

3.4 Die veröffentlichten Leiden der Angestellten

Schmerzrobustere Informanten, seien es Angehörige des alten Mittelstandes oder jüngere Studierende, stehen im Sample Personen mit empfindlicheren Einstellungen gegenüber. Genauso wie Robustheiten nicht uniform ausgeprägt sind, unterliegen auch die Empfindlichkeiten unterschiedlichen Deutungen und Motiven. In den nächsten Kapiteln wird die milieuspezifische Typisierung weiter vorangetrieben. Dabei werden die Angehörigen der Sozialberufe betrachtet, die ihre Schmerzen bedenkenlos mit anderen teilen und für die Schmerzen als von anderen verstandene Empfindlichkeitsäußerungen in ihr Beziehungsgeflecht eingehen (Kapitel 3.5). Diese selbstverständliche Weise der solidarisierenden Affekte spitzt sich bei Angehörigen des Selbstverwirklichungsmilieus weiter zu, die ihre Empfindlichkeitsdispositionen – dazu gehört auch ihr Verhältnis zu Schmerzen – für ihre Lebensführung kapitalisieren (Kapitel 3.6). Schließlich wird in einem Sample von Personen mit psychosomatischen Krankenkarrerien genau das Gegenteil identifiziert (Kapitel 3.7): Sie können mit ihren empfindlichen Einstellungen keine Gewinne verbuchen. Ihre Leiden führen sie vielmehr in eine Abwärtsspirale, die nur durch sozialstaatliche Alimentationen gestoppt wird.

Alle Informanten dieser Gruppen eint, dass Kopfschmerzen nicht mehr relativiert, sondern zum offiziellen Gegenstand des Leidens werden. So wird der Grenzbereich zwischen Alltagsbeschwerden und pathologischen Schmerzen auszuloten und nach den Arrangements zu fragen sein, die getroffen werden, wenn sich Kopfschmerzen aus dem Bereich der Alltagsbeschwerden herauslösen und in jeweils spezifischer Weise zur Sprache gebracht werden.

Zunächst aber geht es um eine Personengruppe, die Angestellten in den Büros und des Fachhandels, die ihre Schmerzen in demonstrativer Weise ins Spiel bringt, sie zum Gegenstand medizinischer Behandlung macht und eine besondere Stellung damit beansprucht. Genau genommen gehört diese Gruppe kulturell und sozioökonomisch dem alten Mittelstand an, zwar sicherlich nicht in der uniformen Ausprägung wie noch bis zu den 1980er-Jahren, aber Werte und Einstellungen ähneln sich doch. Wir müssten es also eigentlich mit einer schmerzrobusten Gruppe zu tun haben. Tatsächlich wird zu zeigen sein, dass die demonstrierten Empfindlichkeiten Abweichungen von der Robustheitsnorm sind, die sowohl auf Widersprüche der Sozialisationsprozesse als auch auf die Struktur der Erwerbstätigkeit verweist.

Demonstratives Leiden

Die höhere Empfindlichkeit der Angestellten gegenüber den Robusteren im Sample wird dadurch belegt, dass Kopfschmerzen hier mit einem pathologischen Etikett, meist als Migräne, versehen ist, wofür regelmäßig niedergelassene Neurolo-

gen konsultiert und Behandlungen nachgefragt werden. Unsere Informanten bringen ihre Migränekopfschmerzen auf der Arbeitsstelle ins Spiel und treffen vielfältige Vorkehrungen, von denen sie hoffen, dafür Anerkennung zu finden. Sie haben eine geringe Hemmschwelle, die Kopfschmerzen gegenüber den Kolleginnen zu veröffentlichen, und verfügen dafür über ein differenziertes Vokabular. Von den Robusteren unterscheiden sich die Empfindlicheren durch eine verdichtete und verfeinerte Schmerzdarstellung, mit der sie das Pathologische in Stellung bringen. Ein Beispiel dafür ist Frau Gude (41 Jahre alt, Modefachverkäuferin), die einen Migräneanfall während eines Betriebsausflugs sehr eindrücklich schildert:

Da waren wir zu fünfunddreißigst, und wir kommen freitags da an und waren den ganzen Samstag da und den Sonntag. Und von Freitagnacht auf Samstag hab' ich so einen schweren Migräneanfall bekommen, dass meine Zimmernachbarin, also meine Arbeitskollegin, den Notdienst holen musste. Und meine Kollegen hatten also-, haben also gesehen: »Scheiße«, selbst wenn ..., ich hatte mich-, wir hatten uns alle riesig gefreut, weil Köln war total witzig und so und selbst dann ... Es hat also wirklich jeder gesehen, einschließlich meiner Chefin und meiner Bereichsleitung, wie schlecht es mir geht. Und [ich] war also 24 Stunden komplett außer Gefecht gesetzt. Und dadurch war's dann auch für mich im Endeffekt noch besser, wobei ich nie sagen würde: »Es war toll!« Es war einer der schlimmsten [Migräneanfälle], die ich seit über einem halben Jahr hatte. [...] Dadurch war das Verständnis [der Kolleginnen] mir gegenüber im Grunde noch größer. Wobei man ja oft auf Unverständnis stößt, oder irgendeiner arbeitet um einen rum und sagt: »Och, ich hab' so Migräne heut'«, wo du denkst, »Schätzchen, du hast Kopfweh«. (22: 8ff.)

Obwohl Frau Gude über ihre Migräneepisode sehr emotional spricht, leitet nicht eine diffuse Affektivität – etwa Scham – ihren Bericht, sondern die Suche nach Zuweisungen für ihre Schmerzen und nach Positionierungen auf ihrer Arbeitsstelle. Zu sichten sind die strategischen Motive, mit denen sie ihre Kopfschmerzen erfolgreich mit einem Krankheitswert belegt und ihre Leistungseinschränkungen formal absichert.

Die Episode sieht Frau Gude als einen Wendepunkt in ihrer Migränebiografie, nach der sie auf der Arbeitsstelle Ansprüche durchsetzen kann, die sich aus den als schwerwiegend dargestellten Kopfschmerzen ergeben. Der dramaturgische Mehrwert des Zusammenbruchs ist ihr sehr wohl bewusst, selbst wenn sie ihn nicht vorsätzlich herbeigeführt hat. Ihre Migräne war auf der Arbeitsstelle schon bekannt, und Frau Gude wurde des Öfteren »brechenderweise« (22: 3) nach Hause geschickt: »Wo die mich da wirklich rausgeprügelt haben« (22: 3f.). Nach der Migräneepisode während des Betriebsausflugs kann sie ganz offiziell die Solidarität ihrer Kolleginnen für sich in Anspruch nehmen.

Die generelle Skepsis der Kollegen gegenüber den mit Kopfschmerzen begründeten Leistungseinschränkungen wird auch von anderen Informantinnen regel-

mäßig mit der Überzeugungskraft von Zusammenbrüchen ausgeschaltet, mit denen sich die Grenzen von Alltagsbeschwerden und Pathologie in Richtung Pathologie verschieben: Unsere Informantinnen machen ihre Kopfschmerzen als Migräne sichtbar und markieren sie damit unumstößlich als Krankheit. Die Kollegen werden qua Appell an ihr Mitleid auf ihre Seite gezogen und deren Solidarisierung mobilisiert. Männer berichten nicht in solch emotionaler Weise über ihre Zusammenbrüche, dennoch machen auch sie ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen in eindrücklicher Weise deutlich, wenn sie Kopfschmerzen haben: Herr Sulzbacher (31 Jahre alt, Versicherungsangestellter) beschreibt seine Migränezeichen wie folgt:

Man sieht's ja auch [...]. Ich habe einen sehr verkrampften Gesichtsausdruck. Im Moment wahrscheinlich auch gerade, weil ich Migräne hab'. Normalerweise sitz' ich immer so da. Dadran merkt man halt, dass ich Schmerzen hab'. Das sehen dann auch die Leute. (24: 24ff.)

Regelmäßig stellen diese Informantinnen heraus, dass ihre Kopfschmerzen für alle anderen sichtbar sind. Der Raum der Alltagsbeschwerden wird durch Erbrechen, Blässe, verzogene Mundwinkel, verkiffene Augen, verbissene Gesichtszüge, fahrig-ge, unkontrollierte Bewegungen und geistige Abwesenheit verlassen. Oder sie helfen sich mit Requisiten, mit denen Schmerzen und Symptome, die geschwächte Konstitution sowie die Licht- und Geräuschempfindlichkeit repräsentiert werden, wenn die Migränezeichen nicht unmittelbar ablesbar sind: Sie nehmen eine Schmerztablette ein oder fragen andere danach, wenn sie gerade nicht zur Hand sein sollte, sie bitten um ein warmes Getränk, um eine Massage der schmerzenden Kopfareale mit Pfefferminzöl, das vorsorglich schon im Schreibtisch griffbereit liegt, ebenso wie Kälte- oder Wärmekissen und Sonnenbrille. Hinzu kommen eine Verdunkelung des Raumes, territorialer Rückzug und die Bitte um Ruhe. Frauen berichten davon etwas eindrücklicher als Männer, aber die Unterschiede sind nur graduell. Körperäußerungen, Praktiken und Requisiten repräsentieren das Unangenehme des Zustands und werden zu einem Handlungs- und Interpretationsrahmen zusammengefügt, in dem in einem symbolischen Raster jedes Element auf andere Elemente verweist, in dem die Kopfschmerzen als Migräne – also als Krankheit – Geltung beanspruchen.

