

brochen und eine neue Betrachtungsweise gelernt: bezüglich des Leidens in der Kindheit, der fehlgeschlagenen Versuche, daraus zu entkommen, die doch wieder in die alten Verhältnisse geführt haben, und schließlich des inneren schweren Kampfes, sich von den alten Mustern zu distanzieren und ein neues Leben zu beginnen.

Mit der Anwendung der Deutungsfolie des Therapeutischen werden problematische Lebenssituationen regelmäßig als Leiden gesehen, in die auch körperliche Symptome eingewoben werden. Die Deutungen körperlicher Symptome, etwa die Schmerzen der Eltern, die Verletzungen der Kinder und die eigenen Schmerzen, transportieren moralische Einstellungen und legitimieren Lebensentscheidungen. Symptome und Schmerzen werden sowohl als Evidenzen für die falsche Beziehung als auch für die richtigen Entscheidungen hinzugezogen. Anhaltende Konflikte und die Unzufriedenheiten mit der Lebenssituation werden auf erfahrene Leid aus Kindertagen zurückgeführt, das erst durch die Therapie diese Kontur erhält. Verkörperte Evidenzen für den biografischen Zusammenhang zwischen den aktuellen Problemen und dem Leid der Kindheit können Kopfschmerzen sein, die als hypertrophe Elemente von Empfindlichkeit konstituiert werden. Sie dehnen sich aus, überlagern sich mit anderen Symptomen, werden mit weiteren Empfindlichkeitsdispositionen in das Motiv des Therapeutischen eingewoben und verlieren dadurch unter Umständen wieder an eigenständiger Bedeutung. Zentral sind dann nicht einzelne Symptome, sondern der gesamte Symptomkomplex, dessen Elemente austauschbar sind. Auch darin kommt der kommensurable Charakter der Kopfschmerzen im Empfindlichkeitsdiskurs des Therapeutischen zum Ausdruck.

4.2 Lebensentwürfe der Invalidität

Auch in diesem Kapitel werden die Krankenkarrerien der psychosomatischen Patientinnen und Patienten weiterverfolgt. Es wird davon berichtet, wie unsere Informantinnen die in der Klinik erlernten psychosomatischen Auffassungen in ihren Alltagsbeziehungen anwenden. Die therapeutisch gestützten Selbstbilder sind die Grundlage für neue Lebensauffassungen und Lebensentwürfe, mit denen nun auch die Angehörigen konfrontiert werden. Die neuen Wissensbestände platzieren Symptome in die Biografien und verknüpfen sie mit Erinnerungen, die dadurch einen approbierten Wirklichkeitsgehalt erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sie ihre Empfindlichkeitsdispositionen zunächst nur gegenüber denjenigen zur Sprache bringen, die diesen Deutungsrahmen teilen, also vor den Mitpatienten sowie dem Personal der psychosomatischen Abteilung. Sind die Deutungen der Empfindlichkeiten einmal eingeübt, werden sie auch an anderer Stelle angewendet, etwa gegenüber Gutachterinnen in sozialrechtlichen Verfahren, in der Familie oder auf der Arbeitsstelle, wobei jeweils die Gesten und der Empfindlichkeitsausdruck

– das Präsentieren und Andeuten, das verschämte Verschweigen und Relativieren von Symptomen – an die jeweiligen Situationslogiken angepasst werden.

Vorstellungen von einer falschen Biografie bzw. vom falschen Selbst sind nicht ohne Risiko. Die nahen Angehörigen können zunächst nichts mit den neuen Kenntnisbeständen anfangen. Sie identifizieren die Symptome und Krankheiten in den Patienten und suchen deren Ursachen nicht bei sich selbst oder den Umständen des gemeinsamen Lebens. Schließlich glauben sie, ihre Angehörigen immer gut unterstützt und nichts Falsches gemacht zu haben.

Die psychosomatischen Verfahren konstituieren eine dichotome Einteilung der Welt: auf der einen Seite die Gruppe der therapeuterfahrenen Eingeweihten, die die Innenperspektive des neuen und richtigen Selbst unterstützt, auf der anderen Seite die »äußeren Bedingungen« (Frau Wert 36: 13), die alltäglichen Beziehungen, also vor allem die Familie und die Erwerbswelt. Und indem sich Privates und Intimes auf die Therapiegruppe verlagern, errichten die neuen Einsichten eine Grenze zwischen Klinik und Alltag. Die alten, krank machenden Gewohnheiten, so die therapeutische Forderung, seien aufzugeben und durch neue, gesunde zu ersetzen; die Person des Patienten hat im Mittelpunkt zu stehen, muss sich also selbst entsprechend der therapeutischen Vereinbarungen verhalten, ansonsten verbessert sich nichts, und die Krankheit bleibt. Alle anderen haben Rücksicht zu nehmen und ihre Ansprüche zurückzustellen. Die Nähe zu den Angehörigen ist möglicherweise sogar kontraproduktiv. Hier raten Therapeuten zur Enthaltensamkeit und zum Aussetzen der Kontakte, etwa zu den als problematisch gedeuteten Eltern. Aber nicht nur das Unverständnis der Angehörigen ist ein Problem, sondern auch die Anforderungen des Alltags, die in der therapeutischen Weltsicht für unangemessen gehalten werden.

Objektivierungen: Dampfkessel und Körperpanzer

Die neuen Empfindlichkeiten und Deutungsbestände können nur effektiv werden, wenn sie im Alltag, also außerhalb der Therapiegruppe, angewendet werden. Therapeutische Verfahren geben den Patientinnen Werkzeuge und Handlungsskripte an die Hand, womit sie ihre Empfindlichkeitsdispositionen plausibilisieren und ihre gewandelte Weltsicht im Alltag testen können. Ihre Sprache, die neuen Deutungen der Empfindungen und die Weltsicht müssen dabei aber nicht notwendigerweise von den Angehörigen verstanden werden. Tatsächlich werden sie eher vage gehalten.

