Berufe der Land- und Industriearbeit sowie des Handwerks (1), durch technische Berufe, wozu die Ingenieurwesenstudierenden gezählt werden, (2) und durch die Angestelltenberufe im Büro und im fachlichen Einzelhandel repräsentiert (3). Die neue Mittelklasse wird durch Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe, einschließlich der Sozialwesenstudierenden (4), sowie durch die Berufe in der Kreativwirtschaft und im alternativen Therapiebereich (5) repräsentiert. Es lässt sich zeigen, dass die Angehörigen der einzelnen Segmente jeweils eigene Kopfschmerzdeutungen hervorbringen, die sich von anderen unterscheiden. Diese Deutungen korrespondieren mit der Art und Weise der üblichen körperlichen Anforderungen an die beruflichen Tätigkeiten, aus denen sich wiederum die typischen Auffassungen sowie der typische Gebrauch des Körpers ergeben.

Die Erwerbs- und Familienverläufe der Befragten zeigen, dass Mobilitätsprozesse sehr komplex verlaufen, was eine eindeutige Milieuzuordnung erschwert und zu Unschärfen führt. Gegenüber der Elterngeneration findet in der Regel ein Wechsel in andere berufliche Sparten statt, etwa von gewerblichen Berufen in den Angestelltenbereich, die Dienstleistungsarbeit oder in die Selbstständigkeit. Manche der gewählten Berufe – einschließlich der damit verbundenen habituellen Konstitution – gab es in der Elterngeneration nicht einmal. Desgleichen wechseln Einstellungsmuster, was sich gut bei den studierten Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus beobachten lässt, die aus kleinbürgerlichen Verhältnissen stammen. Ob das immer als ein sozialer Aufstieg gesehen werden kann, bleibt dahingestellt, zumeist wird es aber von unseren Informantinnen so gesehen, wenn sie sich aus kleinen Verhältnissen hochgearbeitet haben.

Mobilitätsprozesse finden darüber hinaus durch Heirat und Partnerschaft statt, in denen sich die Zuordnung zu einem Milieu konventionell am Beruf des (zumeist statushöheren) Mannes orientiert. Inzwischen leitet sich durch zunehmende Berufstätigkeit und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Frauen die Milieuzugehörigkeit einer Familie oder Partnerschaft nicht allein vom Mann ab, insbesondere bei der sozialstrukturell unterschiedlichen Herkunft sowie bei unterschiedlichen Bildungs- und Erwerbsverläufen. Ebenso können nach Trennungen und beim Eingehen neuer Partnerschaften Milieuzugehörigkeiten wechseln und sich der sozioökonomische Status sowie habituelle Dispositionen ändern.

Bei beruflichen Mobilitätsprozessen und in Partnerschafts- und Familienkarrieren wandeln sich zwar Körperdeutungen und Körperpraktiken, trotzdem bleibt ein Teil des in der Herkunftsfamilie erworbenen Körperverständnisses weiterhin wirksam. Damit überlagern sich neue und alte habituelle Dispositionen, was auch beim Schmerzverständnis zu beobachten ist. Die Erwartungen der alten (aber nicht gänzlich verlassenen) Milieus schlagen sich jedenfalls in der habituellen Konstitution mit ihrem Beharrungsvermögen nieder. Dieser von Bourdieu (1982: 238, 1999: 111) beobachtete Hysteresis-Effekt, von dem dann gesprochen werden kann, wenn der im Herkunftsmilieu erworbene Habitus nicht dem erwarteten Habitus der eingenommenen Position in der sozialen Struktur entspricht, lässt sich häufig auch auf die Biografien unserer Informanten und Informantinnen anwenden.