Das Gespür für Kopfschmerzen

Die höhere Empfindlichkeit bedeutet nicht, dass Schmerzen nicht ertragen werden. Man macht sich nur größere Sorgen um seinen Körper, geht geringere Risiken ein und wägt Belastungen ab. Aus der medizinsoziologischen Literatur ist bekannt, dass Angehörige der Mittelschichten über eine empfindlichere Körpervorstellung verfügen als Angehörige der gewerblichen Schichten (z.B. Herzlich und Pierret 1991), was sich auch in der vorliegenden Studie bestätigt. In den mittleren

Milieus gilt der Körper generell als fragiler und wird mit größerer Aufmerksamkeit belegt. Kopfschmerzen sind legitime Beschwerden des ganz normalen Alltags, die allerdings nicht notwendigerweise als pathologisch gelten. Eine empfindlichere Körpervorstellung bedeutet im Vergleich zu der robusteren der gewerblichen Schichten auch, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit flüssiger und durchlässiger sind.

Das demonstrative Zurschaustellen der Kopfschmerzen findet sich vor allem bei den Angehörigen der mittleren Angestelltenschichten (einschließlich Beamten) im Verwaltungsdienst sowie bei einigen Fachverkäuferinnen des mittleren und gehobenen Einzelhandels. Im Unterschied zu den Angehörigen der Milieus der Land- und Industriearbeit sowie des Handwerks werden dort keine anstrengenden körperlichen Tätigkeiten verrichtet, sondern es dominieren Schreibtischtätigkeiten sowie Beratungs- und Fachverkaufstätigkeiten. Die Angestellten­tätigkeit in den Büros und im Fachhandel muss von anderen Berufsgruppen unterschieden werden, deren Belastungsspektrum auf anderen Ebenen liegt. Verkäuferinnen oder Kassiererinnen in Discountern (also keine Fachverkäuferinnen) üben eher körperlich anstrengende Tätigkeiten aus und haben ein ähnliches Körper- und Schmerzverständnis wie die Angehörigen der gewerblichen Berufe. Sozial- und Pflegeberufe sehen ihre Belastungen eher im emotional-kommunikativen Bereich, was auch mit einem anderen Körperverständnis korrespondiert, wie im Kapitel 3.5 anzusprechen sein wird. Schmerzvorstellungen der technischen und der Ingenieurberufe ähneln denen der Studierenden, die ja selbst aus diesen Milieus stammen.

Es soll also nahegelegt werden, dass die Vorstellung von den fließenden Grenzen zwischen gesund und krank mit den typischen Belastungen und Arbeitsverhältnissen der Angestellten­tätigkeit zusammenhängen. Die Tätigkeiten unserer Informantinnen sind nicht an einen hohen Körpereinsatz gebunden, vielmehr sind die Belastungen mit einer erhöhten Nerventätigkeit für die Verarbeitung von ständig ein- und abfließenden Reizen und Informationen assoziiert. Der Kopf nimmt als Symbolisierung der Nerventätigkeit eine herausragende steuernde Funktion ein. Daher sind Kopfschmerzen bei Angestellten als Alltagsbeschwerden weitgehend akzeptiert und repräsentieren Belastungen des hochkonzentrierten Arbeitens, wenn es um Verwaltungs- oder Verkaufstätigkeiten geht. Genauso wie Informations- und Affektströme gelten auch Kopfschmerzen als immateriell und unkörperlich. Kopfschmerzen hinterlassen keine körperlich sichtbaren Spuren (wie etwa Operationsnarben) und gelten als ungefährlich. Die Breschen im Kopf werden vielmehr auf die ständigen Anschläge durch Reize zurückgeführt. In paradigmatischer Weise repräsentieren sie daher die empfindlichen Körpervorstellungen von Personen, die nicht hart körperlich arbeiten (z.B. Rittner 1982).

Die Angestellten sehen den Kopf als eigenständige Schmerzlokali­tät und orientieren sich weniger an der Idee einer stofflichen Schmerzursache. Die Schmerzursache

sache wird in der erhöhten Empfindlichkeit für Reize gesehen, während die Angehörigen der gewerblichen Milieus sowie die sportlichen Studierenden ihre Kopfschmerzen als Körperschmerzen mit einem gegenständlichen Belastungsgegenüber betrachten. Die zugeschriebene Abstraktheit und Nichtstofflichkeit von Reizen, die in den Kopf eindringen, wie Wetter, Geräusche, Gerüche oder Licht, verlangt allerdings eigene Formen der Schmerzplausibilisierung, die sich von der offensichtlichen und konkreten Gegenständlichkeit physischer Belastungen abhebt.

Obwohl Kopfschmerzen als ungefährlich gelten, verweisen sie auf die Verwundbarkeit des Kopfes, ohne dass er wirklich verwundet ist. Der Schmerz ohne Wunde wird in ein Narrativ des Nichtgegenständlichen verwandelt, um anerkannt zu werden. Dieses Narrativ (und nicht mehr das Gegenständliche der Verletzung) verlangt, dass der Körper, vor allem der Kopf, unentwegt beobachtet wird, dass seine Zeichen genau verfolgt werden und dass er durch diese Daueraufmerksamkeit (im Vergleich zu den Robusten) für fragil und vulnerabel gehalten wird. Damit verdeutlichen Kopfschmerzen die durchlässige Grenze zwischen gesund und krank, also die Potenzialität von Krankheiten. Allerdings gibt es, wie überall, Toleranzgrenzen des Akzeptierbaren: So muss das Belastungsspektrum, etwa die Reize sowie die tatsächlichen Tätigkeiten, mit den gezeigten Schmerzen korrespondieren, die auch im Angestelltenmilieu nicht als übertrieben dargestellt werden dürfen.

Die Fähigkeit, aus Kopfschmerzen ein eigenes Narrativ zu gestalten, sie also effektiv im Rahmen der normalen Belastungen darzustellen, macht einen Unterschied zu den Angehörigen der gewerblichen Milieus aus. Die höhere Empfindlichkeit ermöglicht unseren Informantinnen ein feines Gespür für die Kopfschmerzen, mit dem sie deren Zeichen erkennen, die Schwere des Leidens demonstrieren und ihr Leiden organisieren. Herr Sulzbacher unterscheidet etwa typische Migränezeichen von denen der »normalen Kopfschmerzen« (23: 25):

Stechen hinterm Auge, also auf'n Sehnerv fangen die Schmerzen an [...] und gehen über die Schläfe meistens über eine Kopfhälfte [...] Das wechselt auch. [...] Selten hab' ich's auf der linken Seite, meistens hab' ich's auf der rechten Seite. (22: 31ff.)

Es sind nicht schlicht Schmerzen im Kopf, sondern es werden Stärken, Lokalitäten, Verschiebungen und Verläufe beschrieben. Die Selbstbeobachtung bildet die Grundlage für die Verbalisierung der Schmerzen, die in vielfältige Präsentationen und Interaktionen eingehen. Je differenzierter die Symptomschilderungen sind, desto eher lassen sich die nicht gegenständlichen Kopfschmerzen plausibilisieren und mit einem Krankheitswert belegen. Außerhalb ihres akuten Auftretens leben Kopfschmerzen in der Erinnerung und in den Requisiten weiter. Sie sind nicht selbstevident durch medizinische Diagnostik abbildbar, sondern durch Akte des Zurschaustellens, der Gestik, aber vor allem durch Sprache – Zeichen, die den anderen verständlich gemacht und von ihnen gelesen werden müssen.

Kopfschmerzen sind aber alltäglich und nur die wenigsten Personen, die als Angestellte arbeiten, dramatisieren sie als etwas Besonderes, selbst wenn man eine empfindliche Konstitution unterstellt. Es müssen also die Bedingungen verstanden werden, die auf die Entschlossenheit unserer Informantinnen und Informanten wirken, die Besonderheit ihrer Kopfschmerzen herauszustellen und damit eine besondere Position einzunehmen. Diese Bedingungen sind zum einen mit den besonderen Umständen des Aufwachsens und der Schmerzsozialisation und zum anderen mit den typischen Arbeitsverhältnissen der Angestelltentätigkeit zu identifizieren.

Robustes Körperverständnis der Eltern

Um die Arrangements und Verläufe zu verstehen, in denen die Informanten dieses Teilsamples für Kopfschmerzen eine akzeptierte Pathologie beanspruchen, wird zunächst auf deren Schmerz- und Körpersozialisation eingegangen. Die Väter waren Facharbeiter und kleine Angestellte mit Aufstiegsaspirationen, die also versuchten, sich hochzuarbeiten. Auszugehen ist daher mit Riesman (1958) von einer innengeleiteten Sozialisation, daran zu erkennen, dass unsere Informantinnen schon früh Familienpflichten übernahmen. Frau Ahlgrimm (73 Jahre alt, ehemalige Verwaltungsbeamtin) kümmerte sich in der Kindheit um ihre Geschwister und trug schon als Jugendliche in den 1950er-Jahren zum Familieneinkommen bei. Frau Talhoff (50 Jahre alt, Steuerfachgehilfin) übernahm als Kind aufgrund der Krankheit ihrer Mutter Aufgaben im Haushalt und kümmerte sich ebenfalls um ihre Geschwister. Frau Beil (38 Jahre alt, Verkäuferin) berichtet von einer anstrengenden Kindheit: Wegen der Berufstätigkeit beider Elternteile half sie viel im Haushalt und passte wie auch Herr Hellmann (52 Jahre alt, Finanzcontroller) auf die jüngeren Geschwister auf.