Die unscharfen und fluiden Wissens- und Gefühlsbestände der Patientinnen sind allerdings auch nur schwer zu kommunizieren. Vor allem stößt die spirituell-esoterisch anmutende Sprache bei den Angehörigen des alten Mittelstandes auf Skepsis. Für Nichteingeweihte ist das Therapeutische eine fremde Welt, die ihren Alltagserklärungen nicht entspricht. Um die neuen Wissensbestände verständlich

zu machen, nutzen die Patientinnen Metaphern. Ein Beispiel dafür ist der Bericht von Frau Wert über ihre Therapien:

Angstattacken, verbunden mit Kopfschmerzen oder Herzrhythmusstörungen und so, hab' ich einfach, wenn ich den Druck nicht mehr loswerden kann, den ich mir selber auferlege und denn natürlich auch durch äußere Bedingungen auferlegt wird. Manche Sachen kann ich nicht ändern, dass ich halt so viel Dienst schieben muss. Ich muss halt nur lernen, damit besser umzugehen. Und hier passiert es mir immer nach den Gesprächstherapien, dass ich mit Kopfschmerzen reagiere, jedes Mal. Weil das staut sich. Ich merk' richtig, das kommt von unten hoch und is dann irgendwann hier oben, und ich warte dann auf das Ventil. Und wenn das dann nicht da ist, sei es durch Weinen oder durch mal Luft machen, dann geh' ich da mit Kopfschmerzen raus. (36: 10ff.)

Frau Wert benutzt als Bild eine Mischung aus Dampfkessel und Durchlauferhitzer – der Kopf ist ein geschlossener Durchlauferhitzer mit einem Eingang und einem Ausgang. Bei Überforderungen »durch äußere Bedingungen« kann die Spannung nach diesem Bild durch die normale Regeneration nicht mehr hinreichend abgeführt werden. Es kommt zu einer explosiven Mischung im Inneren, die durch Ventile reguliert werden. Zunächst besteht das Ventil in ganz normalen emotionalen Äußerungen (»Weinen«, sich »mal Luft machen«) oder eben, wenn die Ventile überlastet sind, in Kopfschmerzen. Wenn zur Druckentlastung auch die Kopfschmerzen nicht genügen, explodiert schließlich der Apparat, was in »Angstattacken« und lebensbedrohlichen »Herzrhythmusstörungen« seinen Ausdruck findet.

Die Vorstellung vom überhitzten Dampfkessel repräsentiert das überforderte und vulnerable Selbst mit seinen destruktiven Emotionen und Symptomen. Der Dampfkessel ist als Gegenstand mit Begrenzungen nach außen, seinem materiellen Gehalt und seinen bekannten Funktionen für die signifikanten Anderen hinreichend nachvollziehbar. Die schwer verständlichen psychologischen Deutungen werden in eine mechanische Metapher übersetzt. Damit scheint auf den ersten Blick vieles verständlich, ohne dass es näher erklärt werden muss. Die Metapher vereinfacht und hält das für emotionale Kommunikation typische Unbestimmte weiterhin unbestimmt, ohne dass die Unbestimmtheit bemerkt wird. Durch die Metaphorisierung wird das Problem in eine Box gepackt und nicht weiter thematisiert.

In der Logik des Therapeutischen kommt die Betriebsfunktion an ihre Grenzen, wenn die eigene Person und die Ansprüche der Patienten nicht authentisch dargestellt werden, desgleichen bei unzumutbaren Belastungen. Auf solche Überforderungen wird dann mit Symptomen reagiert. Da das Innere des Dampfkessels von außen – durch die anderen – nicht einsehbar ist, können Patienten selbst festlegen, wann der pathologische Grenzwert überschritten ist.

Das Motiv des Dampfkessels ist keine Erfindung unserer Informantinnen, es findet sich schon in der psychosomatischen Literatur, etwa bei Cremerius (1978: 42) für Bluthochdruckpatienten:

Diese Menschen gleichen einem Dampfkessel auf dem Feuer, an dem alle Ventile zugeschraubt sind. Der zunehmende innere Druck überträgt sich – und hier geschieht ein Stück normalen physiologischen Ablaufes – auf die Gefäße, deren Druck ansteigt, ohne – und hier beginnt die Pathologie – sich befreien zu können.

Als Antriebsaggregat und Energiereservoir explodiert der Dampfkessel bei Überdruck, wenn seelische Konflikte nicht gelöst werden, wenn Anpassungen an die Umwelt nicht erfolgen, Bedürfnisse unterdrückt oder wenn Emotionen blockiert werden. Die Entladungen drücken sich dann in organischen Störungen, vegetativen Neurosen bzw. Organneurosen aus.

Solche Vorstellungen legen die Verbildlichung der Migräne mittels der vaskulären Theorie nahe: Hohe Anforderungen werden an die Blutgefäße weitergereicht, die ihrerseits anschwellen, wodurch es zu Kopfschmerzen kommt. Die Metapher vom Dampfkessel wird von Frau Wert sowohl im neurokardiologischen als auch psychosomatischen Sinne beansprucht, weshalb der Übergang vom einen in den anderen Vorstellungsbereich gelingen kann. Die unzumutbaren Erwartungen der anderen oder die nicht mehr rückgängig zu machenden und ständig reaktivierten Demütigungen früherer Zeiten bringen das Ventil zum Platzen und den Dampfkessel zur Explosion.

Die Dampfkesselmetapher ist ein Beispiel dafür, dass pathologisch definierte Empfindlichkeitsdispositionen als physio-emotionale Entitäten formiert werden. Ein anderes Beispiel für die Objektivierung von Empfindlichkeitszuständen bringt Herr Brendner ins Spiel, der seine Schmerzen als Zeugnis einer problematischen Kindheit heranzieht. Die harte Arbeit, die er als kleiner Junge im Betrieb seiner Eltern zu leisten hatte, wurde von Letzteren nicht anerkannt. Nach der Ursache seiner Knieprobleme gefragt, erinnert er sich an eine Degradierung durch seine alkoholranke Mutter:

Also psychosomatisch so, wenn ich es jetzt auf die Psyche schiebe. Das erste war Konflikt, Auseinandersetzung, Mutter. Mutter mich angeschrien vor den Angestellten [...] Dann habe ich mich starr, mich steif gemacht. Dann habe ich so das Gefühl gehabt, ich stehe mit dem Unterkörper so in Beton drin, in Zement drin, so richtig angespannt. (6: 230ff.)