Die Interviews

Das Vorgehen, vor allem die Erhebung der Interviews, ist der Methode des »Verstehenden Interviews« von Jean-Claude Kaufmann (1999) verpflichtet, der sich selbst in der Tradition der Grounded Theory sieht. Von den Personen, die angegeben haben, Kopfschmerzen zu kennen, verfügten einige nur über einen geringen Kenntnisstand, andere wiederum waren Experten darin. Für einige waren Kopfschmerzen eher nebensächlich, andere beschrieben sie in Kategorien des Leidens, das ihren Lebensmittelpunkt bildet. Die Deutungen der Kopfschmerzen und die Umgangsweisen mit ihnen sind abhängig von den sozialen und medizinischen Milieus, die jedoch nicht immer alles erklären. So finden sich auch in der spezialistischen neurologischen Versorgung Patientinnen, denen ihre Kopfschmerzen nur wenig Sorge bereiten (auch wenn sie stark sind) und in der ambulanten Normalversorgung Informanten, die ihre Leiden gegenüber ihren Mitmenschen ausspielen. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es wichtig, sich die Lebenslagen, Körperdeutungen, Lebensentwürfe und die biografischen Erfahrungen sehr genau vor Augen zu führen und sie aufeinander zu beziehen.

Um nicht nur etwas über die Krankenkarrerien und über die medizinisch geleiteten Kopfschmerzdeutungen zu erfahren, wurde mit einigen ein zweites Gespräch geführt. Im ersten Interview präsentierten sich vor allem die Informanten aus den

Kliniken in ihrer Identität vorwiegend, aber nicht immer als Kranke – entweder als Schmerzranke oder als psychisch Kranke, je nach medizinischem Milieu. Die Interviewenden versuchten dieser einseitig auf medizinische Dimensionen zugespitzten Selbstpräsentation entgegenzusteuern, indem sie zwar die Kopfschmerzen zum Anlass des Interviews nahmen, zu denen auch erzählt werden sollte, aber ansonsten die biografischen Erfahrungen und den Alltag betonten, in denen sich die Schmerzerfahrungen einbetten. Selbst das bewusste Hinlenken auf Themen jenseits der Kopfschmerzen half häufig nicht zufriedenstellend, die Befragten zu weiterführenden Darstellungen ihrer zivilen Identität zu verhelfen – zu stark und zu intensiv waren sie im Krankenhaus mit den klinischen Dimensionen ihres Leidens beschäftigt, was durchaus schon vermutet wurde.

Die Selbstpräsentation änderte sich bei Interviews, die zu Hause stattfanden, in denen die zivilen Dimensionen des Alltags sowie familiäre und berufliche Verläufe akzentuiert wurden. Kopfschmerzen waren zwar immer präsent, aber die Klage darüber wurde durch die Notwendigkeit, den Alltag zu gestalten, relativiert, sodass die Geschichten ihrer Einbettung in den Alltag, in die Biografie und in den Lebensentwurf das Gespräch bestimmten. In den Interviews musste darüber hinaus das Problem sozial erwünschter Selbstpräsentationen gelöst werden. Unsere Informanten verteidigten sich und ihre Familien und scheuten die Kritik an sich selbst und ihren Partnern. Eher äußerten sie Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation (weniger mit der medizinischen Versorgung).

Da die Logiken der Schmerzkonstruktionen auch in den Familien vermutet wurden, fragten wir unter anderem nach den häuslichen und familiären Umständen. Zudem wurde, wenn möglich, vor allem bei den Klinikpatienten, auch ein Interview mit signifikanten Angehörigen vereinbart, mit Partnern und Partnerinnen, Eltern, Kindern und Geschwistern, wodurch sich die Möglichkeit ergab, Reaktionen auf Kopfschmerzen, den Erfolg der Plausibilisierung sowie das jeweilige Alltagshandeln kennenzulernen. Dabei wurde darauf geachtet, einen Eindruck von den Einkommensverhältnissen und finanziellen Verpflichtungen sowie weiteren Aspirationen und Lebenszielen zu erhalten, denn hier waren Anforderungen und Belastungen zu vermuten, die das interessen geleitete Handeln in der medizinischen Versorgung steuern und Empfindlichkeiten modulieren.