Den Kindheitsschilderungen kann man entnehmen, dass sich unsere Informanten in ihrer Kindheit in einem Milieu mit einem robusten Schmerzverständnis aufgehalten haben, etwa so wie es im Kapitel über die robusten Älteren aus den gewerblichen Milieus dargestellt wurde. Nur Frau Gude und Frau Klabusch (29 Jahre alt, Industriekauffrau) berichten von eigenen längeren Krankheitsverläufen in Kindheit und Jugend. Aber nur bei Frau Gude liegt eine empfindlichere Einstellung in ihrer Familie nahe. Bei anderen Informantinnen wurden Schmerzen hier jedenfalls abgewiesen oder kaum thematisiert. Mit Krankheiten arrangierte man sich, ohne dass es zu einem offiziellen familiären Gespräch kam. Selbst wenn die Eltern Kopfschmerzen hatten, war das den Kindern nicht bekannt, zumindest nicht unter dem Etikett Migräne. Herr Hellmann erfuhr erst, nachdem bei ihm die Kopfschmerzen stärker wurden, dass auch seine Mutter Migräne hatte, und Herr Sulzbacher erst in der Ausbildung von der Migräne seines Vaters. Die eigenen Kopfschmerzen, so vorhanden, erregten im Elternhaus keine besondere Auf-

merksamkeit. Sie wurden heruntergespielt und mit einfachen Mitteln, meist mit Bettruhe, behandelt und nicht mit pathologischen Etiketten versehen, selbst wenn auch die Eltern unter Migräne litten.

Wenn man näher auf das robuste Schmerzmilieu in Kindheit und Jugend unserer Informanten schaut, kann man allerdings über den Eifer überrascht sein, mit dem sie später als Erwachsene ihre Kopfschmerzen und ihre Empfindlichkeit gegenüber anderen ins Spiel bringen. Im Folgenden richtet sich der Blick auf die Widersprüche in der Sozialisation in der Kindheit, um ihr empfindliches Verhältnis zu den Kopfschmerzen zumindest teilweise zu verstehen. Mit den Sozialisationstheorien lässt sich davon ausgehen, dass Körper- und Schmerzverständnisse schon in der Kindheit entsprechend der jeweiligen aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse des Körpergebrauchs erzogen und einverleibt werden (Riesman 1958, Bourdieu 1982). Mit dem elterlichen Habitus und Milieu sind durch die jeweiligen Kommunikations- und Erziehungsstile spezifische Einverleibungspraktiken des Körper- und des Schmerzverständnisses assoziiert.

Verknüpft man die strukturalistische Vorstellung der Erziehungsstile von Basil Bernstein (1982) und Mary Douglas (1974) mit der Charaktertypologie sozialer Gruppen von Riesman (1958), lassen sich für die Schmerzsozialisation folgende konzeptionelle Aussagen treffen: Personen mit einem innengeleiteten Charakter, die typisch für das Industriezeitalter sind, müssten über ein robustes Körperverständnis verfügen. Die robusten Körper werden mit einem restriktiven bzw. statusorientierten Erziehungsstil sozialisiert: mit klaren Regeln und Hierarchien, körperlichen Sanktionen und den definierten Grenzen eines geschlossenen und einheitlichen Milieus. Empfindlichere Körper werden dagegen durch einem elaborierten bzw. personenzentrierten Erziehungsstil herausgebildet, bei dem Aushandlungen, der Appell an Einsicht, vernunftmäßige Begründungen und geringere Hierarchisierung dominieren, selbst wenn es darum geht, den Körper zu stählen (auch: Hochschild 1990: 123ff.).

Die robusten Erziehungsideale der Herkunftsfamilien unserer Informantinnen müssten daher bei ihnen eigentlich zu einer stoischen Einstellung gegenüber Schmerzen führen, so wie es etwa für die Angehörigen des alten Mittelstandes dargestellt wurde. Dennoch wird zu zeigen sein, dass nicht in jedem Fall die Umstände für eine Sozialisation gegeben sind, mit denen sich ein habitus- und statuskonformes robustes Körperverständnis effektiv realisiert. Oder, mit Riesman (1958) gesprochen: Die Abweichungen vom innengeleiteten Ideal der Selbstbeherrschung kommen dadurch zustande, dass der »Kreiselkompass«, der die Richtung auf einen vorgefassten Lebensentwurf und ein festgefügtes Weltbild vorgibt, in der Charakterbildung nicht ausreichend fest installiert wurde. Genauso wenig aber waren kulturelle Ressourcen vorhanden, mit denen eine empfindliche Einstellung eines aushandlungsorientierten außengeleiteten Charakters sozialisiert werden konnte. Die Betroffenen sind daher unsicher, an welchen Schmerznormen sie sich orientie-

ren sollen und suchen nach möglichst stabilen Arrangements für ihre Schmerzen in formal-rechtlichen Rahmungen, wie noch zu sehen sein wird.

Widersprüche in der Schmerzsozialisation

Auffallend ist, dass alle Informantinnen mit Ausnahme von Frau Zanitsch (56 Jahre alt, Betreuerin), Frau Grote (40 Jahre alt, Bürokauffrau) und Frau Gude in ihrer Kindheit brüchige oder problematische Familienbiografien aufweisen, was für eine innengeleitete Schmerzsozialisation nicht unerheblich ist, deren Erfolg auf den personalstabilen Strukturen einer zeitresistent vorhandenen Kernfamilie mit erwartungsgesättigten Rechten und Pflichten basiert. Herr Sulzbacher berichtet von einer alkoholkranken Mutter, Frau Talhoff von einer depressiven Mutter und einem homosexuellen Vater, einem Verwaltungsangestellten, der wegen Unterschlagung eine Zeitlang im Gefängnis war. Alle anderen Eltern trennten sich während der Kindheit und Jugend unserer Informanten dieses Samples. Frau Beil kannte als Kind ihren leiblichen Vater nicht und wuchs bei Mutter und Stiefvater auf. Auch Herr Heußner (37 Jahre alt, Industriekaufmann) wuchs bei Mutter und Stiefvater auf, von dem sich die Mutter trennte, die mit weiteren Partnern zusammenlebte, von denen sie zwei Söhne hat. In seiner Kindheit und Jugend ist er viel umgezogen. Herr Hellmann wurde nach der Trennung seiner Eltern von seiner Großmutter erzogen. Der Vater von Frau Klabusch ist Alkoholiker, die Eltern trennten sich, mit dem neuen Partner hatte die Mutter zwei Kinder. Die Ehe der Eltern von Frau Ahlgrimm verlief sehr schlecht. Nach der Scheidung ging die Mutter für einige Jahre eine neue, glückliche Ehe mit einem 25 Jahre älteren Mann ein. Frau Klausen (49 Jahre alt, Sekretärin), die keine Beziehung zum Vater hatte, wird von ihrer Mutter ins Kinderheim gesteckt. Beide sehen sich zwar, aber ihre Beziehung ist sehr konfliktuell.

Unsere Informantinnen wuchsen also nicht in den zeittypischen Normalfamilien, bestehend aus leiblichen Müttern, Vätern und ein bis zwei Geschwistern, auf. Stattdessen wechselten die Bezugspersonen, und die Beziehungen zu ihnen schienen nicht einfach zu sein. Da die jüngeren Vorstellungen heterogener Familienformen und pluralisierter Lebensentwürfe zu ihrer Jugendzeit im Wesentlichen noch nicht Platz gegriffen hatten, fehlten Ideale für akzeptierte Alternativen, an denen sich die Erziehung durch die Eltern orientieren konnte. Scheidungen und familienbiografische Brüche waren kaum tolerierte Abweichungen von einem Normallebensentwurf im Nachkriegsdeutschland. Daher ist zu vermuten, dass unsere Informantinnen in einem Widerspruchsverhältnis zum milieutypischen robusten Erziehungsideal aufgewachsen sind. Für die Erziehung des Schmerzverständnisses könnten drei Aspekte ihrer Sozialisationserfahrungen ausschlaggebend sein:

(1) Zunächst muss die Bedeutung und die Qualität der elterlichen Bindung angesprochen werden. Man kann davon ausgehen, dass für die effektive und nach-

haltige Sozialisation der für die Herkunftsmilieus und für die Nachkriegszeit typischen robusten Schmerznormen die ständige Ermahnung der Eltern sowie Kontinuität und Wachsamkeit in der elterlichen Erziehung nötig sind, selbst wenn diese bei abwesenden Vätern (etwa durch Tod oder weil sie sich in Kriegsgefangenschaft befanden) nur symbolisch sein sollte. Repräsentieren die Eltern aber ein nur schwaches Vorbild, weil die Bindung zu ihnen relativ unbeständig und nicht erwartungsgesättigt ist, so werden die robusten Schmerzideale auch nur schwach inkorporiert sein. Insbesondere die Scheidungen der Eltern und die Wiederverheiraten der Mütter deuten darauf hin, dass unsere Informanten in Kindheit und Jugend vielfach eine vergleichsweise schwache und instabile Beziehung zu ihren Eltern entwickelten, was sich bis in die Gegenwart hinzieht: Selbst mit den Müttern, bei denen sie aufgewachsen sind, besteht bzw. bestand ein problematischer Kontakt und zu den Vätern und Stiefvätern eher lockere Bindungen mit geringer Vorbildwirkung und Identifikation, sodass von ihnen keine robuste Schmerzerziehung durchgesetzt werden konnte.

(2) Die Schwäche der elterlichen Bindung könnte durch stabile Bindungen an das umliegende Milieu, etwa die Verwandtschaft oder Nachbarschaft, an Schule, Gleichaltrige und Sportvereine ersetzt werden, mit denen die Dissonanz zwischen milieutypischer Orientierung auf Robustheit und milieuntypischer schwacher familiärer Einwirkung ausgeglichen werden könnte. Das ist allerdings nicht der Fall: Bei einigen Informantinnen bauten sich zwar stabile Beziehungen zu Bezugspersonen auf, etwa zur Großmutter, dennoch wird weder von besonderen sportlichen Aktivitäten noch von Freundschaften berichtet. Die Scheidung der Eltern und die Wiederverheiratung der Mütter gingen nämlich in der Regel mit Ortswechseln einher, sodass auch außerhalb der Familien kein stabiles Erziehungs- und damit Schmerzmilieu nachhaltig gesichert wurde.