Inzwischen ist der seit vier Jahren, nach Auffahrunfällen und nach der Trennung von seiner Freundin, auftretende »dauerhaft massive« (3: 110) Kopfschmerz – »fünfmal die Woche« (9: 379) – als Spannungskopfschmerz diagnostiziert und fester Bestandteil des Krankheitskomplexes, wofür Herr Brendner sowohl mechanische als auch psychologische Erklärungen findet. Er stellt dar, dass die

Kopfschmerzen unmittelbar von seiner körperlichen Anspannung herrühren, und betrachtet sie als Ausstrahlungen von Schmerzen der Halswirbelsäule, die durch den gleichsam »einbetonierten Kindheitskörper« prädisponiert sind, der wiederum als Evidenz der Degradierung durch die Mutter angeführt wird. Auch für diese Metapher gibt es Vorbilder in der psychologischen Expertentheorie, die auf die Vorstellung vom Körperpanzer von Wilhelm Reich (1970) zurückgeführt werden kann und auch von anderen Autoren als gängige Erklärung psychosomatischer Leiden herangezogen wird, etwa für Muskelverspannungen und für Verdauungsstörungen (z.B. Herskowitz 1997, Köpp und Deter 2006).

Die Schwäche der Alltagsdeutungen und die Stärke der Psychosomatik

Die neuen Deutungen der Symptome überspielen die Alltagsvorstellungen. Die Schwäche der Laienerklärungen liegt zunächst am Erscheinungsbild der Kopfschmerzen selbst, deren Symptome uneindeutig, widersprüchlich und ubiquitär sind. Damit können sie von allen möglichen Deutungsmustern beansprucht werden. In den Alltagsdeutungen entziehen sich die Kopfschmerzsymptome nachvollziehbaren und logisch ableitbaren Erklärungen und lassen sich nicht prognostizieren, da sie, wie vielfach von den Patienten geschildert, aus heiterem Himmel auftreten. Interpretiert werden sie erst danach mittels gerade auf der Hand liegender Umstände, die als ursächlich gelten, beispielsweise schlechte Luft, Wetterfühligkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeit, schlechte Haltung oder andere Schmerzen – eben dort, wo gerade Belastungen auftreten. Häufungen, Intensität und Erscheinungsformen von Kopfschmerzen lassen sich auch im lebenszeitlichen Gesamtverlauf nur schlecht prognostizieren, etwa weil sie nach Geburten verschwinden und dann wieder auftauchen, mal in der Arbeitswoche, mal am Wochenende, mal als Spannungskopfschmerz, mal als Migräne. Je nach situativer Rahmung können immer andere Gründe für die Kopfschmerzen angeführt werden, was im Alltag durchaus Vorteile hat, wenn diese Gründe den üblichen Belastungsnormen entsprechen und daher von den signifikanten Anderen geteilt oder zumindest hingenommen werden. Ubiquitäre Deutungen in Verbindung mit vaskulär-mechanischen Theorien für Migräne sind das probate Mittel, um Schmerzen im Alltag zu deuten.

Die fallweisen, alltagsorientierten Erklärungen bieten indes nur eine schwache Legitimation in der psychotherapeutischen Expertenwelt, denn sie verfügen gegenüber deren Deutungen nur über eine schwache Widerstandsfähigkeit, wenn sie nicht mehr durch soziale Netzwerke und Milieus gestützt werden. Das zeigt sich insbesondere bei Patienten mit schwachen sozialen Bindungen wie bei Herrn Hendrich, der keine Partnerin hat, oder bei Herrn Brendner, dessen Partnerin für seine Schmerzen kein großes Interesse aufbringt, oder bei Patienten, die bereits

zufriedenstellenden Kontakt mit psychologischen Wissensbeständen hatten wie Frau Wert.

Vor dem Hintergrund der Zwangslage der Patientinnen vor ihrer stationären Aufnahme sind Alltagsdeutungen von Kopfschmerzen gegenüber psychosomatischen Deutungen wenig durchsetzungsfähig, selbst wenn sie auf neurologisches Basiswissen eines Allgemeinmediziners gestützt sind. Die gewöhnlichen Elemente der Kopfschmerzen, die vorher als Erklärungsmuster eine zentrale Rolle gespielt haben, bekommen einen untergeordneten Stellenwert und werden vor dem Hintergrund der psychosomatischen Theorien akzidentell und belanglos. Patienten blicken nicht mehr in deskriptiver Weise auf ihre Kopfschmerzen, sondern sind durch eine weitgehend formale und kohärente Theorie geleitet, deren Evidenz sie durch die Umdeutung der Biografie erfahren.

In Institutionen, in denen die Patienten zu selbstreflexiven Umdeutungen ihrer Biografie angehalten sind, verlieren Alltagsvorstellungen an Relevanz. Die psychosomatischen Vorstellungen treffen auf den psychologisch meist ungeübten Blick der Patienten mit großem Deutungsbedarf, den sie nun befriedigen können. Die Lehre der Psychosomatik bietet einen weiteren Vorteil, da hier nicht nur Kopfschmerzen Platz finden, sondern auch alle möglichen anderen Symptome. Das ist insofern wichtig, da Patientinnen in der Regel mit multimorbiden Episoden auf die Abteilung kommen, deren biomedizinische Legitimation im Verlauf der Krankenkarrriere abgesprochen wurde und für die sie nun, wenn sie auf den Krankenstand beharren, auch keine Alltagsdeutungen mehr beanspruchen können: Für Schmerzen unklarer Herkunft und Ursache an verschiedenen Körperarealen, für diagnostizierte somatische Erkrankungen, für biografische Altlasten wie frühere psychiatrische Episoden oder Alkoholismus sowie für die eigentlichen psychosomatischen Symptome, weswegen sie dort sind, bekommen sie nun ein überzeugendes Gesamtmodell mit hoher Erklärungskraft an die Hand. Die zunehmende Ansammlung von Symptomen überschreitet die Erklärungskraft einfacher und distinkter Krankheitsdeutungen. Psychosomatische Erklärungen, nun legitimer Ausweis des Krankenstandes, bündeln die zunächst disparaten Erscheinungen, indem sie Deutungen zur Verfügung stellen, die für verschiedenste Empfindungen und Symptome die gemeinsame Basis bilden.