Unseren Informantinnen wurden keine bewussten Fehlinformationen unterstellt, das, was sie berichteten, wurde ernst genommen – eine Selbstverständlichkeit soziologischer Forschung. Allerdings wurde strategisches Antwortverhalten vermutet, das auf die Präsentation des »besten Selbst« und einer kohärenten Lebensgeschichte gerichtet ist (Goffman 1969, Kaufmann 1999, Rittner 1982). Vieles für die Studie Wichtige brachten unsere Informanten also zunächst nicht zur Sprache, was die Interviewer veranlasste, ihre ansonsten notwendige Zurückhaltung aufzugeben und aktiv, aber vorsichtig den Schutzwall einer allzu gesicherten Selbstpräsentation zu durchbrechen. Die Informanten wurden mit Widersprüchen

in ihrer Erzählung konfrontiert, um Klärung gebeten und aufgefordert, ihre Darstellungen zu vertiefen sowie Episoden zu berichten, mit denen sie ihre Selbstdeutungen und ihre Lebenssituation kontextualisieren. Manchmal war es für sie überraschend, die eigenen Deutungen ihrer Lebenssituation mit den darin gelebten Erfahrungen des Körpers und dessen Empfindlichkeiten in Zusammenhang zu bringen. Einige kamen dadurch den Dissonanzen und Widersprüchen in ihren Erzählungen selbst auf die Spur, anderen waren ihre »Lebensmärchen« (Kaufmann 1999: 99) nicht so klar. In allen Fällen war es wichtig, zwischen Praktiken, orientierenden Deutungen und deren Rationalisierungen zu unterscheiden.

Kritische Nachfragen der Interviewer nach Unangenehmem wurden nicht nur akzeptiert, sondern willkommen geheißen und mit Erleichterung aufgenommen. Die Befragten erkannten darin Ernsthaftigkeit, Interesse und das Bemühen um Verständnis an ihrer Lebensgeschichte durch die Forschenden. Gerade durch die leichten Zweifel und die Bitten um vertiefende Erläuterungen fühlten sie sich ernst genommen, erklärten sich, verpflichteten sich der Interviewsituation, tauchten in ihre Biografien ein und breiteten so ihre Sicht vor Fremden aus, ohne Verurteilungen fürchten zu müssen. Es wurde auch nicht infrage gestellt, wenn sie doch bei ihrer alten Version blieben. Es ging zwar um die Geschichten hinter den Geschichten, die sich aus Deutungen des Körpers, biografischem Erleben und den Lebenslagen ergaben, aber nicht um spekulative Deutungen. Dem wurde durch das Herausfordern von konkreten Episoden vorgebeugt, indem nach Praktiken, Erleben, Interaktionen und deren Kontexten sowie nach Bezugspersonen und deren Reaktionen gefragt wurde. Auf diese Weise wurden wertvolle Hinweise auf die typischen Erwartungen und Normen in den sozialen und medizinischen Milieus generiert. Handlungsmotive und Fallverläufe ergeben sich zwar aus den Notwendigkeiten von Lebenssituationen und Lebenslagen, werden aber unter Umständen mit ganz anderen Begründungen rationalisiert. Handlungsdaten ermöglichen ein hohes Maß an Authentizität und eine leichtere Einsicht in den Alltag, als durch die Preisgabe von Einstellungen und Bewertungen, für die ohnehin niedrige Hürden bestehen (vgl. Kaufmann 1999).

Das Vorgehen war durchaus harte Arbeit – sowohl aufseiten der Informantinnen, die ihre Biografie neu sortierten, als auch der Interviewerinnen, die sich wiederholt auf teilweise sehr überraschende Sortierungen einzulassen hatten. Schließlich gehen die Interviewer mit Vorverständnissen und mit Hypothesen in das Gespräch, die sie immer wieder infrage stellen müssen. Jedenfalls erfuhren wir im Anschluss durchgängig wertschätzende Rückkopplungen, sowohl vonseiten der Informantinnen als auch auf indirektem Weg über das Personal der Kliniken.

Auswertung

Selbstverständlich können die Interviews das Leben unserer Informanten nicht vollständig abbilden, und auch bei den dichtesten und interessantesten Erzählungen gibt es immer Leerstellen, die mit Deutungen gefüllt werden müssen – was schließlich die Aufgabe der Forschung ist. Die Auswertung der Daten vollzog sich in mehreren Teilschritten mit einer zunehmenden theoretischen Verdichtung. Zunächst wurden aus den Transkripten der Interviews Einzelfalldarstellungen extrahiert, wobei das Wechselspiel von Deskription, Deutung und Analyse, das schon während der Interviews begann, fortgeführt wurde. Die Eckpunkte dieser Ausarbeitungen waren jeweils familiäre und berufliche Verläufe sowie die Krankengeschichten und deren Deutungen. Aussagen zu Modulationen der Empfindlichkeiten sowie zu Deutungen und zum Ausdruck des Körpers wurden in Beziehung zu diesen Verläufen gesetzt und dadurch Motive der Körperaufmerksamkeit, der Körperpräsentation und des Krankheitsverhaltens sichtbar gemacht.