(3) Entsprechend der innengeleiteten Erfolgseinstellung strebten die Eltern, insbesondere die Mütter, trotz der schwierigen Familienverhältnisse nach sozialem Aufstieg und entfernten sich symbolisch von ihrem Ursprungsmilieu. Die alten Orientierungen wurden jedoch nicht ganz aufgegeben, und die Erziehungsstile der neuen Milieus, für die die Mütter noch nicht das symbolische Kapital besaßen, wurden noch nicht gänzlich übernommen. Man hatte wenig Zeit für die Kinder, lebte unbeständig und war mit der Existenzsicherung beschäftigt. Damit besteht wenig Spielraum für die Aneignung von kommunikativen Umgangsformen, die mit einem weniger robusten Schmerzverständnis korrespondieren, etwa indem Empfindlichkeit zum Teil des Familiengesprächs wird, wobei Schmerzen eine akzeptierte Sprache finden, in der sie geäußert, aber auch relativiert werden, wie es etwa bei den Sozialberufen noch gezeigt wird. Mit der Besserstellung erhöhte sich indes die Empfindlichkeit, die allerdings noch keine eigene Sprache bekam. So scheint es plausibel, dass es für Schmerzen noch keine gesicherten Umgangsformen gab, in denen sich Alltagsbeschwerden sowohl ausdrücken als auch normalisieren. Ei-

nerseits lag also eine nur schwache Inkorporierung körperlicher Robustheit vor, andererseits setzten sich alternative Formen der Schmerznormalisierung auch nur unvollständig durch.

Nicht alle drei Aspekte treffen bei unseren Informantinnen gleichermaßen stark zu, nichtsdestotrotz sind sie vorhanden. Folgende These lässt sich daraus bezüglich ihres Schmerzverständnisses ableiten: Ihre Schmerzsozialisation zeichnet sich durch die Diskrepanz zwischen stabilen (geforderten) Milieunormen und ihrer unsteten und schwachen Realisierung in der Erziehung aus. Ohne die schon in der Kindheit festgefügt und stabilen Erwartungen dürfte die Entwicklung ihres Körperverständnisses stark von fraglichen äußeren Gegebenheiten abhängig sein, denen sie sich anzupassen haben. Auf solche Anpassungsprozesse sind sie allerdings ungenügend vorbereitet, da sich ihre Erziehung an den Normen der Herkunftsmilieus orientiert. Durch die Sozialisationsbedingungen ist davon auszugehen, dass unsere Informanten nur eine schwache Schmerzsozialisation mit uneindeutigen Schmerznormen erfahren haben und zwischen dem robusten Körperverständnis ihres Herkunftsmilieus und dem empfindlicheren Körperverständnis ihres aktuellen Milieus pendeln. Es wäre daher plausibel, dass die Uneindeutigkeit der Schmerznormen zu überspitzten und für die neuen Milieus unangepassten Darstellungen von Empfindlichkeiten führt.

Wenn man die Metapher von Kopf und Körper klassifikatorisch auf die Stellung in der Sozialstruktur anwendet, wie es etwa mit Jeggle (1986) nahegelegt werden kann, ergibt sich folgende Deutungsfigur: Entsprechend der älteren robusten Vorstellungen hat der Körper die Eigenschaften von Härte, Festigkeit und Widerstandsfähigkeit. Kopfschmerzen, sobald sie stärker werden, unterlaufen dieses Idealbild einer uneinnehmbaren Festung, vor allem wenn sie als Migräne identifiziert sind. Darüber wurde schon beim alten Mittelstand berichtet, wo diese Schmerzen dem Körper zugeschlagen wurden. Die Informanten des Angestellten-samples tun dies aber nicht. Aufgestiegen in das neue mittlere Milieu, ändert der Kopf seine Bedeutung, der nun auch die neue soziale Stellung symbolisiert – den Beruf, in dem mit geringem körperlichem Einsatz gearbeitet wird. Unsere Informantinnen oszillieren somit zwischen zwei unterschiedlichen Werterastern, die dem Kopf und dem Körper jeweils eine andere Position zuweisen.

Der Wert des Körpers für die Existenzsicherung wird nun nicht mehr ausschließlich in seiner Gegenständlichkeit, Festigkeit und Härte gemessen. Vielmehr wird er zunehmend mit symbolischen und immateriellen Werten belegt, die vor allem mit dem Kopf assoziiert sind. Mit einer insgesamt verfeinerten Aufmerksamkeit wird auch dem Körper mehr Interesse geschenkt. Die Körperfestung wird dann plötzlich als brüchig wahrgenommen, Lücken darin werden bemerkt, und zwar dort, wo sie – das haben sie in ihrer Kindheit gelernt – am allerwenigsten sein dürften, am Kopf. Der erlangt nun eine Bedeutung, die er vorher nicht hat-

te, und damit auch seine Schmerzen, allerdings fehlt dafür noch eine Sprache, die diese neue Bedeutung normalisiert. Dafür muss man sich der Medizin bedienen.

Arbeit und Krankheit

Angesichts der Sozialisationsbedingungen kann die erhöhte Empfindlichkeit der hier betrachteten Gruppe nachvollzogen werden, allerdings gibt dies noch keinen Hinweis darauf, unter welchen Umständen unsere Informantinnen Kopfschmerzen pathologisieren und, wie noch zu sehen sein wird, dafür rechtlich und formell unterstützte Schutzräume beanspruchen. Bevor die Zusammenhänge erörtert werden, in denen sie ihre Kopfschmerzen als Pathologie auf ihren Arbeitsplätzen präsentieren, werden einige konzeptionelle Überlegungen zum Verhältnis von Erwerbsarbeit, Alltagsbeschwerden und Krankheiten darzulegen sein.

Am Arbeitsplatz ist Belastbarkeit gefragt; er ist nicht für Erkrankungen ausgelegt. Die arbeitsteilige Organisation erfordert, dass jede Arbeitnehmerin entsprechend ihrer Position das dort geforderte Leistungsprofil erfüllt und Tätigkeiten in einer synchronisierten Leistungskette erledigt. Anforderungen der Position und Leistungsfähigkeit (in die sich Körpertechniken, Qualifikationen und Umgangsformen einspeisen) sind aufeinander abgestimmt, ansonsten kommt es zu Störungen der Abläufe. Erholung, Krankheit und Rekonvaleszenz sind dagegen der Privatsphäre und dem Krankenversorgungssystem vorbehalten. Auf Dauer gestellte Hilfebeziehungen finden dort in zwei Figurationen statt: einmal die der emotional-diffusen Solidarität in gewohnheitsmäßigen Beziehungen in Familien und Freundschaften, zum anderen die der sachlichen Spezialisierung in der Beziehung zu professionellen Helfern in Form der Krankenrolle, die auch auf das informelle Helfernetz ausstrahlt (Corbin und Strauss 1993, Parsons 1958). Arbeitsbeziehungen sind in der Regel weder das eine noch das andere. Sie sind funktional spezifische Sachrollen, die krankheitsbezogene Dauerhilfen ausschließen.

Konventionell gibt es deshalb auf den Arbeitsstellen ein dichotomes, klar abgegrenztes Verständnis von Krankheit als vollständiger Leistungsunfähigkeit und von Gesundheit als vollständiger Leistungsfähigkeit. In diesem binären Verhältnis ist eine Teilleistungsfähigkeit nur als Ausnahme akzeptiert. Das gilt auch für behindertengerechte Arbeitsplätze, deren Anforderungen und Ausgestaltungen an die Leistungsfähigkeit der Inhaber angeglichen sind. Entweder kann man also alles leisten, was für eine Position erwartet wird, und ist gesund, oder man bleibt zu Hause bzw. im Krankenhaus und ist krank. Davon abgesehen würden Teilleistungsfähige auch die Arbeitsmoral erheblich stören, etwa wenn die Phasen der Leistungsunfähigkeit als Pausen angesehen werden.

Alltagsbeschwerden unterlaufen nun diese Dichotomie. Sie schleichen sich ein und mindern eine Zeit lang die Leistungsfähigkeit, können aber nicht – eben weil sie so alltäglich und Ausdruck üblicher Belastungen sind – als Krankheit angese-

hen werden, wofür man zu Hause bleibt. Gefordert ist folglich, dass solche Beschwerden – Erkältungen, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden – ertragen werden. Solidarisierungen und Hilfe – Trost, Ratschläge, Hausmittel und freiverkäufliche Heilmittel – auf den Arbeitsplätzen zielen auf Arbeitsfähigkeit, nicht auf Leiden und Krankheit. Alltagsbeschwerden werden im polaren Verhältnis von gesund und krank auf der Gesundheitsseite verbucht, und Angeschlagenen wird es als Schwäche ausgelegt, wenn sie ihre Beschwerden nicht angemessen bewältigen. Das bekommen sie dann zu spüren, wenn Schmerzen und Symptome stärker werden und aus der erträglichen Missempfindung eine zunehmende Beeinträchtigung wird, wenn also die Alltagsbeschwerden die Schwelle zur Krankheit überschreiten.

Weil Alltagsbeschwerden alle betreffen, halten sich hierin auch alle für Expertinnen. Alltagsbeschwerden unterliegen vornehmlich informeller sozialer Kontrolle und werden an der Schwelle zur Krankheit mit erhöhtem Augenmerk betrachtet. Die allgegenwärtigen Mitspracherechte bei Beschwerden und die Leistungskalküle des Arbeitsplatzes setzen die Betroffenen in Erklärungsnot. Unsere Informanten etwa müssen dann entscheiden, inwieweit sie ihre Beeinträchtigungen veröffentlichen, bevor ihre Leistungsunfähigkeit sichtbar wird, oder ob sie abwarten, bis sie den Grund dafür nennen.