Anwendung der neuen Wissensbestände

Aus den konzeptionellen Ansätzen der Psychosomatik können sich Behandlerinnen und Patienten die Erklärungen für Missempfindungen und Lebensprobleme herausgreifen, die ihnen gerade opportun erscheinen. Zunächst sollen die Anwendungen der neuen Kenntnisbestände auf die Familien angesprochen und dafür auf das Fallbeispiel von Frau Peters zurückgekommen werden, deren Ehemann die häuslichen Arrangements in Gefahr sah. Im Laufe ihres Aufenthalts in der Klinik

lernt sie, dass ihr eigentliches Problem nicht die Fußschmerzen sind (die sie immer noch hat, aber inzwischen nimmt sie mit Freude an der Tanztherapie teil), sondern die Statusbewusstheit der Familie ihres Ehemannes, die sie nie akzeptiert hat: »Sie konnten mich von vornherein noch nie riechen« (29: 4). Insbesondere mo- niert Frau Peters das Verhalten ihrer Schwiegermutter, die zwar ihr Körpergewicht als zu hoch kritisiert, ihr aber trotzdem regelmäßig Kuchen backt und damit ihre Diätanstrengungen nicht nur nicht anerkennt, sondern sogar noch unterläuft. Eine weitere Kränkung besteht im Bevorzugen der Kinder der Schwägerin gegenüber ihren eigenen Kindern und dass man keine Rücksicht auf ihre Essgewohnheiten bei Familienfeiern nimmt. Kopfschmerzen bekommt Frau Peters nun, »wenn ich mich ärgere, wenn ich mich so in was reinsteigere« (12: 4). Dafür führt sie den Ärger mit der Schwiegermutter an, der gleichermaßen alltagsweltlich wie pathologisch ist. Einerseits wird er – im Gegensatz zu den unentwegten Fußschmerzen – von allen verstanden, weil er so alltäglich und so handfest ist, andererseits bietet der Konflikt auf der Grundlage psychopathologischer Deutungen der Lebens- und Leidensge- schichte weitreichende Pathologisierungschancen, wenn er mit der Stressmeta- pher verbunden wird. Mit diesem Deutungsrahmen werden Alltagsverständnisse von Empfindungen als Pathologien lebensweltlich angewendet: Die Leidensarena verschiebt sich von den Fußschmerzen zur Dauerkränkung durch die Schwieger- mutter, welche das Fass zum Überlaufen bzw. den Dampfkessel zum Überdruck bringt und dadurch die Leiden verursacht.

Die psychopathologischen Deutungen der Empfindlichkeiten führen zu neuen Handlungschancen. In der Klinik lernt Frau Peters nun, den Ärger über alles, was sie stört, zu ignorieren, denn der mache alles nur noch schlimmer, wenn sie sich »reinstiegert«: Das bedeutet aber auch, dass sich Frau Peters nicht von familiären Forderungen beirren lassen muss:

Bestimmte Sachen kann ich einfach nicht machen [...], und was dann nicht ge- macht ist, bleibt liegen. Das hab' ich schon gelernt, was liegen zu lassen. [...] Mor- gens um achte bis zwölf nur stehen oder nur irgendwas machen, das kann ich sowieso nicht. (36: 14ff.)

Nun hat Frau Peters zusätzlich zu ihren Schmerzen, die sie scheinbar in den Griff bekommen hat, weitere psychotherapeutisch approbierte Gründe, ihre Haushalts- obliegenheiten bei Bedarf ruhen zu lassen, was auch die Familie verstehen muss.

Wenn Patienten die neuen Wissensbestände aufnehmen, obliegt ihnen nun, die Lücke zur Alltagsanwendung zu schließen und die neuen Deutungen in ihr Le- ben zu integrieren. Dafür gibt es genügend Anschlussmöglichkeiten, insbesondere wenn Selbstoptimierung betrieben wird. Wenn Patientinnen vorher einige Lebens- probleme hatten, wissen sie nun, was alles noch falsch läuft, und finden auch die Schuldigen dafür. Mit der Anwendung der psychosomatischen Lehre kristallisiert sich das Motiv des Psychischen aus dem Strom des Alltagswissens heraus – als

psycho-biografisches Objekt, das ein eigenes Territorium mit eigenen Regeln beansprucht. Etwas Paradoxes geschieht: Beim Versuch, Alltagstauglichkeit wiederherzustellen, beansprucht die Pathologie immer mehr Raum.

Trotz der Stigmatisierungen liegt der Vorteil psychosomatischer Diagnosen auf der Hand: Patientinnen können im Zweifel immer auf problematische familiäre Situationen rekurren und Belastungen als zu starken Stress sehen. Das Subjektive, Unspezifische und Ubiquitäre ihrer Selbstreporte korrespondiert mit der Suggestibilität und Tautologie der psychosomatischen Theorie. Wenn die Klagen der Patienten nur nachdrücklich genug vorgebracht werden, wird den Symptomen ein pathologischer Wert zugewiesen (Ehrenberg 2015, Frances 2014, Shorter 1994, 1999), was selbst skeptische Patienten überzeugt. Jede Situation kann durch das Herausstellen des Angriffs auf Subjektivität bei Bedarf als pathologisch definiert werden, was auch die psychologischen Experten sehen, wie etwa Knapp (1983a: 202):

Da psychischer Stress hier also rein subjektiv definiert ist, kann prinzipiell jede Situation, die zu dem oben genannten Resultat führt [dass keine effektiven Bewältigungsmöglichkeiten verfügbar sind], Stresscharakter annehmen.

Dazu allerdings müssen Patientinnen die entsprechenden Symptome darstellen.