In systematischer Weise wurden nach dem Vorbild des Trajectory-Konzepts von Anselm Strauss und seinen Mitarbeiterinnen (Corbin und Strauss 1993, Fagerhaugh und Strauss 1977, Strauss et al. 1985) drei Verlaufsstränge im Leben unserer Informantinnen und Informanten in den Blick genommen und deren Zusammenwirken untersucht: die der Herkunftsfamilie und der eigenen Familie, die der Ausbildung und Erwerbsarbeit sowie die der Krankheiten und des Körpers und dessen Empfindungen. Hiernach wurde jeweils im Hinblick auf Selbstdeutungen und Selbstbewertungen gefragt, mit denen sich die Informanten vor dem Hintergrund der Verläufe ihrer Lebenslagen, in den verschiedenen Lebenssituationen und der jeweils spezifischen Anforderungsstruktur verorten. Diese Stränge müssen koordiniert und vereinbart werden. Sie verweisen aufeinander und haben miteinander zu tun, etwa indem sie sich verstärken, sich gegenseitig behindern oder sich stützen. Manchmal gelingt es unseren Informantinnen nicht, die verschiedenen Stränge entsprechend ihres Lebensentwurfs zufriedenstellend zu synchronisieren. In diesen Fällen kommt es zu erheblichen Konflikten, wie insbesondere im Abschnitt zum psychosomatischen Behandlungsmilieu zu zeigen sein wird. Insgesamt bilden die Verläufe sowohl in ihrer gedeuteten Biografie als auch in ihren institutionellen Karrieren das Schema, in dem sich unsere Befragten selbst verstehen und in dem sie sich und ihr Leben gegenüber den Interviewerinnen abbilden.

Die Einzelfallanalysen waren Vorarbeiten zur Erstellung einer sozialen Topografie der Kopfschmerzen, die in weiteren Analyseschritten immer wieder modifiziert wurde. Der nachhaltigste Zugang dazu war die Unterscheidung zwischen robustem und empfindlichem Körperverständnis, welches unsere Informanten auf sich und die anderen anwendeten. Es stellte sich allerdings heraus, dass die einzelnen Studienpopulationen in ihren Einstellungen, Biografien und Lebenszusammenhängen nicht so homogen waren, wie zunächst angenommen. Unter den Pa-

tientinnen der Schmerzkliniken gab es robustere und empfindlichere Personen, deren Pathologisierungserfahrungen sich hinsichtlich ihrer Herkunft, ihrer Lebenssituation und ihrer Lebensentwürfe unterschieden. Ähnliches konnte für die Studierenden und in der Gruppe der ambulanten Kopfschmerzbetroffenen festgestellt werden. Auch die Fallgeschichten der psychosomatischen Patientinnen waren komplex, sodass sehr viel Arbeit investiert wurde, ihre Einstellungen und die Logiken ihrer Krankenkarrerien zu verstehen.

Das Datenmaterial und die erarbeiteten Kategorisierungen mussten nach diesen ersten Sondierungen noch einmal aufgebrochen werden. Im Zuge der Interviewauswertung zeigte sich, dass es nicht nur Unterschiede zwischen dem Medicalisierungsverhalten und der Normalisierung von Kopfschmerzen gab, sondern dass beides selbst alles andere als uniform und eindeutig war. Im Laufe der Untersuchung entwickelte sich der Idee einer sozialen Landkarte des Kopfschmerz Umgangs und der Kopfschmerzdeutungen, deren Merkmale einerseits auf medizinische Behandlungsverfahren und Behandlungsvorstellungen zurückzuführen sind, andererseits mit Biografien, Lebenslagen, Lebensentwürfen und sozialen Milieus korrespondieren. Die drei zentralen Achsen, nach denen sich Schmerz Umgangsformen organisieren, sind Robustheit/Empfindlichkeit der Körpereinstellung, soziale und medizinische Milieus, in denen unsere Informantinnen positioniert waren, sowie die zeitliche Achse der Biografien und Lebensentwürfe, die sich in Familien-, Arbeits- und Krankenkarrerien kondensiert.