Herbeiführen affektiver Solidarität

Nach diesen Überlegungen zum Verhältnis von Leistungsmoral und Krankheit wird nun auf die Demonstration der Kopfschmerzen zurückgekommen. Wenn es aufgrund von Kopfschmerzen zur Arbeitsunfähigkeit kommt, sind die Betroffenen auf den Arbeitsstellen diskreditiert (Goffman 1963). Ihre Identität ist beschädigt, und sie bemühen sich um Reparatur. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob die Veröffentlichung der Kopfschmerzen absichtlich oder unabsichtlich geschieht, ob aufgrund von deren Stärke und Dauer oder schlicht weil es keine Möglichkeit zum Verstecken gibt. Wenn die Veröffentlichung keine Einzelepisode ist, die mit geringem Aufwand erklärt werden kann, versuchen unsere Informantinnen, ein stabiles Arrangement zu finden, in dem sie ihre Leistungseinschränkung aufgrund der Kopfschmerzen verhandeln können.

So vermutet Herr Sulzbacher zunächst, dass seine Kopfschmerzen nicht als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit akzeptiert worden wären, als er auf den Anfang seiner Karriere zurückblickt: »In meiner Ausbildung war's sehr schwierig. Da hat jeder gedacht: ›Du willst blau machen‹« (24: 4f.). Später lernt er, dass er seine Kopfschmerzen tatsächlich demonstrieren muss, um die Krankenrolle zugewiesen zu bekommen. Auch im Interview betont er: »Man *sieht's* ja auch. Ich hab 'n sehr verkrampften Gesichtsausdruck« (24: 24). Die Glaubwürdigkeit der Schmerzdarstellung steigt bei gelegentlichen, vielleicht auch einmaligen Zusammenbrüchen, wie in der Erzählung von Frau Gude.

Unsere Informantinnen versuchen – mit unterschiedlichem Erfolg – das Verständnis ihrer Kollegen herbeizuführen und sie emotional auf ihre Kopfschmerzen zu verpflichten. Zunächst geben sie Anhaltspunkte, wie die Schmerzen zu dechiffrieren sind. Zudem solidarisieren sie sich mit ebenfalls betroffenen Kolleginnen, und im Ensemble der Gleichgesinnten werden die Symptome gegenseitig als schwerwiegend bestätigt. Herr Sulzbacher etwa tauscht sich mit Kollegen aus, die ebenfalls Kopfschmerzen haben:

Kollegen kommen immer wieder auf dich zu: »Hier, ich hab' da was in der Apothekenrundschau gelesen [...] Vielleicht hilft's dir« oder Schüsslersalze. [...] Hab' ich Kollegen, die schwören drauf. (37: 5ff.)

Nach und nach stellt sich die Akzeptanz der Kopfschmerzen auf den Arbeitsstellen ein. Bei Herrn Sulzbacher wurde es jedenfalls

mittlerweile besser. [...] Nachdem man dann ein paar Jahre in einem Abschnitt gegessen hat und sich die Leute auch irgendwo damit auseinandersetzt haben, sag' ich mal, ist das auch sehr stark akzeptiert. (24: 4ff.)

Er kann inzwischen auf regelmäßige Hilfe bauen. Die Kollegen »gehen sehr freundlich damit um: ›Ach, wir machen deine Arbeit« (24: 9f.). Nach Ausbruch der Kopfschmerzen wissen sie schon, was zu tun ist, um das Schlimmste abzuwenden und die Situation erträglich zu gestalten. Bei Herrn Sulzbacher hat sich folgendes Arrangement eingestellt: Schon beim Herannahen eines Migräneanfalls geht er

so schnell als möglich nach Hause. [...] Ich muss in mein Zimmer, alles dunkel, hinlegen und so schnell als möglich, bevor der richtige Migräneschmerz anfängt, versuchen einzuschlafen. (23: 26ff.) [...] Die [Kollegen] sehen dann auch schon: »Ja, wenn du heimgehen willst, geh' heim«, sagen sie morgens schon zu mir. (24: 33f.)

Die Kopfschmerzarrangements richten sich an eine verschworene Gemeinschaft, die auf Empfindlichkeitsäußerungen zugewandt reagiert. Mit der demonstrativen Darstellung ihrer Kopfschmerzen geben unsere Informanten den anderen eine Anleitung an die Hand und setzen auf deren Grundlage am Arbeitsplatz Sonderrechte durch. Zentral ist nicht so sehr, dass die anderen die Kopfschmerzen verstehen oder sich einfühlen können – das wird in der Regel gar nicht erwartet –, sondern dass Vereinbarungen für die Übernahme der Tätigkeiten gefunden werden.

Das Problem besteht allerdings darin, dass die informellen Arrangements nicht notwendigerweise von Dauer sind. Frau Mende (34 Jahre alt, Mediengestalterin) spricht dies an. Ihr Vorgesetzter und eine befreundete Kollegin haben Migräne. Ihre eigene Migräne versuchte sie zu verstecken oder zu verharmlosen: Zunächst »wussten die Leute aber noch nicht so Bescheid« (24: 26). Ähnlich wie Frau Gude wird die emotionale Unterstützung durch einen Zusammenbruch mobilisiert. Nach der Veröffentlichung ihrer Migräne durch andauerndes Weinen haben die

Kollegen »zum ersten Mal mitgekriegt, wie schlimm es eigentlich ist« (24: 31f.). Dennoch ebte das Interesse langsam wieder ab. »Der engste Kreis« – der Vorgesetzte und die befreundete Kollegin – versteht ihre Migräne, »die anderen wissen es nicht so wirklich« (5: 31f.). Das emotionale Engagement der Nichtbetroffenen ergibt sich ad hoc, nur durch beständige Reinszenierungen lässt sich die Aufmerksamkeit für die Kopfschmerzen aufrechterhalten. Das ist der Fall bei Frau Ahlgrimm, der im Laufe ihrer langjährigen Tätigkeit zahlreiche Ausgleichs zugesprochen wurden. Ihr Kollege hatte gelernt, einen Migräneanfall schon vor ihrem tatsächlichen Auftreten zu entziffern:

Ich musste immer vorne durch das Büro. Mein Kollege, der dort saß, schaute über den Brillenrand und sagte zu mir, dass ich etwas nehmen solle, es würde jetzt losgehen. Er sagte: »Ich war im Krieg Pferdeaufkäufer in Norwegen.« Deshalb hatte der solch guten Blick. Der sah mir das schon an, bevor ich überhaupt das Erste [die ersten Anzeichen eines Migräneanfalls] merkte. (2: 8ff.)

Mit den laufenden Kopfschmerzdarstellungen und der affektiv-sinnlichen Dechiffrierung werden Kontexte routinemäßiger Schmerzinteraktionen geschaffen, die allerdings auf zufälligen Sympathien beruhen. Frau Ahlgrimm's Beispiel ist ein seltener Fall einer fast symbiotischen Beziehung zu einem Kollegen, mit dem sie in selbstverständlicher Verständigung (ähnlich wie mit ihrem Ehemann) eine routinemäßige Hilfebeziehung eingeht.

In solchen informellen Arrangements zielt die Darstellung der Kopfschmerzen auf Schonung und Dispens am Arbeitsplatz. Dafür allerdings schätzen unsere Informanten ein, was für ihre Kolleginnen noch ertragbar ist, um deren Solidarität nicht über die Maßen zu beanspruchen. In den Kopfschmerzpräsentationen sind deswegen schon die Gesten der Relativierung und der Zurückhaltung enthalten, um den informell gewährten Dispens nicht zu überreizen. Sie sind um Kompromisse bemüht und versuchen das fragile Arrangement zu festigen.

Deutungen von Kopfschmerzen und die Reaktionen darauf hängen vor allem davon ab, ob die anderen überhaupt in der Lage sind, die neuen Körperzeichen zu dechiffrieren. Das heißt, dass das Symbolsystem des Bezugsmilieus definiert, welche Körperzeichen in welcher Weise verstanden werden und daher auch sinnvoll veröffentlichbar sind. Unsere Informantinnen greifen nun in dieses Symbolsystem ein, indem für die Kopfschmerzen Deutungen und Praktiken vorgehalten werden, die die Außenstehenden zu stillen und folgsamen Teilhabern ihres Leidens machen. Um ihre Kolleginnen im Sinn von Goffman (1963) zu entgegenkommenden Mitwissern (zu »Weisen«) zu machen, die die geheimen Leiden teilen, ohne dass sie selbst davon betroffen sind, rufen unsere Informanten, je nach Sichtbarkeit der Kopfschmerzen, entsprechende Reaktionen hervor: Mithilfe beim Überspielen, Hilfe beim Bewältigen oder Entgegenkommen beim Erfüllen der Aufgaben.

Die Kolleginnen und Kollegen werden so zu Mitspielern im Ensemble des Kopfschmerztheaters.