Die Angehörigen: Zum Schweigen verurteilt

Die Fallbeispiele zeigen, dass einzelne biografische Episoden Signalwerte als persönliche Kränkungen zugewiesen bekommen: durch die Schwiegermutter bei Frau Peters, die Mutter bei Herrn Brendner, den abweisenden Vater von Herrn Hendrich oder die Maske des Ehrgeizes bei Frau Wert. Sie alle werden in die Dampfkesselmetapher überführt, die krank machenden Ereignisse somit in den Blick gerückt, um die daraus resultierenden Schmerzen gegenüber therapiefernen Angehörigen plausibilisieren zu können, ohne den Erlebnisinhalt der Ereignisse konkret beschreiben zu müssen. Psychopathologische Diagnosen werden akzeptierbar, wenn sie auf biografische Einzelepisoden heruntergebrochen werden, die zwar Alltagscharakter haben, aber auch als Platzhalter für die gesamte verfahrenre Leidensgeschichte unserer Informantinnen hinzugezogen werden.

Die als signifikant interpretierten Episoden markieren sowohl die Grenzen und als auch die Übergänge zwischen normal und pathologisch. Auf der einen Seite kennt jeder Demütigungen, Unglück und Trauer, auf der anderen Seite werden sie, in den Kontext der Psychotherapie gestellt, für den Therapieunerfahrenen zu etwas Fremdem, das sich am besten als Symptom einer Psychopathologie erklären lässt. Dieses Fremde bekommt durch den Bekenntnischarakter im psychotherapeutischen Milieu etwas Erhabenes, das gar nicht verstanden werden muss und als Mysterium anerkannt wird. Die therapeutischen Metaphern überspielen das Alltägliche der zugrunde liegenden Demütigungssituationen und laden sie mit der

Autorität einer psychologischen Expertise auf. Durch ihre quasireligiöse Erhabenheit sind sie nun gegen Alltagsdeutungen und Relativierungen unanfechtbar.

Die Erklärungen entfalten aufgrund ihrer tautologischen Struktur eine hohe suggestive Kraft: Es reicht, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, dass eine Episode im Leben eine bleibend demütigende und psychopathologisch etikettierte Erfahrung war, um sie zu veranlassen, von ihrer Kritik, ihren Anklagen, Erwartungen und Anforderungen abzulassen. Damit aber kehrt sich die Asymmetrie im Kranken-Gesunden-Verhältnis zugunsten der Patienten um, die nun die anderen zur Übernahme des psychopathologischen Imperativs zwingen können.

In Alltagskontakten werden die pathologischen Erpertendeutungen nicht weiter nachgefragt, nicht verhandelt und auch nicht in Zweifel gezogen. Die Traumatisierung durch eine biografische Episode infrage zu stellen, bedeutet nicht nur eine Kritik an der psychosomatischen Expertenschaft, sondern letztlich auch, die Person der Patientin und deren Anspruch auf das Leiden infrage zu stellen, womit auch die soziale Beziehung zur Disposition stehen würde. Das Gegenteil – also die Normalität der Empfindungen und der Lebensprobleme – lässt sich mit Alltagsmitteln jedenfalls nicht mehr beweisen. Es gibt nur zwei Möglichkeiten: Entweder wird das psychopathologisch etikettierte Leiden von den Angehörigen (stillschweigend) akzeptiert oder die Beziehung aufgelöst. Damit aber werden jegliche Normalisierungsanstrengungen unterlaufen, etwa das Argument, das kränkende und demütigende Erfahrungen zum Leben dazugehören. Was genau eine Kränkung, eine Demütigung oder ein traumatisches Ereignis ist, wird in Therapien herausgearbeitet und obliegt nicht mehr der Hoheit von Alltagskontakten. Die Autorität der Psychosomatik sichert den Patienten schließlich den Wirklichkeitsgehalt ihrer Leiden zu (im Gegensatz zur Psychiatrie, in der – beim Wahnsinn – den Patienten ihre Wirklichkeitssichten abgesprochen werden).

Somit wird eine pragmatische Lösung erreicht: Im Kreise der Familie können die Empfindlichkeiten ins Spiel gebracht werden, ohne dass es notwendig ist, ihre Ursachen zu thematisieren oder vage und dunkle Vorstellungen des seelischen Befindens darzustellen. Die neuen Krankheitsvorstellungen verurteilen die Angehörigen zum Schweigen: Die therapeutischen Erlebnisinhalte sind eben subjektiv und können daher nicht geteilt werden – auch nicht im Kreis der Familie. Mit diesem Manöver wird sowohl die Krankenrolle der Patientinnen als auch die Kooperationsbereitschaft der Angehörigen aufrechterhalten, wobei sich die Machtpositionen umkehren: Aus der Pflicht zur Mitarbeit an der eigenen Gesundheit wird das Recht auf Krankheit, aus dem solidarischen Entgegenkommen der Gesunden die Erwartung, dass sie sich an die Bedürfnisse der Kranken und ihren Lebensstil anpassen.

Ehrenhafte Invalidität

Patientinnen versprechen sich vom Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung nicht nur die relative Besserung ihres gesundheitlichen Zustandes, sondern auch die Lösung ihrer Lebensprobleme. Als Mittel dafür sehen sie Ausgleich und Leistungen aus dem Rechts- und Sozialsystem. Auffallend ist, dass fast alle Befragten Ansprüche auf sozialstaatliche Transferleistungen erheben oder Leistungen schon bekommen. Die Krankheitschance besteht darin, dass die befristete Zwangslage in einen Lebensentwurf der ehrenhaften Invalidität überführt wird. Das müssen nicht immer Lohnersatzleistungen sein, ebenso können Verbesserungen auf dem Arbeitsplatz durch einen symbolischen Ausgleich, etwa Behinderungsgrade, erreicht und die angestrebte Frühberentung befördert werden. Hier einige Beispiele:

Frau Peters befindet sich bei Gleichstellung mit dem Behindertenstatus nach einer gescheiterten beruflichen Wiedereingliederung in einem ruhenden Arbeitsverhältnis, gleichzeitig ist ein Verfahren mit der Unfallversicherung anhängig. Frau Reiser versuchte ebenfalls, Ansprüche aus der Unfallversicherung durchzusetzen, ist inzwischen befristet frühberentet und strebt eine Entfristung an. Frau Jonas hat einen Behinderungsgrad von 60 Prozent und strebt ebenso wie Frau Ingram eine Frühberentung an. Auch Frau Wert hofft auf eine Frühberentung, alternativ dazu denkt sie über eine berufliche Verbesserung in ihrem Arbeitsfeld nach, für die sie gegenüber dem Arbeitgeber ihren gesundheitlichen Zustand ins Feld führt. Herr Hendrich ist seit einem halben Jahr krankgeschrieben und hat ein Rechtsverfahren gegen den Arbeitgeber angestrengt. Bei ihm wurden während des stationären Aufenthalts Hautprobleme gefunden, die seiner Tätigkeit als Koch vermutlich ohnehin entgegenstehen. Frau Schaumberg wurde vor zehn Monaten gekündigt sie befindet sich ebenfalls im Rechtsstreit mit dem Arbeitgeber. Frau Koch (62 Jahre alt, Raumpflegerin) ist bereits entfristet frühberentet. Sie befindet sich seit dem Alter von 41 Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Herr Brendner und Frau Wiederkopf haben keine Aussagen zu ihrem sozialrechtlichen Status und ihren Aspirationen gemacht. Herr Brendner ist prekär selbstständig, war vor fünf Jahren über anderthalb Jahre krankgeschrieben und ist seit drei Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Frau Wiederkopf hat nach acht Jahren Arbeitspause wieder eine Stelle angetreten, auf der sie ein Jahr arbeitete, aber mit der sie nicht zufrieden ist. Wegen einer Angststörung hat sie sich in die Psychiatrie einweisen lassen und wurde nach kurzem Aufenthalt auf der psychosomatischen Abteilung aufgenommen. Ihr Ehemann hat einen Burn-out und wird seit einem halben Jahr wegen Depressionen behandelt. Solche Verläufe der Symptomeskalation, der Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation bei längeren Arbeitspausen oder Krankschreibungen sowie vorhandene Kenntnisbestände der medizinischen Versorgung weisen auf den Wunsch nach Transferleistungen hin.

In Anbetracht dessen, dass viele unserer Informantinnen eine entfristete Erwerbsminderungsrente oder Erleichterungen auf der Arbeitsstelle über eine Gleichstellung mit dem Behindertenstatus anstreben, beziehen sie neben den Kalkülen der Familie und der medizinischen Versorgung auch die Kalküle der sozialstaatlichen Bürokratie in ihre Handlungsstrategie mit ein. Die unterschiedlichen Kalküle in diesen Arenen werden vereinbart und zu einem kohärenten Lebensentwurf koordiniert. Sozialstaatliche Zuweisungen (als symbolische und tatsächliche Erleichterungen bei der Erwerbsarbeit) und Transferleistungen (als Einkommensersatz) tragen zur Sicherung der Existenz bei und sind deshalb nicht nur in ökonomischer Hinsicht eine Grundlage für die neuen Lebensentwürfe, sondern auch bedeutsam für die Zuweisung einer respektablen Identität, denn die Alimentierung der Krankenrolle bedeutet die Legitimierung der Alltagsunfähigkeit. Symptome, gekleidet als Diagnosen, erhalten solcherart einen monetären und symbolischen Wert im Austausch mit dem Sozialstaat (statt auf dem Arbeitsmarkt).

Mit der Inkorporierung der neuen Wissensbestände legen sich die Patientinnen in der institutionellen Sphäre auf eine pathologische Identität fest, was sich sowohl auf die Behandlung als auch die sozialstaatliche Alimentierung stützt. Die medizinische Behandlung sichert zwar die Krankheit, aber keine dauerhafte staatliche Unterstützung, die erst durch sozial- und versicherungsrechtliche Zuweisungen erfüllt werden, insbesondere bei Lohnersatzleistungen. Aus der befristeten Krankenrolle soll die auf Dauer gestellte Ehrenhaftigkeit der Invalidität werden, die einigen unserer Informantinnen die halbwegs zufriedenstellende Reorganisation ihres Lebensentwurfs ermöglicht, indem trotz Erwerbsunfähigkeit ein akzeptiertes Mindestmaß an Alltagsfähigkeit beibehalten wird und in der Familie eingesetzt werden kann. Zudem erfährt die Pathologie in Form sozialstaatlicher Transferleistungen bei den Angehörigen Anerkennung.

Es gibt allerdings drei Patientinnen im Sample, von denen wir wissen, dass sie keine Lohnersatzleistungen beantragt haben, auf die aus Gründen der Kontrastierung kurz eingegangen wird: Frau Lender (50 Jahre alt, Sachbearbeiterin) fühlt sich auf ihrem Arbeitsplatz sehr wohl und strebt keinen weiteren Dispens von der Arbeit an. Sie hat zwar Alkoholprobleme und war unmittelbar vor der Aufnahme in die psychosomatische Abteilung in einer Entzugsklinik, aber sie berichtet auch von Arbeitskollegen, die viel Verständnis für ihre gesundheitliche und soziale Situation aufbringen. Über das Betriebsklima in ihrem Kommunalbetrieb sagt sie: »Find' ich schon toll, dass man an die Arbeit geht, weil man weiß, es geht einem da besser« (11: 20). Die Arbeit bedeutet für sie Erholung und Ablenkung von den Problemen, die sie zu Hause hat: Sie pflegt ihre demente Mutter und ist unzufrieden mit ihrem Partner, von dem sie sich eine engere Bindung und mehr Zuwendung wünscht, der ihr bei den Pflegetätigkeiten aber nicht zur Seite steht. Kurz auch zu Frau Mock (31 Jahre alt) und Frau Herwig (35 Jahre alt), beide Sozialarbeiterinnen, die schon län-

ger wegen depressiver Episoden in psychotherapeutischer Behandlung sind. Beide sind Berufsanfängerinnen, allerdings nicht in einem typisch sozialarbeiterischen Feld, und mit ihren Partnerschaften unzufrieden.

Die drei Patientinnen geben wenige Motive für sozialstaatliche Transferleistungen bzw. eine Freistellung von der Arbeit an: Frau Lender erfährt dort trotz ihres Alkoholismus Sicherheit, Zuwendung und Gratifikation, was sie zu Hause vermisst. Und für die beiden jüngeren Patientinnen wäre eine Erwerbsminderungsrente aufgrund ihres Lebens- und Erwerbsalters kaum existenzsichernd und müsste durch andere sozialstaatliche Leistungen bei entsprechenden sozialen Kontrollen aufgestockt werden. Selbst ein mittlerer Lebensstandard lässt sich damit nicht erreichen. Für sie wäre eine Frühberentung aufgrund von Psychopathologien nur mit hohen sozialen Verlusten und der Verschärfung privater Probleme zu erreichen, da ihr Ansehen beim Partner darunter leiden würde. Vor allem aber gibt es für diese Patientinnen andere attraktive Lebensentwürfe der Familien- und Arbeitsbiografien, zumal Sozialarbeit ein flexibles Berufsfeld ist, in dem psychische Probleme und abweichende Biografien weitgehend toleriert werden.