Die Thesen wurden im weiteren Verlauf von Analyse, der Hinzuziehung von noch nicht ausgewertetem Material und der fortgesetzten Datenerhebung modifiziert und noch mehr zugespitzt, neue Sortierungen wurden erstellt sowie neue konzeptionelle Zugänge gefunden, die sich bis zu der hier präsentierten theoretischen Sättigung verdichteten. Als weitere zentrale Analysemerkmale wurden typische und abweichende Belastungen und Anforderungen der Befragten sowie ihre Einstellungen und Bewertungen hinzugezogen und in den Kontext ihrer Bewertungen der Biografie und des Lebensentwurfs gesetzt. Die Eigensichten wurden ihrer objektiven Lebenssituation und ihren Lebenschancen gegenübergestellt, über die sie berichtet hatten oder die sich aus ihrer Darstellung ableiten ließen. Aus den Selbsteinschätzungen und den objektiven Bedingungen erklärten sich die Rationalitätskriterien und Handlungsstrategien der Informanten, die mit ihrem Empfindlichkeitsausdruck in Beziehung gesetzt wurde. In diesem Schritt wurden schließlich Einstellungen, Bewertungen und Praktiken den sozialen und sozioökonomischen sowie den institutionellen Milieus und deren typischen Anforderungen und Notwendigkeiten gegenübergestellt. Durch das vertiefende Einbeziehen der Lebenslagen in das Analyseraster entwickelten sich Thesen zu biografischen Verlaufsdynamiken sowie zu deren Motiven, Notwendigkeiten und Kontingenzen, die wiederum anhand der Einzelfallanalysen überprüft und verfeinert wurden, um da-

durch den Konstruktionsprozessen der körperlichen Vorstellungen und der Empfindungen auf die Spur zu kommen.

Parallel zu den Arbeiten an den Interviews wurden Schmerz- und Kopfschmerzdiskurse in den öffentlichen Medien, der Selbsthilfe- wie auch der medizinischen Literatur verfolgt sowie aktuelle und ältere medizinische Schriften konsultiert. Das Ziel war keine systematische historische Aufbereitung, sondern das Verständnis der zentralen Diskurse, die die Hintergründe und Motive für Krankheits- und Körpervorstellungen, für institutionelle Karrieren sowie für biografische Entwicklungen bilden. Es zeigte sich sogar, dass Expertendiskurse eine zentrale Stellung für die Modulation von Empfindungen, für Biografien und für Krankenkarrerien einnahmen, was zunächst unterschätzt worden war.

Die Analyseebenen sind also sowohl zeitlich entlang der Chronologie ge-deuteter und institutioneller Verläufe als auch querschnittlich entlang sozialer Lebenswelten und medizinischer Versorgungsmilieus angeordnet. Mit Blick auf die Fragestellung nach den Logiken von Kopfschmerzinteraktionen, nach den Konstruktions- und Wahrnehmungsschemata sowie nach der sozialen Topografie von Kopfschmerzen schreitet die Untersuchung nach der Idee des kontrastiven Vergleichs großer und kleiner Unterschiede, der Identifikation von Kernkategorien und des Prüfens von Thesen und des Entwickelns von Gegenthesen iterierend voran, bis sich die theoretischen Konzepte verdichten. Die Auswahl der Untersuchungseinheiten erfolgte nach den Logiken des theoretischen Samplings – medizinische Milieus, soziale Gruppen und soziale Milieus auf der einen Seite und die Rekonstruktion von Kopfschmerzdeutungen, biografischem Erleben und Krankenkarrerien auf der anderen Seite, entsprechend der Grounded Theory, bedingen einander. Ziel der Analyse ist die theoretische Sättigung, bis also durch weitere Informationen und weitere Informanten der theoretische Zugewinn immer geringer wird. Im Verlauf der theoriegeleiteten Erhebung und Auswertung der Daten verdichten sich Hypothesen zu einer gegenstands begründeten Theorie (Strauss 1994).