Migräne als Krankheit

Das Beispiel von Frau Mende zeigt, dass man sich nicht auf informelle Arrangements verlassen kann, da sie nicht automatisch greifen, weil Kopfschmerzen nach wie vor in die Rubrik Alltagsbeschwerden fallen. Die auf Sympathie basierende kollegiale Unterstützung ist stets nur auf den einzelnen Fall bezogen und wird begleitet von der Mahnung, etwas gegen die Kopfschmerzen zu tun und sich nicht gehen zu lassen. Die informellen Arrangements beruhen nicht auf Gewohnheit, sondern müssen immer wieder neu erarbeitet werden. So bleibt bei Herrn Sulzbacher das auch für die anderen Informantinnen typische »Gefühl, dass es [die Migräne] bei manchen noch nicht so wirklich akzeptiert ist« (24: 21f.). So ist er sich auch der Unterstützung seines Arbeitgebers nicht ganz sicher und nimmt sicherheitshalber für Fehltage aufgrund von Migräneanfällen Urlaub, anstatt sich krankschreiben zu lassen. Sein Beispiel zeigt die typischen Konfliktlinien am Arbeitsplatz, wo Kopfschmerzen zwischen Alltagsbeschwerden und Pathologie oszillieren: einerseits informelle Unterstützung, andererseits Zweifel der Kolleginnen und Vorgesetzten. Zudem gibt es immer Quertreiber: rauchende Kollegen, Chefs, die Fehlzeiten monieren, Kolleginnen, die sich an der Verdunkelung stören, denen die Mehrarbeit zu viel ist, wenn vorzeitig nach Hause gegangen wird, die die Arbeit mit der Sonnenbrille lächerlich finden oder schlicht an der Stärke der Kopfschmerzen zweifeln, die sie als übertrieben sehen.

Sollen Dispens, Sonderansprüche und Schonung aber nicht mehr nur vom wechselhaften Wohlwollen der Kolleginnen abhängig sein, müssen Kopfschmerzen als Pathologie beansprucht werden. Tatsächlich braucht deren Akzeptanz am Arbeitsplatz die formelle Unterstützung einer ärztlichen Diagnose, sollen Arrangements auf Dauer gestellt werden. Dafür durchsetzungsfähig sind allerdings nicht die normalen Kopfschmerzen, sondern pathologische Etiketten wie Migräne oder Clusterkopfschmerz, ab und an sogar Spannungskopfschmerzen. Damit ist auch die zentrale Rolle der ärztlichen Zuweisung erklärt, auf deren Basis Kopfschmerzarrangements errichtet werden. Während in der Familie oder gegenüber Freunden Kopfschmerzen mitunter als Kopfweg und Übelkeit heruntergespielt werden, wird auf der Arbeitsstelle durchgängig das medizinische Vokabular gebraucht, womit weniger die Stärke des Leidens in Anschlag gebracht wird als vielmehr der Dispens institutionell abgesichert ist.

Die Medikalisierung der Kopfschmerzen beginnt regelmäßig mit dem Eintritt in das Erwerbsleben. Während sie in der Kindheit noch als Alltagsbeschwerden mitgelaufen sind, wird spätestens mit der Berufsausbildung ein niedergelassener Neurologe zur Abklärung und Klarstellung aufgesucht, der dann die Migräne of-

fiziell bestätigt. Wie wichtig ärztliche Atteste sind, zeigt das Beispiel von Herrn Sulzbacher, der keine für ihn zufriedenstellende ärztliche Zuweisung bekommt und sich darüber beschwert.

Herr Sulzbacher erklärt seine Kopfschmerzen zunächst mit der veränderten Lebenssituation, als er für die Ausbildung in eine neue Stadt zieht (was auch ein Hinweis auf die Vorstellung der nichtstofflichen Verursachung ist): »Ich bin in einer anderen Stadt, der Körper reagiert drauf« (12: 23f.). Als sich die Kopfschmerzen hinzogen, ging er zum Hausarzt, der ihn zum Neurologen überwies, der die Migräne diagnostizierte. Herr Sulzbacher bekam Kopfschmerzmedikamente und Alternativtherapien, was nach der Ausbildung und dem Umzug zurück in seine Heimatstadt fortgesetzt wurde. Dort wechselte er mehrmals die Neurologen, von denen er aber enttäuscht ist. Vom ersten vermutet er, dass »er mir nicht wirklich glauben würde, weil halt bei diesen [...] Gehirnstrommessungen nichts 'rüberkam für ihn. Und ich weiß nicht, ob er mich als Simulant dargestellt« (18: 20ff.) hat.

Die Neurologen bezweifeln allerdings nicht die Migräne, schließlich verordnen sie Herrn Sulzbacher Migränemittel und schreiben ihn krank, aber sie gewähren ihm nicht die von ihm erwarteten Erleichterungen:

Ich muss immer wieder am ersten Tag 'ne Krankmeldung [...] vorlegen. [...] Und hab' dann halt mit ihm auch besprochen, wie man dem entgegenwirken kann, dass man zumindest schreibt: »Es sind zwar keine Indikatoren da, aber es ist abzusehen, dass derjenige wirklich Migräne hat.« (18: 26ff.)

In der Versicherungsbranche arbeitend und durch seine gewerkschaftliche Tätigkeit geschult, weiß Herr Sulzbacher, dass mit einer ärztlichen Attestierung Erleichterungen auf der Arbeitsstelle besser durchzusetzen sind, die dann nur noch in einem geringeren Maß vom Wohlwollen der Kolleginnen und der Vorgesetzten abhängen – daher seine Klage über die Ärzte. Er möchte schon beim ersten Anzeichen eines Migräneanfalls zu Hause bleiben und nicht jedes Mal erst bei starken Kopfschmerzen für eine Krankschreibung seinen Arzt konsultieren müssen. Vor allem möchte er für migränebedingte Fehltag nicht den Urlaub opfern. Von den Ärztinnen wird weniger eine effektive Behandlung erwartet, sondern die richtige Diagnose und Atteste sowie die Begründung von Erleichterungen auf der Arbeitsstelle und die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Dass die Kopfschmerzmittel oder die alternativen Therapien nicht richtig wirken, stört Herrn Sulzbacher weniger, der seine Schmerzen durchaus auch mal ohne Medikation auskuriert. Andere Migränepatienten haben mehr Glück mit ihren Ärztinnen und können mit ihren Arbeitgebern Karenzregelungen vereinbaren. Unsere Informantinnen aus den Verwaltungsabteilungen sehen die Ärzte genauso, wie sie sich selbst sehen: als bürokratische Verfahrensarbeiter, die, indem sie über über Krankheit und Gesundheit entscheiden, Ansprüche zu- oder abweisen.

Formelle Arrangements

Mit Diagnosen und Attesten lassen sich vielfältige Privilegien durchsetzen, etwa ein ruhiger Arbeitsplatz mit geringen Expositionen für Migräneanfälle. Frau Mende versucht, wenn ein Migräneanfall heranzieht, »einen Raum zu erwischen, der ein bisschen dunkel ist und wo nicht so viele Geräusche sind« (4: 27). Oder es werden Vereinbarungen getroffen, etwa dass der Arbeitsplatz bei einem Migräneanfall ohne große Umstände verlassen werden darf bzw. freizügige Karenzregelungen bei Fehlzeiten oder flexibel gehaltene Dienstpläne.

Solche Arrangements werden durch Senioritätsrechte, lange Anstellungszeiten, geringe Fluktuation der Kollegen und wenige Arbeitsplatzwechsel gestützt. Frau Gude ist schon 23 Jahre in ihrer Verkaufseinrichtung und war zwischendurch stellvertretende Filialleiterin, auch Frau Ahlgrimm hat ihre Arbeitsstelle nie gewechselt. Herr Sulzbacher ist zwar noch jung und seine Migräne nicht allseits anerkannt, aber er arbeitet an derselben Stelle wie ehemals sein Vater, der ebenfalls Migränekopfschmerzen hat. Herr Heußner nimmt als Gewerkschafter und Behindertenvertreter eine Autoritäts- und Expertenposition ein. Darüber hinaus gibt es auf den Arbeitsstellen nicht nur die üblichen sozialstaatlichen Absicherungen im Fall von Krankheit und Behinderung, sondern zusätzliche betriebliche Vereinbarungen, die gesundheitliche Einschränkungen betreffen (Kündigungsschutzregeln, behindertengerechte Arbeitsplätze, Informationsmöglichkeiten über Alimentationen und ein Mitspracherecht der Arbeitnehmer zur Verteilung der Arbeit). Auch informell herrscht eine im Vergleich zur Privatwirtschaft größere Akzeptanz von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit. Ansprüche auf Schonung können jedoch nur mit einer offiziellen Diagnose im Zusammenhang mit der Darstellung des Leidens durchgesetzt werden.

Mit den vereinbarten Sonderbehandlungen und mit der Unterstützung der Kollegen installieren unsere Informantinnen ein formell und informell abgesichertes Migränearrangement. Damit können zweifelnde Kollegen sogar offen zurechtgewiesen werden, wofür Herr Hellmann ein Beispiel gibt:

Eine Kollegin hat mal was fallen lassen: »Der ist ja so oft krank.« Die hab' ich mir dann gegriffen. Ich hab' gesagt: »Was bildest du dir eigentlich ein, dir hier solche Bemerkungen rauszunehmen?« Hab' ich auch vor versammelter Mannschaft gemacht. (31: 8ff.)

Die Regel sind solche offenen Anklagen allerdings nicht, davon wurde nur einmal berichtet, zumal in der dargestellten Episode die zurechtgewiesene Kollegin ohnehin in der Firma nur schlecht integriert schien, die sie alsbald verließ.

Es ist anzunehmen, dass sich zufriedenstellende Migränearrangements unter dem sicheren Schirm des Sozial- und Arbeitsrechts gut herstellen lassen. Staatliche Verwaltung, Sozialadministration, mittelständische Traditionsbetriebe mit hoher

Mitarbeiteridentifikation oder Großbetriebe mit starkem gewerkschaftlichem Einfluss und überdurchschnittlichen betrieblichen Sozialregelungen haben in der Regel hohe Toleranzen für arbeits- und sozialrechtlich abgestützte Arrangements für chronisch Kranke und Behinderte. Solche Rahmenbedingungen befördern Sicherheitsorientierungen.