Die Fallbeispiele zeigen, dass Invalidisierungen mit der Akzeptanz der jeweiligen Bezugsgruppe sowie der Bilanzierung des Erwerbsverlaufs und der Erwartung eines weiterhin niedrigen Einkommens korrespondieren. Einen zentralen Hinweis dafür gibt das Lebensalter, insbesondere die Dauer bis zum Erreichen des regulären Renteneintrittsalters. Bei unter 40-jährigen Patientinnen ist die Invalidisierung eher eine Episode, da eine Dauerindividualisierung nicht von den Partnern mitgetragen wird, die Leistungshöhe aus Sozialstaattransfers nicht bedarfsdeckend ist und andere Lebensziele noch offen sind. Immerhin lassen sich mit einem Behindertenausweis bereits aktuell Privilegien durchsetzen, die Ehrenhaftigkeit der Pathologien wird bestätigt, und es besteht die Option einer späteren Invalidisierung. Für die über 50-jährigen bildet Invalidität eine ernstzunehmende und auch von der Familie mitgetragene Option, insbesondere wenn die Höhe der späteren Rente absehbar gering ist, sodass sich Anstrengungen auf den Arbeitsmarkt bei geringen Verdienstchancen kaum noch lohnen und stattdessen Familienarbeit in den Vordergrund der Alltagsgestaltung rückt, die mehr Anerkennung verspricht.

Die Koordination der Arenen

Die Aushandlungen über die neuen Lebensarrangements finden in unterschiedlichen Arenen statt – Familie, Arbeitsstelle, Medizin, Begutachtung –, wobei Ergebnisse und Zwischenergebnisse von Aushandlungen der einen Arena jeweils als Einsätze in den anderen ausgespielt werden. Patientenkarrieren verlaufen deshalb auf mehreren korrespondierenden, teilweise parallelen Pfaden, die die Patienten zusammenführen. Hier soll wieder an die Zwangslage ihrer Festschreibung auf

den Krankenstand bei der ausgeschöpften biomedizinischen Versorgung erinnert werden, die sie in die psychosomatische Versorgung geführt hat. Auf die Logiken des Sozialrechts, an denen sie unter Betonung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche festhalten, ist nun näher einzugehen.

Um das Handeln in den verschiedenen Arenen zu koordinieren, sind Kompromisse und Koalitionen notwendig. Die Patienten sind schließlich nie ganz krank, aber auch nie ganz gesund, das Verhältnis, in dem Krankheit und Gesundheit zueinander stehen, kann sich also je nach Bedarf und Anforderung verschieben. Die Darstellung von Alltagsfähigkeit und Alltagsunfähigkeit unterliegt dann strategischem Kalkül, je nach Handlungsinteresse und Bezugsgruppe. Die Familie hat etwa ein Interesse an Transferzahlungen durch Sozial- oder Unfallversicherungen, insofern unterstützt sie gegenüber den Offiziellen die Darstellung der Symptome. Allerdings wird intern an der Normalisierung des Familienlebens gearbeitet und ein Mindestmaß an Alltagsfähigkeit verlangt. Auch gegenüber dem Arbeitgeber muss der gute Wille demonstriert werden, soll eine vorzeitige Kündigung vermieden oder Unterstützungen aufrechterhalten werden. So wird in betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen (nach dem »Hamburger Modell«) die Arbeit regelmäßig nach längeren Krankschreibungen mit zunächst geringer, sich dann aber erhöhender Stundenzahl wieder aufgenommen, um sie allerdings wegen anderer Erkrankungen oder wegen Überforderung wieder auszusetzen. Mit dieser Hinhaltestrategie wird sowohl der Arbeits- und Gesundheitswillen demonstriert als auch Invalidität gegenüber den Gutachterinnen dargestellt. In den verschiedenen Koalitionen und Vereinbarungen werden Patientinnen so auf ihre Symptome verpflichtet, die durch die Aussicht auf sozial- und versicherungsrechtliche Ansprüche festgeschrieben und dementsprechend dargestellt werden.

Psychosomatische Krankenkarrerien sind regelmäßig Sozialstaatkarrerien bzw. zielen auf sozialstaatliche Transferleistungen und Privilegierungen ab oder werden damit rationalisiert, um wenigstens kleine Erfolge vorweisen zu können. Wenn die Selbstoptimierungen der Patienten darauf abgestellt sind, werden Empfindlichkeiten nicht mehr relativiert und bekommen die dauerhafte pathologische Statur von Krankheitssymptomen, mit denen die intendierten Freiräume und Ziele beansprucht werden. Die Rolle des psychosomatisch Erkrankten wird zur zentralen Identitätsdimension, zu einem Masterstatus (Goffman 1963).

Es sind noch einige Worte zu den Kopfschmerzen zu sagen, die scheinbar aus der Arena der umkämpften Symptome verschwunden sind. Mit zunehmender Invalidisierung verändern sich Empfindlichkeitsdispositionen, Symptome und Aufmerksamkeiten, mit denen der Körper betrachtet wird. Auch Kopfschmerzen durchlaufen einige Veränderungen, sie verschwinden aber nie ganz. Das hat auch damit zu tun, dass wir an Patienten mit Kopfschmerzen herangetreten sind. Aber Deutungen verändern sich: Aus normalen Kopfschmerzen wird eine Migräne, daraus wieder Spannungskopfschmerzen, die schließlich in den psychosomatischen

Symptomkomplex eingehen. Es sind aber auch andere Symptomkarrieren möglich. Für die Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche spielen Kopfschmerzen als distinkte Diagnose allerdings nur eine geringe Rolle. Sie sind Symptome, mit denen sich nicht viel erreichen lässt, aber sie sind eben auch eine anerkannte Diagnose, die nicht umkämpft zu werden braucht. Im Begutachtungsgeschehen sind sie also eine sichere Bank, die nicht weiter demonstriert werden muss. Kopfschmerzen können aber strategisch platziert werden, wenn sie sich mit anderen Symptomen verknüpfen und nicht einfach nur zur Diagnose dazuaddiert werden. Als Symptomverstärkung unterstreichen sie sowohl psychosomatische als auch somatische Symptome. Für die Zuweisung von Ansprüchen sind sie damit zwar nicht ausschlaggebend, aber doch ein willkommenes und stabiles Zusatzsymptom, das mitgenommen wird.

Die Gemeinschaft der Invaliden

Die psychosomatischen Einrichtungen folgen den Logiken des therapeutischen Skripts, dessen Semantik der Selbstverwirklichung die Patientinnen aber genauso wenig beherrschen wie die Symptompräsentation vor den Biomedizinern. Unseren Informantinnen mangelt es an Fähigkeiten zur Dauerreflexion des Selbst und an der angemessenen Darstellung ihrer Emotionalität, die das therapeutische Skript verlangt. Ihr Selbst sehen sie zunächst nicht als reparaturbedürftig und wandelbar, vielmehr als festgelegte Entität an und verweigern die von Therapeuten und Ratgebern geforderte Dauerreflexion und Dauerveränderung. Vor allem beharren sie auch weiterhin auf einer physiologischen Erklärung ihrer Symptome. Solche Patientinnen sehen Therapeuten als konventionelle Ärzte, von denen sie Heilung erhoffen.

Ein Hinderungsgrund für die Habitualisierung therapeutischer Semantiken besteht in den sozialen Herkunftsmilieus, in denen die Emotionalisierung von Beziehungen auf Unverständnis stößt. Mit der Therapeutisierung von Empfindlichkeiten als Vehikel für Selbstverwirklichung lassen sich etwa in den gewerblichen Milieus keine Gewinne erzielen, die Patienten werden dort eher stigmatisiert. Der Überschuss an Subjektivität geht, im Gegensatz zu den mittleren und gehobenen Dienstleistungsberufen, ins Leere und nicht in ein typisches Spektrum von Anforderungen der Erwerbsarbeit oder des Erlebnisraums des Konsums ein. Sowohl im Feld der Biomedizin als auch der Therapie fehlt solchen Patientinnen das kulturelle Kapital, ihre Symptome in den jeweiligen Darstellungslogiken auszudrücken und in akzeptierte Expertensprache zu überführen. Beide Semantiken – die der Therapie und der Biomedizin – sind relativ voraussetzungsvoll und werden nicht immer beherrscht und erfolgreich angewendet.

Bis noch in die 1980er-Jahre drohte solchen Patienten die Psychiatrisierung, was sie in der Regel abzuwenden versuchten, indem sie ihre Symptome nicht mehr

ins Spiel brachten bzw. sie mit Alltagsdeutungen belegten (Shorter 1994). In den Fallgeschichten aus dem Sample der Psychosomatik sind Reste dieser Gefahr noch präsent. Die Leiden der Patientinnen finden inzwischen den sanfteren Pfad der Psychosomatik. Diese beruht zwar auf therapeutischen Kenntnisbeständen, geht aber nach anderen Logiken als denen der Selbstverwirklichung vor – vor allem weil Patienten diese Kenntnisbestände nur unfreiwillig übernehmen und die geforderten Selbstveränderungsprozesse nicht als Daueraufgabe sehen. Patienten sind dort weder konventionelle Kranke noch therapeutische Selbstverwirklicher. Allerdings bietet ihnen dieser Versorgungstyp die Möglichkeit, sich sowohl als Kranke als auch als Selbstverwirklicher sehen zu können, ohne solche Rollen tatsächlich zu authentifizieren.

Können Patienten keine der beiden Rollen erfüllen, mit denen Empfindlichkeiten pathologisiert werden, bietet die Zuweisung einer Invalidenrolle, die vom Sozialstaat zur Verfügung gestellt wird, eine Lösung. Damit ist die Unfähigkeit der Rollenerfüllung in vielen Bereichen, insbesondere denen der Erwerbsarbeit, auf Dauer gestellt. Das unterscheidet sie von der Krankenrolle, in der die Akzeptanz von Unfähigkeiten befristet ist. Invalidität beruht auf dem Ausbau von Rechten zugunsten von Pflichten und verstaatlicht Krankheit als Dauerzustand. Krankheit wird zu einem Geschäftsmodell, und die Symptome werden zu einem Tauschmedium mit den Versicherungs- und Sozialrechtsbürokratien. Im Sozialstaat, der die lebensweltlichen und familiären Sorgebeziehungen ergänzt, wenn nicht gar ersetzt, fühlen sich Patienten weitgehend aufgehoben, selbst wenn sie über die geringe Alimentierungshöhe klagen. Die einst subsidiäre und für Ausnahmen vorgesehene sozialstaatliche Leistung wird zur allgemeinen Erwartung, die auch die Ehrenhaftigkeit der Symptome einschließt.

Invalidität bietet die Möglichkeit, Lebensentwürfe zu optimieren, die von angestrebten Normalitätsentwürfen und den Erwartungen an ein gutes Leben abgewichen sind, ohne allerdings Eigenmittel, Symptome ausgenommen, einzusetzen. Damit wird nachvollziehbar, dass die erwartbare und regulierte Alimentation von Invalidität durch die Gemeinschaft der Steuer- und Beitragszahler die Modulation und Darstellung von Symptomen stabilisiert. Im Zuge des Tauschprozesses müssen Symptome ständig präsentiert werden mit dem Effekt, dass sie nach dem Erreichen der Frühberentung oder des Behindertenstatus als Empfindlichkeitsdisposition habitualisiert sind.

4.3 Schmerzmedizin: Das leistungsfähige Migränegehirn

In den bisher behandelten Teilstudien haben Kopfschmerzen zumeist eine vergleichsweise schwache Statur innerhalb der dort typischen Anforderungen eingenommen – sowohl in den sozialen Milieus als auch in der psychosomatischen