Theorie und verdichtete Ankerbeispiele

Soziale Realität ist komplex, und es ist kaum möglich, sie auf wenige Merkmale zu reduzieren, mit denen sie zu verstehen wäre. Jedes einmal identifizierte Merkmal und jede theoretische Kategorie des Handelns enthält wieder unendlich viele weitere Optionen, die Menschen ergreifen könnten. Hinter jedem systematisierenden Begriff stehen einzigartige Schicksale, Biografien und Lebensläufe wirklicher Menschen, die in ihrer Konkretion immer auch eine andere Gestalt einnehmen könnten. Trotzdem muss, um ein Verständnis überindividueller Handlungsmuster zu ermöglichen, eine Reduktion herbeigeführt werden, ohne allerdings das Komplexes unzumutbar zu vereinfachen und das Kontingente zu verleugnen. Um diese Aufga-

be der Reduktion ohne Reduktionismus zu erfüllen, spiegelt sich das Vorgehen, vor allem das der Auswertung, in der Darstellungsweise der Ergebnisse wider. Vorbild dafür sind die Arbeiten von Anselm Strauss und seinen Mitarbeitenden (Corbin und Strauss 1993, Fagerhaugh und Strauss 1977, Strauss et al. 1985).

Die aus dem Gespräch zwischen Daten, Theorien und Konzepten entwickelten Modelle werden materialbasiert dargestellt. Dazu sind die Fallverläufe aus den Befragungen so aufbereitet, dass sie das Typische für den jeweiligen Zusammenhang präsentieren, in den sie gesetzt sind. Sie stehen also für eine ganze Reihe ähnlicher Fälle, für die dieselben Erklärungsmuster gelten und die genau genommen ebenfalls als Beispiele dienen könnten. Die Logiken der Fallverläufe ergeben sich aus den konkreten genauso wie aus den überindividuellen Handlungszusammenhängen, ohne deren Kenntnis sie nicht verstanden werden können. Aus diesem Grund wird es ebenso für notwendig gehalten, ihre konkreten Eigentümlichkeiten darzustellen, um sie in einen verallgemeinernden Kontext zu stellen. Die Falldarstellungen haben deswegen nicht nur illustrativen Charakter und könnten solcherart vernachlässigt werden, sondern im Zusammenspiel des Allgemeinen mit dem Besonderen von Verläufen sind darin die aus dem Material entwickelten Konzepte eingearbeitet und verankert.

Das Vorgehen, Theorieentwicklung und Falldarstellungen zu integrieren, birgt allerdings verschiedene Risiken. Die Studie wendet sich an ein Publikum mit durchaus unterschiedlichen Interessen, das diese Darstellungsweise nicht gleichermaßen befriedigen muss. Leserinnen und Leser mit einem starken theoretischen Interesse können die Fallbeispiele und deren hohen Konkretionsgrad überflüssig finden. Praktikerinnen und Praktiker können dagegen die konzeptionellen Ausführungen, seien es kürzere Bemerkungen, Einschübe, längere Passagen oder Zusammenfassungen, irritierend finden. Interessierte Laien, vielleicht Personen mit Kopfschmerzen, haben möglicherweise Schwierigkeiten mit den soziologischen Deutungen, die nicht den üblichen Alltagsdeutungen, vor allem nicht den Alltagsinteressen, entsprechen.

Mit diesen Risiken sind allerdings auch Chancen verbunden. Das Ineinanderspielen von Fallverläufen und Konzepten macht nachvollziehbar, warum welche Deutungen zu welchen Handlungsgrundlagen und Orientierungsmustern werden und andere nicht. Möglich werden kann eine Auseinandersetzung und ein gegenseitiges Verstehen der unterschiedlichen Lesergruppen, indem deren jeweilige Handlungslogiken und Deutungen nachvollziehbar gemacht werden. Die entwickelten Modelle lassen sich als Vorschläge verstehen, durchaus im Sinne einer Grounded Theory, die zwar zunächst gesättigt ist, die aber auch offen für Erneuerungen und Modifikationen bleibt, etwa wenn neue Konzepte und neues Material zu Rate gezogen wird oder sich Veränderungen der sozialen Wirklichkeit abzeichnen.