Mittels pathologischer Etikettierungen wird zudem die Wahrnehmung der Kollegen für die Kopfschmerzsymptome geschult, sodass sich das Klassifikationssystem der Migräne weiter verdichtet, bis es sich sogar institutionalisiert. Auf dieser Grundlage werden (möglichst) günstige Reaktionen herbeigeführt. Informelle Arrangements werden durch formelle unterstützt und stabilisiert. Das bezieht sich auf die Verteilung der Aufgaben und die Darstellung einer hohen Arbeitsmoral. Migränearrangements können darüber hinaus emotional-sinnliche Züge annehmen. In solchen Fällen spielen neben der Arbeitsteilung quasifamiliäre Solidarisierungen eine Rolle, die typisch für personenbezogene Tätigkeiten sind, was im nächsten Kapitel erörtert wird. Welches Arrangement herbeigeführt werden kann, hängt zu einem großen Teil vom typisch verlangten Tätigkeitsspektrum und den organisatorischen Rahmenbedingungen ab, mitunter aber auch von den Reaktionen einzelner Kollegen und Vorgesetzter, die Ansprüche aufgrund der Migräne aufnehmen, aber auch vollständig abweisen können.

Nichtzufriedenstellende Arrangements

Hin und wieder scheitern allerdings auch die Anstrengungen, ein zufriedenstellendes Arrangement herbeizuführen. Wenn Kopfschmerzansprüche in robusten Arbeitskontexten geltend gemacht werden, können sie abgewiesen werden, weil man sie für Alltagsbeschwerden hält. In unserem Sample kommt das nicht häufig vor, das Beispiel von Frau Sell stellt hier eine Ausnahme dar. Als Abweichung von den üblichen Arrangements werden daran aber die sonst üblichen Praktiken und Strategien sichtbar.

Nachdem Frau Sell (47 Jahre alt) einige Jahre als Erzieherin gearbeitet hatte, begann sie ein Studium der Archäologie, das in eine wissenschaftliche Karriere mündete. Nach Auslaufen der Mitarbeiterstelle an einer Universität findet sie sich in der Rolle einer wissenschaftlichen Hilfskraft wieder, die auch Sekretariatsaufgaben zu erledigen hat, wofür sie überqualifiziert ist. Ihre Kopfschmerzen werden von ihrem Vorgesetzten weitgehend ignoriert:

Der hat das schon mitgekriegt mit dem Kopfweh, aber der will das nicht so wahrhaben. [...] Der kann sich das gar nicht vorstellen, wie das ist, weil der ist so ein Arbeitstier, unverwüsthlich, robust. [...] Wissenschaftler irgendwie, so immer so 'ne Berufung. (26: 11)

Obwohl ihr Habitus einer Leidgeprüften auch von Laien zu entziffern ist, zeigt Frau Sells Vorgesetzter kein Mitleid für ihre Kopfschmerzen. Ihre hohen Ansprüche an ihre Arbeit, die sich am Vorbild des akribischen Professors orientieren, und die unsichere berufliche Position stehen der effektiven Durchsetzung eines stabilen und auf bürokratischen Füßen stehenden Kopfschmerzarrangements entgegen. Die intrinsisch motivierte Arbeitsethik des akademischen Betriebs verhindert augenscheinlich, dass Frau Sell Ansprüche durchsetzen, sich etwa eine Auszeit bei Kopfschmerzen nehmen kann. Auch nach einem Aufenthalt in einer Schmerzklinik und nach der Intervention ihres Lebenspartners beim Vorgesetzten hat sich die Situation für sie nicht geändert. Ihre Migräne wird schlicht abgewiesen.

Das Beispiel von Frau Sell macht die Konfliktlinien in Migränearrangements deutlich, die sich so beschreiben lassen: Auf der einen Seite stehen Kolleginnen und Vorgesetzte, die an der Arbeitsfähigkeit unserer Informanten interessiert sind und die Kopfschmerzen für Alltagsbeschwerden halten, welche zu ertragen sind. Deren informelle Solidarität bezieht sich auf Beschwerden, die jeder einmal hat und die sie für normal halten. Sie sind nicht daran interessiert, dass aus Kopfschmerzen Pathologien werden und sie dadurch möglicherweise Nachteile und Mehrarbeit hinzunehmen hätten. Ihre Strategien laufen darauf hinaus, Kopfschmerzen als Alltagsbeschwerden zu relativieren, über die sie die informelle Kontrolle hätten und für die sie Sanktionsmöglichkeiten bereitstellen könnten.

Für unsere Informantinnen sind die Kopfschmerzen dagegen zu stark, als dass sie wie üblich arbeiten könnten. Mithilfe formeller Arrangements auf der Basis einer akzeptierten Pathologie entziehen sie sich den Zumutungen und der sozialen Kontrolle auf der Arbeitsstelle. Sie belassen ihre Kopfschmerzen nicht mehr dem Zufall und nehmen Schmerzdemonstrationen zum Anlass, Arrangements herbeizuführen, die Schonung, Zuwendung und Dispens gewährleisten, worin sie je nach den Reaktionen auf der Arbeitsstelle unterschiedlich erfolgreich sind. Die medizinischen Diagnosen ziehen eine deutliche Grenze zwischen Gesundheit, wozu auch Alltagsbeschwerden gehören, und Krankheit.

Neue Spielregeln: Subjektivität und Leistungsfähigkeit

Die Medikalisierung der Kopfschmerzen hat allerdings auch Nachteile: Unsere Informanten suchen zwar die Rücksichtnahme ihrer Kolleginnen, aber sie wollen sich auch nicht auf die Identität eines Migränikers als Masterstatus festlegen lassen oder, wenn dies nicht abwendbar ist, diese Identität zumindest mit positiven Eigenschaften besetzen. Man arbeitet immer noch in Leistungsketten, in denen die Arbeitsergebnisse durch Vorgesetzte einfach zu kontrollieren sind oder in denen sich in einem Team zugearbeitet wird. Jedenfalls wird bei Fehlzeiten die Arbeit durch die Kolleginnen mit zu erledigen sein, und man gilt als schwaches Glied in der Leistungskette. Somit richtet sich im Folgenden der Fokus auf rhetorische

Strategien, mithilfe derer dieses Dilemma gelöst werden soll, indem kommuniziert wird, dass der Sonderstatus, der Privilegierungen ermöglicht, desgleichen dafür steht, dass man ein kompetentes Mitglied der Leistungskette ist.

Die Deutungshoheit ihrer Kopfschmerzen erlangen unsere Informanten darüber, dass sie deren solipsistische Subjektivität behaupten, die nicht mit anderen geteilt werden kann: Zwar können die äußeren Zeichen für die Schmerzen dechiffriert werden, aber niemand könne sich darin einfühlen. Zunächst sehen es unsere Informantinnen als eine Zumutung, wenn ihre schweren Migräneschmerzen von den Kolleginnen als Alltagsbeschwerden missinterpretiert werden. Sie befestigen daher die durchlässige Grenze zwischen der Migräne und den Alltagskopfschmerzen, indem sie deren Differenz betonen: Alltagskopfschmerzen seien in der Regel leichter, eigentlich kaum erwähnenswert. Wegen solcher Kleinigkeiten bleibt man nicht der Arbeit fern. Hierbei verweisen sie auf ihre eigenen normalen Kopfschmerzen, die sie ebenfalls hätten. Diese werden dann aber demonstrativ herunterspielt und solcherart den dramatisierten Migränekopfschmerzen gegenübergestellt. Damit sichern sich unsere Informantinnen die Interpretationshoheit: Als Schmerzexperten kennen sie sowohl die Welt des normalen Kopfwehs als auch die Welt der pathologischen Migräne. Die Grenze dieser beiden Welten wird durch den Anspruch befestigt, dass ihre starken Kopfschmerzen individuell und subjektiv sind. Sie können zwar sichtbar gemacht werden, aber unsere Informantinnen bestreiten vehement, dass sie von anderen nachempfunden werden können. Der Anspruch auf Subjektivität wird mit der Behauptung untermauert, dass jeder Kopfschmerz anders sei. Migräne weist schließlich unendlich viele Symptomkonstellationen auf. Die differenzierte Symptomwahrnehmung unterstützt den Anspruch auf eine individualisierende Alleinstellung selbst gegenüber anderen Migränepatienten – jede Migräne ist eben unterschiedlich.

Darüber hinaus betonen unsere Informantinnen, besonders leidens-, vor allem aber leistungsfähig zu sein, wodurch sie hoffen, die Anerkennung der Kollegen zu erreichen und das Stigmatisierungsniveau herunterzuspielen. Zur Demonstration des Leidens gehört deshalb die Demonstration des Vermögens, Schmerzen auszuhalten. Man hat eben nicht einfach »Kopfweh«, sondern ganz starke Schmerzen. Zwar wird der Kopf dafür als vulnerabel dargestellt, ansonsten ist man aber nicht besonders schmerzempfindlich und kann einiges aushalten. In der Diktion des Überlebens einer Katastrophe werden Kopfschmerzen auf der Skala von eins bis zehn bei acht bis zehn verortet, oder man denkt über Selbstmord nach. Verteidigt wird sich gegen die Verharmlosung der Kopfschmerzen und gegen den Vorwurf, sie als Vorwand zu benutzen, um ungeliebte Tätigkeiten nicht ausüben zu müssen oder um Privilegien und Erleichterungen zu erhalten. Wiederholt wird unterstrichen, dass man sich trotz Migräne zur Arbeit quäle – um dann allerdings nach Hause geschickt zu werden – und sich nur bei starken Schmerzen krankmelde. In der Regel aber, so wird immer wieder betont, sei man in der Lage, sie auszuhalten.

Zusammen mit ihrer Leidensfähigkeit akzentuieren jene Informantinnen, die ihre Migräne auf der Arbeitsstelle veröffentlichen, auch ihre hohe Leistungsfähigkeit und weisen so den immer im Raum stehenden Verdacht der Simulation ab, den sie den Kollegen unterstellen. So setzten die Kopfschmerzen von Herrn Sulzbacher auch nicht aus heiterem Himmel ein, sondern in der anstrengenden Prüfungsphase während der Ausbildung. Nachdem er von der Migräne seines Vaters erfahren hat, stellt er dessen und seine eigene hohe Arbeitsethik heraus: »Viel Arbeit, wenig Vergnügen« (2: 18). Auch wenn ein Migräneanfall heraufziehe, »geh' ich lieber nochmal auf die Arbeit und schaff' ein bisschen was, weil man hat ja auch 'n Eigenanspruch« (25: 3f.). Selbst wenn die Kollegen Aufgaben für ihn übernehmen, »bleibt immer jede Menge Arbeit liegen, wenn man halt mal nicht da war. Ich muss es halt dann wieder aufarbeiten« (24: 11f.). Zur Demonstration seiner Robustheit gehört auch sein für biedere Angestelltenverhältnisse auffälliges Erscheinungsbild als Rocker mit Lederjacke und Nietengürtel und die Betonung seiner Männlichkeit.

Leistung als Krankheitswert

Für Herrn Sulzbacher sind Leistungs- und Belastbarkeit Eigenschaften, die mit seiner Person, aber nicht mit der Migräne verbunden sind. Vor allem die Angestellten unseres Samples aber nehmen medizinische Deutungsangebote auf und wenden sie an ihren Arbeitsstellen an, insbesondere jene, die in einer spezialistischen Kopfschmerzambulanz waren und dort gelernt haben, dass Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit Eigenschaften eines Migränikers sind. Frau Gude etwa, die »mit Migräne häufig arbeiten gegangen« (23: 2) ist, betont: »Du wirst hier [in der Klinik] keinen [Migränepatienten] sehen, dem du beim Laufen die Schuhe besohlen kannst« (22: 40f.). Für sie ist die Leistungsthematisierung zwar nicht nebensächlich, aber noch punktuell, bei anderen Informanten aus den Schmerzambulanz ist sie zentral. Das Neue ist hier, dass die Patienten gerade aufgrund der Migräne so leistungsfähig sind, womit das Verhältnis von Schmerz und Leistung umgekehrt wird. Bei den robusteren Arbeitern und den Ingenieurstudenten repräsentieren die Schmerzen die erbrachten Leistungen. Die Angestellten dagegen sehen die besondere Leistungsfähigkeit als offiziellen Teil der Krankheit.

In der Regel vermischen sich Vorstellungen von »Leistung trotz Migräne« und »Leistung wegen Migräne«. Herr Hellmann, ebenfalls Absolvent einer stationären Kopfschmerzambulanz, bringt für seine Arbeitsethik auch die Migräne ins Spiel:

Wenn ich achteinhalb Stunden gearbeitet hab' [...], dann kann ich nichts mehr leisten, weil ich den ganzen Tag bei zweihundertfünfzig Prozent gelaufen bin [...] Ich habe, wenn acht Stunden 'rum sind, eigentlich schon vierzehn Stunden gearbeitet, fünfzehn Stunden. (48f.: 29ff.)

Seine hohe Arbeitsmoral führt er auch gegenüber den Vorgesetzten an: »Was ich meinem Chef mal versucht hab' zu erklären [...], dass ich als Migräniker auch um einiges schneller arbeite als andere« (50: 25f.). Er beruft sich hier auf die Idee des »Migränegehirns«. Mit diesem Medizinargument kann Leistungsbereitschaft an den Arbeitsstellen bei Bedarf als pathologisch ausgespielt werden und festigt so die Migränearrangements. Damit werden gleichermaßen das Leiden und die Leistungsbereitschaft inszeniert. Mit anderen Worten: Es ist ein Zeichen der Krankheit, so viel und so effektiv zu arbeiten, aber gleichzeitig macht diese viele Arbeit krank.

Die Pathologisierung der Kopfschmerzen stößt allerdings auch auf Widerstände. Man könnte also vermuten, dass es zwischen unseren Informanten und ihren Kolleginnen missverständliche Deutungen der Grenzen zwischen den zu beherrschenden Alltagsbeschwerden und den Pathologien der Empfindlichkeit gibt und dass diese Grenzen ständig ausgehandelt werden. Um von den Kollegen nicht als Fehlbesetzung in der Leistungskette aufgefasst zu werden, stellen unsere Informantinnen die eigene Leistungsorientierung gerade mit der Abweichung – den Migränekopfschmerzen – heraus. Sie ändern damit die Regeln des Schmerzspiels, indem sie selbst die Pathologie und deren Merkmale bestimmen. Sowohl Belastbarkeit als auch Arbeitsunfähigkeit werden der Pathologie zugeschrieben und somit die üblichen Zuweisungen von gesund und krank unterlaufen. Damit machen sich unsere Informantinnen unangreifbar und stabilisieren sowohl ihre Arbeitsplatzrechte und als auch ihre Krankheitsprivilegien.

Die Beispiele zeigen, dass es durchaus harter Arbeit bedarf und nicht ohne Gefährdungen ist, zufriedenstellende Kopfschmerzarrangements herzustellen. Mit einer ärztlichen Diagnose wird die Pathologie abgesichert, deren korrespondierende Empfindungen verbalisiert werden und die in Inszenierungen des Leidens sowie der Leistungsfähigkeit Platz greift. Harte Arbeit auch deswegen, weil man nicht auf einen geteilten und selbstverständlichen Sinnhorizont der Empfindlichkeit bauen kann, sondern diesen erst als Migränesemantik durch entsprechend zu dechiffrierende Körperzeichen und durch Zusammenbrüche herstellen muss. In der Regel können sich unsere Informantinnen nicht auf ein solidarisches, gewachsenes Mitgefühl verlassen, zumal Organisationskalküle eben nicht auf expressiven Gefühlen basieren, sondern auf Sachlichkeit und auf dem Beweis, ein kompetentes Glied der Leistungskette zu sein. Die Reaktionen der Kollegen werden aktiv herbeigeführt – kaum etwas ist selbstverständlich daran –, zumal mit den Kopfschmerzen Störungen der Arbeitsabläufe und Irritationen verbunden sind. Wenn es gut läuft, können zumindest instrumentelle Vereinbarungen getroffen werden.

Die symbolische Abgrenzung zwischen den kollektiv geteilten Alltagsbeschwerden und der als subjektiv ausgespielten Pathologie gelingt allerdings nie gänzlich, wenn sowohl das Leiden als auch die Arbeitsfähigkeit darzustellen sind. Genau genommen schließt sich beides nämlich aus, sodass die getroffenen Arrangements

auf tönernen Füßen stehen, weshalb auch die Vehemenz und Entschlossenheit nicht erstaunlich sind, mit denen unsere Informantinnen ihre Ansprüche begründen. Ihre Verteidigungshaltung deutet darauf hin, dass sie im Grunde meinen, ihre Kopfschmerzen eben nicht als normale Missempfindungen beanspruchen zu können, und deswegen glauben, sie dauerhaft thematisieren zu müssen. Der beständige Hinweis auf ihre Leidens- und Leistungsfähigkeit ist letztendlich eine Defensivstrategie, mit der sie ihre unsichere Position überspielen.

3.5 Die solidarischen Empfindlichkeitsnetze der Sozialberufe

Das demonstrative Zurschaustellen von Kopfschmerzen hebt den Leidenden in der Beziehung zu anderen hervor und macht ihn zu etwas Besonderem. Dabei geht es um die Schmerzen selbst – indem sie zur Krankheit werden, gehören sie nicht mehr zum Alltag. Wir haben allerdings auch Informantinnen und Informanten im Sample, deren Schmerzäußerungen im Alltag eingewoben sind und bei denen Schmerzen Gegenstand sinnhafter Beziehungen zu anderen sind. Auch sie gehen zu Ärztinnen und lassen sich behandeln, aber trotz ihrer höheren Körperaufmerksamkeit und -empfindlichkeit stehen ihre Schmerzen nicht unter pathologischem Vorbehalt.

Der Kopfschmerz in sozialen Beziehungen

So fällt auf, dass einige Darstellungen von Kopfschmerzen emotional-sinnliche Elemente enthalten. Herr Bettenhausen (49 Jahre alt, Lehrer) erinnert sich an einen Migräneanfall während einer Autofahrt mit Kollegen: »Dann saßen wir da in einem Auto, die düsterten ja auch ein bisschen aus. Also da ist ja nicht so eine tolle Luft drin.« Diese Zuweisung eines auslösenden Umweltreizes wäre für das demonstrative Zurschaustellen typisch. Herr Bettenhausen fährt aber fort: Sein Kollege habe »von so einer Naturschutzfrau ziemlich eins auf den Deckel gekriegt. Die Stimmung war also irgendwie ein bisschen gedrückt, und da hatte ich das erste Mal so richtig Kopfschmerzen« (17: 9ff.).

Erinnert werden nicht nur die Art und Intensität der Schmerzen, ihr Auftauchen und Verschwinden, sondern auch Stimmungen, sinnliche Wahrnehmungen und Gefühle, zum Beispiel Aufregung und Gereiztheit, sowie die beteiligten Personen und deren moralische Zuschreibungen. Kopfschmerzen sind nicht nur einfach Schmerzen, sie werden auch in einen emotionalen, sinnlichen und atmosphärischen Rahmen gesetzt. Vor allem aber werden sie auf die Qualität der Beziehung zu anderen sowie auf kommunikative Handlungsfähigkeiten bezogen. Herr Bettenhausen berichtet, wie in seiner Partnerschaft mit Migräne umgegangen wird: