

Markus Wiencke

Wahnsinn als Besessenheit

**Der Umgang mit psychisch Kranken
in spiritistischen Zentren in Brasilien**

"

....."Dgt n pgt 'Dgkt @ g| wt 'Gvj pqmi lg''Dcpf '3:

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Gedruckt auf holz- und säurefreiem Papier, 100 % chlorfrei gebleicht.

© Weißensee Verlag, Berlin 2009
Simplonstraße 59, 10245 Berlin
Tel. 030/29 04 91 92
www.weissensee-verlag.de
e-mail: mail@weissensee-verlag.de

Zuerst erschienen im IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation,
Frankfurt a. M./London, 2006

Alle Rechte vorbehalten

Umschlagbild: Michael Dornbierer / www.aemde.ch
Bildgestaltung: Volker Loschek / www.pix-fx-design.de

Printed in Germany

ISSN 1610-6768
ISBN 978-3-89998-171-1

Inhalt

Vorwort von Manfred Zaumseil	7
Danksagung	9
1 Einleitung	11
1.1 Kultur in Psychiatrie und Psychologie	11
1.2 Untersuchung in Recife, Brasilien	14
1.3 Die einzelnen Kapitel	15
2 Einführung in die Thematik	19
2.1 ICD-10 und DSM-IV	19
2.1.1 Geschichte und Aufbau	19
2.1.2 Kritik	21
2.2 Sozialwissenschaftliche Zugänge zu psychischer Krankheit	23
2.2.1 Kulturdefinitionen	23
2.2.2 Kulturelle Strömungen in Psychiatrie und Psychologie	24
2.3 Alltagsvorstellungen	28
2.3.1 Soziale Repräsentationen	30
2.4 Relationale Sichtweisen	37
2.4.1 Sozialer Konstruktivismus	38
2.4.2 Selbstkonzept	39
2.5 <i>Candomblé, Umbanda und Kardecismo</i>	41
2.5.1 <i>Candomblé</i>	41
2.5.2 <i>Umbanda</i>	46
2.5.3 <i>Kardecismo</i>	49
3 Fragestellung	51
3.1 Formulierung	51
3.2 Begründung	52
4 Psychisch Kranke in den untersuchten Zentren	55
4.1 Methodischer Zugang	55
4.1.1 Demographische Merkmale	56
4.1.2 Transkription	56
4.2 Einführung	58
4.3 Soziale Daten	71

4.4	Die untersuchten Zentren	72
	4.4.1 Der <i>Candomblé</i> - und <i>Umbanda</i> -Tempel	72
	4.4.2 <i>Candomblé</i> und Psychiatrie	79
	4.4.3 Das kardecistische Zentrum	81
	4.4.4 Das parapsychologische Institut	85
4.5	Krankheitskonzepte	85
	4.5.1 Hintergrund	85
	4.5.2 Bezug zur Psychiatrie	86
	4.5.3 Spirituelle Probleme	90
	4.5.4 Besessenheit als Kontinuum	95
	4.5.5 Medien	102
	4.5.6 Relationale Offenheit	107
4.6	Der Umgang mit Menschen, die spirituelle Probleme haben	115
	4.6.1 Einführung	115
	4.6.2 Liminalität	117
	4.6.3 Heilungsprozess	120
	4.6.4 Soziale Integration	125
5	Diskussion der Ergebnisse	141
5.1	Selbstreflexion	141
	5.1.1 Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau	143
	5.1.2 Projektion und Rollenzuschreibung	146
5.2	Bewertung der Ergebnisse	148
	5.2.1 Theoriebildung	148
	5.2.2 Stärken und Schwächen der spiritistischen Konzeption	149
	5.2.3 Hilfreiche psychologische Ansätze	156
6	Schlussbemerkungen	159
7	Glossar	161
8	Literaturverzeichnis	165

Vorwort

Das, was es als Wahnsinn oder Geisteskrankheit – oder wie immer es benannt wurde und in Erscheinung trat – schon immer gab, wurde in Westeuropa zur Schizophrenie mit den spezifischen Bedeutungen und Bewertungen, die auf die so Identifizierten zurückwirken. Schizophrenie als inzwischen in der euroamerikanisch dominierten psychiatrischen Wissenschaft definiertes Phänomen ist relativ spät zusammen mit der westlichen Moderne entstanden und teilweise als Gegenbild der darin ausgearbeiteten Konzeption eines spezifischen Verständnisses der Person herausgearbeitet worden. Die biologischen Wurzeln des Modells der Schizophrenie verknüpfen den Wahnsinn mit der Natur des Menschen, wobei in der euroamerikanischen Tradition Natur und Kultur meist als Gegensätze gesehen werden und der Körper der Natur zugerechnet wird. Folgenreich war die Vorstellung einer der Schizophrenie innewohnenden Chronizität mit lebenslangem Defekt, progressiver Verschlechterung und schwerer Behinderung. Im Austausch mit solchen Vorstellungen kam es zu teilweise stigmatisierenden Praktiken im Umgang mit psychisch Kranken, materialisiert in stabil gebauten psychiatrischen Einrichtungen und eingelassen in kulturspezifische Vorstellungen über Geisteskranke. Gegenwärtig kann man im euroamerikanischen Bereich widersprüchliche Tendenzen beobachten. Nach einer Phase der Enthospitalisierung und Anstrengungen der sozialen Integration kommt es zu einer zunehmenden Medikalisierung der Schizophrenie, wieder zunehmender sozialer Exklusion, aber auch zunehmender Befähigung und wachsenden Partizipations- und Selbstbestimmungsansprüchen der Laien. Es gibt gute Gründe davon auszugehen, dass das Verständnis von psychischem Kranksein, der Umgang mit psychisch Kranken, das Ausmaß von Integration oder Exklusion und das Ausmaß der Gewährung von Hilfe ein stark kulturell bestimmter Vorgang sind.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass wir mit unseren Vorstellungen und Praktiken eine kulturell spezifische Wirklichkeit im Umgang mit psychischem Kranksein schaffen, die sehr folgenreich für psychisch Kranke ist, und die Untersuchung radikal anderer Verständnisse von Geisteskrankheit und ganz anderer Praktiken des Umgangs damit wird interessant und

hochaktuell. Markus Wiencke hat genau dieses Interesse an den Folgen eines anderen „Entwurfs der Wirklichkeit“ für den Umgang mit denen, die wir psychisch Kranke nennen, und an den dann vielleicht ganz anderen Selbstverständnissen dieser Menschen.

Er hat nicht über solche anderen Verständnisweisen spekuliert, sondern es ist ihm gelungen, einen soliden empirischen Zugang – basierend auf teilnehmender Beobachtung und vielfältigen Interviews – zu gewinnen. Mit seiner Untersuchung der Einbeziehung von psychisch Kranken als Menschen mit „spirituellen Problemen“ in den Alltag spiritistischer Zentren in Brasilien war er dabei und involviert, und er lässt den Leser material- und bildreich daran teilhaben – und es ist ihm trotzdem hervorragend gelungen, eine analytische Distanz zu seinem Untersuchungsgegenstand zu wahren und herauszuarbeiten, was es für die Beteiligten sowohl praktisch als auch theoretisch bedeutet, die Wirklichkeit anders zu verstehen. Es ist für den, der sich in das Buch vertieft, ein spannendes Leseabenteuer, während dessen man angeregt wird, die Kulturbestimmtheit eigener Verständnisse zu überprüfen.

Manfred Zaumseil

Danksagung

Durch die Vermittlung des amerikanischen Psychologen Prof. Dr. Stanley Krippner konnte ich nach Recife reisen und dort meine Untersuchung durchführen. Neben ihm danke ich allen Interviewpartnerinnen und -partnern sowie meinem Übersetzer Eraldo Oliveira Silva für die freundliche Aufnahme, die Kooperation und das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Manfred Zaumseil, Dr. Ingeborg Schürmann und Dipl.-Psych. Asita Behzadi am Institut für Klinische Psychologie und Gesundheitsförderung der Freien Universität Berlin. Sie haben mich bei der Vorbereitung und Konzeption meiner Lehrforschung unterstützt und nach meiner Rückkehr sehr hilfreich dazu beigetragen, die fremden Erfahrungen besser zu verstehen.

Außerdem danke ich Birgit Metzger für die Manuskriptgestaltung und die technische Erstellung der Grafiken. Sabine Metzger, Jutta Reinisch und Carmen Wiencke danke ich für die Anregungen und Korrekturen sowie meinen Eltern Hans-Jürgen und Monika Wiencke für die moralische und finanzielle Hilfe.

1 Einleitung

Vertreter der Postmoderne erklären, dass die Zeit der großen Erzählungen und Theorien zu Ende sei (vgl. Lyotard, 1986 [1979]). Die Akzente verschieben sich damit zu Theorien und Erzählungen, die durch lokale, historische Situationen und Problemstellungen begrenzt sind (vgl. Denzin & Lincoln, 2000). Toulmin (1994) nennt vier Auswege aus der von ihm diagnostizierten Dysfunktionalität der modernen Wissenschaften, also auch der empirischen Sozialforschung:

1. Die Rückkehr zum Mündlichen, die sich durch Interesse an Erzählungen, Sprache und Kommunikation zeigt.
2. Die Rückkehr zum Besonderen, die sich bei der Durchführung von empirischen Untersuchungen und bei der Theoriebildung in der Tendenz zeigt, besondere, konkrete Probleme in spezifischen Situationen zu behandeln.
3. Die Rückkehr zum Lokalen, die sich darin ausdrückt, dass Wissenssysteme sowie Handlungs- und Erfahrungsweisen im Kontext der lokalen Traditionen und Lebensformen, in die sie eingebettet sind, betrachtet werden.
4. Die Rückkehr zum Zeitgebundenen, die sich darin zeigt, dass zu untersuchende Probleme und zu entwickelnde Lösungen in ihrem historischen Kontext beschrieben und erklärt werden.

1.1 Kultur in Psychiatrie und Psychologie

Diese Tendenzen werden auch in der deutschen Psychiatrie zunehmend relevant.¹ Die psychiatrischen Konzepte über psychische Störungen sind in soziale Systeme eingebettet. Sie entstehen in einem Interaktionsprozess von biologischen Faktoren mit symbolischen Bedeutungen. Insofern ist die psychiatrische Diagnose eine Interpretation, eine semiotische Handlung, in der die Symptome des Patienten re-interpretiert werden als Zeichen be-

1 Zwar sehr randständig, aber dafür besonders offensichtlich in der Behandlung von psychisch erkrankten Migranten: Hegemann & Salman, 2001 [2000].

stimmter Krankheitszustände. Kulturvergleichende Forschung zeigt, dass in unterschiedlichen Kulturen auch unterschiedliche Systeme von Abweichung und sozialer Kontrolle dieser Abweichung existieren. Damit hängt zusammen, dass „krankes“ Verhalten stark durch die jeweilige Kultur geprägt ist (vgl. Kleinman, 1988). Eigene kulturelle Kategorien dürfen nicht einfach auf andere Kulturen übertragen werden (vgl. Lewis-Fernández & Kleinman, 1994).

In der Psychologie haben sich wichtige alternative Untersuchungsansätze in der Gemeindepsychologie (z.B. Keupp, 1994) und der Kulturpsychologie (Shweder & Sullivan, 1993) entwickelt, die allerdings in Deutschland nicht weit verbreitet sind (Zaumseil & Angermeyer, 1997, S. 17).

Die Gemeindepsychologie sieht das psychosoziale Wohlbefinden und die unterschiedlichen Formen psychosozialen Leids als Ergebnis des transaktionalen Zusammenwirkens von subjektiven Wünschen, Bedürfnissen und Ansprüchen eines Individuums und den durch seine jeweiligen Lebensbedingungen gegebenen psychosozialen, sozialen und materiellen Ressourcen (Keupp, 1994, S. 18).

Kulturpsychologie ist aus der Sicht ihrer Vertreter ein praktisches, empirisches und philosophisches Projekt, um der Idee der universellen psychischen Einheit eine Theorie und Methoden des psychischen Pluralismus entgegenzustellen (Shweder, 1990, S. 3, 22, 26; Shweder & Sullivan 1993, S. 498).

Van Quekelberghe (1991) hat versucht, eine klinische Ethnopsychologie zu entwerfen, deren Grenzen zur Ethnopsychiatrie und Ethnologie fließend sind.

Das Hauptziel der transkulturellen Psychologie ist die Überprüfung oder Aufstellung allgemeiner Verhaltens- und Erlebensregeln bzw. Gesetze. Personen oder Gruppen, die sich kulturell erheblich voneinander unterscheiden, werden untersucht, um den möglichen Einfluss kultureller Faktoren auf den Menschen optimal auszuloten (vgl. van Quekelberghe, 1991).

Ich beziehe mich auf ein sozialkonstruktivistisches Verständnis und wende die Theorie der sozialen Repräsentationen auf psychische Krankheit an. Verwandte Ansätze, auf die hier nicht näher eingegangen wird, sind die

narrative Psychologie (Sarbin, 1986) und die diskursive Psychologie (Edwards & Potter, 1992). Individuen werden in der sozialkonstruktivistischen Konzeption – der psychologischen Variante des sozialen Konstruktivismus – als Elemente von Beziehungen definiert, in denen eine Vielzahl von Wirklichkeiten konstruiert wird. Psychische Probleme entstehen durch die Art, wie die Probleme in diesen Beziehungen konstruiert sind. Der Therapeut tritt mit den Klienten, welche die Definition des Problems aufrechterhalten, in einen Dialog, als Beteiligter in der Konstruktion neuer Wirklichkeiten (Gergen, 1996).

In einem pluralistischen Kontext der Gesundheitsversorgung stehen die Krankheitserfahrung, die Krankheits-Management-Strategien, die formalen und informalen Institutionen, die Gemeinde-Ressourcen und die sozialen Reaktionen auf Störungen der psychischen Gesundheit auf eine hochkomplexe Weise miteinander in Beziehung (vgl. Good, 1994). Ein Verständnis dieser Beziehungen und der sozialen Antworten ist wichtig, um ein nachhaltiges, gemeindebasiertes und kulturell sensibles System der psychischen Gesundheitsversorgung zu entwickeln: eine Gesundheitsversorgung, an deren Design und Ausführung Gemeindevertreter, Institutionen, Agenten und Praktiker, Gesundheitsplaner sowie Versicherungsvertreter gleichermaßen beteiligt sind. Kleinman (1980, S. 50-60) entwirft ein Modell der Gesundheitsversorgung als *lokales kulturelles System* mit drei sich überlappenden Teilen: dem professionellen, dem populären sowie dem Volks-Sektor. Der professionelle Sektor besteht aus organisierten Heilberufen, die in vielen Gesellschaften auf die Schulmedizin begrenzt sind. Der populäre Teil ist der größte in jedem System. Er zeigt sich auf vielen Ebenen: beim Individuum, in der Familie, bei den sozialen Netzwerken und den Glaubensvorstellungen und Aktivitäten in der Gemeinschaft. Der Volks-Sektor ist nicht-professionell und nicht-bürokratisch, aber trotzdem ein Spezialisten-Sektor. Er enthält eine Mischung verschiedener Komponenten, die sowohl zu dem professionellen wie auch dem populären Sektor gehören, dem letzteren aber näher stehen. Die Volks-Medizin wird häufig in sakrale und profane Segmente unterteilt.

Im Sinne des sozialen Konstruktivismus führen unterschiedliche Erzählungen über Ursachen, Aufrechterhaltung und soziale Konsequenzen von

Problemen auch zu verschiedenen Erzählungen über notwendige und hilfreiche Umgangsweisen und Reaktionen. Das führt auch zu unterschiedlichen Erzählungen über erstrebenswerte Resultate, über Heilung und Erfolg (vgl. Hegemann, 2001 [2000]). Nicht nur für eine erfolgreichere Behandlung von Migranten ist ein klareres Verständnis des sozialen und kulturellen Hintergrundes notwendig. Untersuchungen in anderen Kulturen schärfen auch das Bewusstsein für das eigene kulturelle und soziale Eingebettensein und können positive Impulse für gemeindepsychiatrische und -psychologische Ansätze geben.² In diesem Zusammenhang ist es nützlich, sich mit dem Alltagswissen über psychische Krankheit zu beschäftigen. Alltagswissen besteht aus nicht expliziten oder klar definierten Wissensbeständen, die beim Individuum in bestimmten sozialen Kontexten rekonstruiert werden können. Über das Alltagswissen werden die Alltagserfahrungen der Individuen organisiert. Damit ist es auch ein Medium der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit (Flick, 1995, S. 72).

1.2 Untersuchung in Recife, Brasilien

In der Anderthalb-Millionen-Stadt Recife im Nordosten Brasiliens spielen die afrikanisch-brasilianische Religion *Candomblé*, die modernere *Umbanda* sowie der europäische *Kardecismo* eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden vieler Menschen. Ein zentrales Element in allen drei Religionen ist der Glaube an die Besessenheit durch Geister (z. B. Wafer, 1994).

Ich führte im Sommer 2004 eine Feldforschung in der brasilianischen Großstadt Recife durch. Dort untersuchte ich insbesondere in dem *Candomblé*- und *Umbanda*-Tempel eines *pai-de-santo*³ („Vater des Heiligen“), wie dort mit „psychischer Krankheit“⁴ umgegangen wird. Außerdem inter-

2 Afrikanische Heiler gingen, lange bevor die westliche Medizin es erkannte, schon davon aus, dass Ökologie und interpersonale Beziehungen die Gesundheit der Menschen beeinflussen (Raboteau, 1986).

3 Jeder Tempel hat ein männliches oder weibliches Oberhaupt, welches dem Tempel seine individuelle Prägung gibt.

4 Ich habe den Begriff „psychische Krankheit“ hier in Anführungszeichen gesetzt, weil sich seine Verwendung im deutschen Alltags- und psychiatrischen Verständnis von

essierte mich, wie die entsprechenden Auffälligkeiten in diesem spezifischen kulturellen Kontext beschrieben und ihre Ursachen erklärt werden. Ich bekam Einblicke in die Alltagsvorstellungen zu Krankheit und Gesundheit und die daraus resultierenden Interaktionsprozesse. Vergleichend führte ich Interviews in einem anderen *Candomblé*-Tempel, in einem kardecistischen Zentrum sowie mit einem Psychiater und zwei Parapsychologen durch. Die Daten erhob ich unter Berücksichtigung der *Grounded theory* mit teilnehmender Beobachtung sowie ethnographischen und problemzentrierten Interviews (Spradley, 1979, 1980; Witzel, 1982, 1985). Im Rahmen der *Grounded theory* wurde aus den Daten heraus eine Theorie entwickelt, die Konzeption und Umgang mit psychischer Krankheit in diesen spiritistischen Zentren erklärt (Glaser und Strauss, 1998 [1967]).

1.3 Die einzelnen Kapitel

Kapitel 2 führt in die Thematik ein, indem zunächst die psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV kritisch in Theorie und Praxis betrachtet werden. Es wird erläutert, dass psychische Störungen keine ontologischen Kategorien, sondern kulturelle Konstruktionen sind, die sich historisch entwickelt haben und sozialwissenschaftlich untersuchen lassen. Dazu werden dann im zweiten Unterkapitel ausgehend von unterschiedlichen Kulturdefinitionen verschiedene kulturelle Strömungen in Psychiatrie und Psychologie vorgestellt. Das dritte Unterkapitel macht mit Theorien zu Alltagsvorstellungen vertraut. Die Wahrnehmung psychischer Krankheiten basiert auf dem Konzept der sozialen Repräsentationen, das als Sub-Kategorie der Alltagsvorstellungen erläutert wird. In diesem Zusammenhang und insbesondere auch in Bezug auf den Umgang mit psychisch kranken Personen ist es wichtig, die Theorien zu Attributionen, Identität, Zeichenzuschreibung und Bewertungsprozessen zu betrachten. Es hat sich gezeigt, dass das Individuum in den untersuchten Zentren in komplexen Beziehungen gesehen wird. Das vierte Unterkapitel führt deswegen in die Ideen des sozialen Konstruktivismus mit seinem offenen und relationalen Selbstkonzept ein. Das fünfte Unterkapitel beschreibt die betrachteten Re-

dem Gebrauch in der spiritistischen Konzeption unterscheidet.

ligionen *Candomblé*, *Umbanda* sowie *Kardecismo* aus dem historischen Kontext heraus. Ihre Weltbilder, Organisation und Praxis werden dargestellt.

Im dritten Kapitel wird die eigentliche Fragestellung formuliert, nämlich die Frage nach der Wahrnehmung von und dem Umgang mit psychischer Krankheit in diesen Religionen. Ihre Relevanz liegt in den besseren Prognosen für Schizophrenie in Entwicklungsländern begründet. Das vierte Kapitel stellt nach einer kurzen Erläuterung des methodischen Zugangs zunächst die entwickelte Theorie vor und macht ihren Entstehungsprozess transparent. Es werden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien, aus denen die Theorie besteht, ausführlich erläutert. Dann werden die sozialen Daten Recifes und die spiritistischen Zentren vorgestellt, in denen ich interviewt habe. Anschließend werden im fünften Unterkapitel schulmedizinische und spirituelle Konzepte, die sich in den sozialen Repräsentationen der Interviewpartnerinnen und -partner wiederfinden, einander gegenübergestellt. Es wird aus der Sicht der Interviewpartner ein Blick auf die Psychiatrie geworfen und erläutert, dass viele Patienten der Psychiatrie für sie „spirituelle Probleme“ haben. Hierbei werden die Konzepte „Besessenheit“ und „Medium“ unterschieden, die beide ausführlich mit vielen Beispielen geschildert werden.

Um Missverständnissen vorzubeugen, möchte ich an dieser Stelle schon vorwegnehmen, dass die entwickelten, in die Zentren integrierten Medien nicht psychisch krank sind. Sie sind gesunde Menschen, die effizient im Alltagsleben agieren.

Anschließend setze ich die Konzepte mit einem relationalen und dynamischen Selbstkonzept in Bezug. Das sechste Unterkapitel analysiert den Umgang mit Menschen mit spirituellen Problemen und macht deutlich, wie sie geheilt bzw. integriert werden. Am Ende wird – auch durch die Bezugnahme auf das psychologische Konstrukt der „sozialen Unterstützung“ – gezeigt, welche wichtige Funktion die spiritistischen Zentren von *Candomblé*, *Umbanda* und *Kardecismo* mit ihren bedeutungsgenerierenden Eigenschaften für das Zurechtkommen von Menschen mit psychischen Krankheiten haben.

2 Einführung in die Thematik

2.1 ICD-10 und DSM-IV

In der klinischen Forschung und Praxis sind die gebräuchlichen Klassifikationssysteme psychischer Störungen die *International Classification of Diseases and Causes of Death* (ICD) der *World Health Organization* (WHO) und das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der *American Psychiatric Association* (APA). Krankheiten und Krankheitsbilder werden durch die Grenzziehung zwischen verschiedenen Symptomen konstruiert und durch Forschung bestätigt oder revidiert (Kleinman, 1996). ICD-10 und DSM-IV beanspruchen universale Gültigkeit (Weltgesundheitsorganisation, 1993 [1992]; American Psychiatric Organization, 1998 [1994]).

2.1.1 Geschichte und Aufbau

Die Grundlage für die moderne psychiatrische Krankheitslehre wurde insbesondere von Kraepelin am Ende des 19. Jahrhunderts geschaffen. Zu dieser Zeit ging man hauptsächlich von biologischen bzw. somatischen Ursachen für psychische Störungen aus. Das erste DSM aus dem Jahre 1952 war hingegen nicht somatisch, sondern psychodynamisch orientiert. Denn es wurde stark von Klassifikationssystemen geprägt, die von Psychiatern entworfen worden waren, die traumatisierte Soldaten im Zweiten Weltkrieg behandelt hatten.

Die zweite Version des DSM war stärker von theoretischer und ätiologischer Neutralität gekennzeichnet. Allerdings kritisierten Kliniker, dass das DSM-II keine verlässlichen Diagnosen liefere und deswegen für die Forschung zu neurobiologischen Ursachen und Effekten von Psychopharmaka bei psychischen Krankheiten nicht brauchbar sei. Auch die Kritik der Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Krankheiten nahm zu. Zudem zweifelte man an der Klassifikation von Neurosen, die auf einer aus der Psychoanalyse kommenden ätiologischen Grundlage beruhte. Aus diesen Gründen verschob sich beim DSM-III der Schwerpunkt von einem bio-psycho-sozialen Modell zu einem auf empirischer Forschung

aufbauenden medizinischen Modell. Die Zuverlässigkeit des Modells und operationelle Kriterien wurden wichtig und die bestehenden psychopathologischen Konzepte grundlegend verändert. In zunehmendem Maße wurde Psychopathologie nun als ein individuelles Problem angesehen, das seinen Ursprung in einer biologisch-genetischen Vulnerabilität hat. Die sozialen Determinanten von Psychopathologie und die Bedeutung der Kultur als bestimmender sozialer Faktor traten im DSM-III in den Hintergrund.

DSM-IV ist ein fünfsachsiges Klassifikationssystem psychischer Störungen, wobei sich die fünf Achsen auf verschiedene Klassifikationsaspekte beziehen. Auf der ersten Achse werden klinische Syndrome notiert. Die Störungen können in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsverlaufs näher präzisiert werden. So können in einem angehängten V-Code weitere Probleme wie Beziehungsprobleme, Nebenwirkungen von Psychopharmaka, Kindesmisshandlung, lebensphasenabhängige Probleme, Trauerproblematik oder das Nachahmen von Störungen erfasst werden. Die zweite Achse beschreibt weniger konstante Eigenschaften des Patienten wie Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabungen. Auf der Achse III werden die körperlichen Krankheiten und jene Probleme kodiert, die für den Umgang mit der psychischen Störung des Betroffenen oder für deren Verständnis relevant sind. Die vierte Achse behandelt psychosoziale Schwierigkeiten und Probleme mit der Umgebung wie Scheidung, Wohnungsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitslosigkeit. Auf Achse V wird das Funktionsniveau global erfasst: Der Grad der Symptomatik und das tatsächliche Funktionieren des Patienten werden auf einer Skala von 0 bis 100 gemessen (American Psychiatric Organization, 1998 [1994]; De Jong, 2001 [2000]).

In DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefasst, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche

und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z.B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muss gegenwärtig eine verhältnismäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Syndrom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt (American Psychiatric Association, 1998, S. 944).

Die ICD-10 hat drei Achsen. Achse I ist für die klinische Diagnose des psychischen und somatischen Problems sowie für Persönlichkeitsstörungen und dauerhafte Persönlichkeitsveränderungen da. Die zweite Achse behandelt Rollenausfälle infolge von Störungen. Auf der dritten Achse stehen Umgebungsfaktoren und Faktoren, die das Vorkommen, die Erscheinungsform, den Ablauf und die Prognose der Störungen, die auf der ersten Achse stehen, beeinflusst haben (Weltgesundheitsorganisation, 1993). Alle diagnostischen Kategorien des DSM-IV kommen auch in der ICD-10 vor, allerdings nicht umgekehrt (De Jong, 2001 [2000]).

2.1.2 Kritik

Kleinman (1996) kritisiert den nordamerikanischen Bias des DSM-IV. Kulturelle Variationen in Gesundheit und Krankheit würden viel zu wenig berücksichtigt, was die praktische Anwendung und Validität im pluralen Kontext von diversen ethnischen Gruppen stark einschränke. In seinem Verständnis entsteht Kultur aus den Mustern alltäglicher Aktivitäten. In diesen lokalen Welten sei Erfahrung der interpersonale Austausch von Kommunikation, Interaktion und Aushandeln – der Fokus liegt auf *sozial* statt auf *individuell*. Das Geschlecht, das Alter, die soziale Rolle und der soziale Status sowie persönliche Interessen würden diese Welten beeinflussen. Der Prozess von Kultur bringe Handeln hervor und rechtfertige die alltäglichen Praktiken. Ihr Bezugspunkt ist also nicht der Geist des isolierten Individuums, sondern die verbundenen Körper und „Selbste“ von

Gruppen: Familien, Arbeitsbereiche, Netzwerke, ganze Gemeinden.⁵ In dieser Perspektive beeinflussen die jeweiligen kulturellen Muster sowohl die diagnostischen Praktiken eines Psychiaters in den USA, in Deutschland, in China, in Tansania – oder woanders auf der Welt – als auch die Arten und Muster der Störungen und Coping-Strategien, mit denen Betroffene und Angehörige agieren. Das DSM-IV und seine Anwendung in institutionellen und sozialen Kontexten sind in dieser Sicht kulturelle Phänomene. Das Handbuch basiere auf kulturellen Festlegungen, seine Anwendung auf Interaktionen, die kulturell gestaltet und sozial ausgehandelt sind. Zum Beispiel sei in den westlichen Ländern das Hauptsymptom, das mit klinischer Depression verbunden wird, das Gefühl von Niedergeschlagenheit bzw. tiefer Traurigkeit. Doch in vielen anderen Ländern werde Depression mit körperlichen Symptomen wie Müdigkeit, Kopfschmerzen und Appetitverlust in Verbindung gebracht.

Die Geist-Körper-Dichotomie sowie die Idee von einzelnen, dauerhaften Persönlichkeiten als sozial normativ und persönlich normal seien Beispiele für den westlich kulturellen Hintergrund des DSM-IV. Dagegen würden die Mitglieder vieler nicht-westlichen Gesellschaften die Person als mehr soziozentrisch denn egozentrisch ansehen. Die Grenzen des Ego seien durchlässig und das Selbst (die Seele) sei fließend, so dass es den Körper verlassen, andere Bewusstseinszustände einnehmen und besessen werden könne. In seiner Anwendung pathologisiere das DSM-IV zu formalistisch gewöhnliche und außergewöhnliche Erfahrung und vernachlässige die persönliche Bedeutung der Krankheiten für die Betroffenen.⁶ Wie auch in der ICD, würden komplexe Sachverhalte auf das Kategorisieren von Problemen reduziert. Die im Anhang aufgelisteten *culture bound syndroms* seien nur ein halbherziges Zugeständnis an Kulturpsychiater und psychiatrische Anthropologen. Diese flüchtig skizzierten esoterischen Krankheitsbilder würden als nur außerhalb der westlichen Gesellschaft auftretende Zustände darge-

5 Ich werde auf diesen Gedanken in den folgenden Kapiteln immer wieder zurückkommen und ihn näher ausführen.

6 Für Verbesserungen von DSM-IV siehe Kleinman (1996).

ziokulturelle Umwelten untrennbar mit den Menschen verbunden sind, die aus ihnen Bedeutungen und Ressourcen gewinnen und dadurch ihre menschliche Subjektivität verändern. Umgekehrt ist menschliche Existenz außerhalb bedeutungsvoller Umgebungen nicht vorstellbar. In Anlehnung an Geertz (1999 [1973]) werden die soziokulturellen Umwelten als ‚intentionale Welten‘ gesehen und ihre Bewohner als ‚intentionale Personen‘ bzw. ‚semiotische Subjekte‘. Denn für Menschen stellen die Bedeutungen einer Situation die hauptsächliche Determinante für ihr Verhalten dar. *Bedeutungen* wiederum bezeichnen die Implikationen und möglichen Schlussfolgerungen, die ein Mensch aufgrund eines konzeptuellen Schemas aus einem Text oder Symbol zieht. ‚Text‘ oder ‚Symbol‘ ist definiert als das Vehikel für Bedeutungen. Es umfasst Objekte, Erfahrungen, Ereignisse, Klangmuster, Schauplätze und visuelle Empfindungen, die über ihre konkrete sinnlich-stoffliche Ebene hinausgehen. Ein ‚konzeptuelles Schema‘ ist der intellektuelle Apparat, der neben semantischem Wissen insbesondere Einsichten in Kausalität, Vorannahmen und Vorstellungen enthält, die ein Mensch als Interpretationswerkzeug benutzt, um Schlussfolgerungen aus Symbolen abzuleiten (Shweder, 1990, S. 2, 22; Shweder & Sullivan, 1990, S. 402ff; vgl. Schwarz, 2000, S. 57-58). Das zweite Grundcharakteristikum ist das Ziel ‚rationaler Selbstregulierung‘: Semiotische Menschen streben in ihren bedeutungsvoll konstruierten Welten nach wichtigen Zielen und gehen dabei effizient und situationsadäquat vor (Shweder & Sullivan, 1990, S. 404). 1993 haben Shweder und Sullivan den Begriff des ‚konzeptuellen Schemas‘ revidiert. Sie weisen darauf hin, dass die konzeptuellen Schemata des jeweiligen konkreten semiotischen Subjektes mit dessen psychischem Erleben zusammenfallen und meistens nicht getrennt wahrnehmbar sind. Menschen benutzen sie spontan und unbewusst und erkennen meistens nicht, dass Konzepte benutzt werden (S. 508-512). Der Gegenstand der Analyse einer Kulturpsychologie sind die Definitionen, Klassifikationen, Geschichten, Gründe und Einschätzungen, die Mitglieder einer lokalen Subgruppe teilen, also das Studium ihrer mentalen Repräsentationen (Shweder und Sullivan 1990, S. 399, S. 413; Schwarz, 2000, S. 59). Es werden systematisch die Beziehungen zwischen kulturellen und Verhaltensvariablen untersucht. Es handelt sich in diesem Sinne um eine Analyse

verschiedenster Wechselbeziehungen innerhalb einer spezifischen Kultur. Dazu wird der Handlungskontext insbesondere mit deskriptiven Methoden erfasst. Allerdings wird die kulturspezifische Betrachtungsweise eingeschränkt, indem einige universell gültige Gesetzmäßigkeiten identifiziert werden, die mit biologisch fundierten Charakteristika des menschlichen Organismus verbunden sind. Bei biologischen und physiologischen Aspekten des Verhaltens spielen kulturspezifische Variablen eine untergeordnete Rolle (Friedrich, 1999, S. 27-28).

Gergen und Gergen kritisieren deshalb an diesem Ansatz, dass die universale Metatheorie erhalten bleibe. Und der Forscher – oft aus einer anderen Kultur kommend – behaupte, ein autoritäres und der einheimischen Bevölkerung überlegenes Wissen zu haben (Gergen & Gergen, 1997, S. 32). Sie selbst schlagen als Alternative eine kulturell-konstruktionistische Psychologie vor, in der klar wird, dass eine bestimmte Forschungsgemeinde eine Realität über die Untersuchten konstruiert. Es gibt zwar keine Theorie des sozialen Konstruktivismus, aber einige allgemeine Annahmen:

1. Unsere Wirklichkeiten werden durch uns gemeinschaftlich konstruiert und die Sinnhaftigkeit dieser Konstruktionen beruht auf sozialen Konventionen, die sich im Laufe der Zeit ändern.
2. Die Worte, mit denen wir unsere Wirklichkeiten kommunizieren, erhalten ihre Bedeutung durch ihren sozialen Gebrauch (vgl. Wittgenstein, 1984). Dieser ist abhängig von den Umwelten, in denen wir uns bewegen: städtischer oder ländlicher Lebensraum, Alter, Geschlecht, Religion, Familienorganisation, Erziehung und Ausbildung, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Status, Hautfarbe, politische Ausrichtung, sexuelle Orientierung, Migrationshintergründe etc.
3. Unsere Aussagen über uns und die Welt beruhen auf einer vorher bestehenden Sprache.
4. Diese Sprache basiert auf Beziehungen, die über lange Zeit gepflegt wurden. Die Teilnahme an der Sprache ist die Teilnahme an einer Lebensform oder Tradition.

5. Gedanken, Gefühle, Interaktionen oder Erfahrungen sind uns nur möglich, weil wir an einer kulturellen Geschichte teilhaben, die uns mit einer Sprache als Werkzeug ausstattet, welche uns erlaubt, unsere Welt zu konstruieren.
6. Die diskursiv konstituierten Traditionen geben uns Identität und Bedeutung, grenzen uns aber auch gegenüber anderen Lebensformen ab.
7. Durch kommunikative Beziehungen können wir neue Bedeutungsformen gewinnen. Das schafft neue Handlungsoptionen.

Somit sind multiple Theorien, Methoden und Praktiken möglich, die jeweils bestimmte Traditionen oder Lebensformen reflektieren. Wichtig ist also, zum einen soziale Konstruktionsprozesse im kulturellen Leben, zum anderen den Konstruktionsprozess der eigenen Forschung transparent zu machen (Gergen & Gergen, 1997; Gergen, 1985, 2002 [1999]).

2.3 Alltagsvorstellungen

Der Alltag steht für Routine, Gewöhnlichkeit und Berechenbarkeit. Alltägliches Verhalten besteht in einer „müheleeren Eingespieltheit der Interaktions- und Umgangsformen“ (Matthes & Schütze, 1973, S. 20). Er ist durch Wiederholungen von Tätigkeiten und Ereignissen und durch ein Bewusstsein dieser Wiederholungen gekennzeichnet. Somit ermöglicht der Alltag auch entsprechende reziproke Erwartungshaltungen an Interaktionspartner. Er besteht aus einer relativ ‚invarianten Zeitstruktur‘ (zeitliche Ordnung des Alltags, Ablaufmuster) und einer relativ ‚invarianten räumlichen Struktur‘ (bestimmte Wege, die tagtäglich zurückzulegen sind). Dazu kommen bestimmte ‚Handlungsroutinen‘ und eine typische Aufgabenstruktur. Das Alltagsbewusstsein zeichnet sich durch die Verteilung von ‚Aufmerksamkeit‘ aus, die gebunden sein oder frei flottieren kann. Das ‚Alltagswissen‘ ist das, „was sich die Gesellschaftsmitglieder gegenseitig als selbstverständlichen und sicheren Wissensbestand unterstellen müssen, um überhaupt interagieren zu können“ (Matthes & Schütze, 1976, S. 20). Es dient somit zur tagtäglichen Weltorientierung und besteht aus Typisierungsschemata, Gewohnheitsverallgemeinerungen, typischen Erklärungs-

mustern und Erwartungen. Es ist die Gesamtheit des alltäglichen Wissens, „auf dessen Grundlage die gesellschaftliche Wirklichkeit erfahrbar wird“ (Matthes & Schütze, 1973, S. 16).

Zum Alltag gehören die ganze Bedeutungswelt um uns herum und das ‚alltägliche Lebensgefühl‘. Die Bedeutungen und persönlichen Bedeutsamkeiten sind im alltäglichen Leben begründet. Auf der Ebene der symbolischen Interaktion ist Alltag ‚Umgangssprache‘ in Abgrenzung zu Fach- oder Hochsprachen. Nicht alles, was regelmäßig vorkommt oder Routine ist, kann als Bestandteil des Alltags angesehen werden. Der Alltag betrifft eine intermediäre Ebene gesellschaftlicher Realität, auf der sich die Realitäts-einheiten befinden, um die sich in der Regel die Kommunikation dreht und Verhandlungen stattfinden. Insofern hat der Alltag eine untere Grenze, unter der Mikrohandlungen oder Prozesse stattfinden (z.B. Träume), die zu geringfügig oder abseitig sind, um als Gegenstand des Alltags in der Kommunikation konstituiert werden zu können. Es gibt auch eine obere Schwelle, jenseits derer Unalltägliches und Außergewöhnliches liegt wie Katastrophen, Krisen, Feste und auch Wahnsinn (Leferink, 1997b, S. 85-87). Für Flick (1997) sind die Alltagsvorstellungen von psychischen Krankheiten „die Basis für die Konzeptualisierung von psychischer Krankheit und können als Schlüssel für deren empirische Analyse verwendet werden.“ (S. 29).

Die Alltagsvorstellungen werden auf verschiedenen Ebenen konstruiert. Zum einen konstruieren die Betroffenen ein Bild ihrer Situation, ihres Handelns und ihrer Erfahrungen. Zum anderen entwickeln die Menschen in ihrem Umfeld ein Bild von ihnen, ihrem Handeln, ihrer Situation und davon, wie sie selbst mit der Situation und den Betroffenen umgehen sollten. Die Alltagsvorstellungen werden im Rahmen der kulturellen Sozialisierung schon in frühen Lebensabschnitten entwickelt (Link & Phelan, 2001).

Wie noch deutlich werden wird, bilden die Mythen des *Candomblé* und der *Umbanda* die Basisvorstellungen, die im Alltag des Tempels als Vorstellungen des *Common sense* über psychische Krankheit relevant werden. Die Alltagsvorstellungen umfassen Wissensbestände, die weniger explizit und weniger definiert sind als Expertenwissen oder wissenschaftliches Wissen. Sie lassen sich an verschiedenen Orten lokalisieren. Erstens in

kognitiven Wissensbeständen, die an verschiedenen Trägern untersucht werden, zweitens in Alltagshandlungen und -interaktionen in Bezug auf psychische Krankheit und drittens an kulturellen Gegenständen und Bedeutungen (Flick, 1997, S. 30-31).

Flick unterscheidet vier Hauptstränge in der Forschung zu Alltagsvorstellungen: individuelle Vorstellungen, soziale Vorstellungen, kulturspezifische Vorstellungen und universelle Vorstellungen. Insbesondere mit dem Forschungsprogramm der sozialen Repräsentationen lässt sich die kulturelle Einbettung psychischer Krankheit untersuchen (Flick, 1997, S. 28-34).

2.3.1 Soziale Repräsentationen

2.3.1.1 Begriffsklärung

Der Begriff der ‚sozialen Repräsentation‘ geht auf Durkheim (1998 [1912]) zurück, ist jedoch weiterentwickelt worden. Die Alltagsvorstellungen werden jenseits des Individuums gesehen und an die sozialen Gruppen angebunden, denen die Individuen angehören. Auch an sozialen Praktiken und kulturellen Objekten wird untersucht, wie soziale Gruppen und ihre Mitglieder psychische Krankheit konstruieren und welche Vorstellungen sie dabei entwickeln (Flick, 1997, S. 34). Diese können als Grundlage handlungsbezogenen Wissens aufgefasst werden.⁹ „Eine Handlung ist eine in einer sozial definierten Situation auftretende, durch ein Handlungsziel gekennzeichnete Einheit des Handelns.“ (von Cranach 1995, S. 27)

Die sozialen Repräsentationen wirken durch die beiden Prozesse *Verankerung* und *Objektivierung differenzierend* und *dynamisierend*. Der erste Begriff bezeichnet einen sozialen Prozess, in dessen Verlauf neue Gedanken und Ideen in den vertrauten sozialen und kulturellen Kontext gestellt werden. Dadurch werden die vorhandenen Kategorien schrittweise oder un-

9 Wissen ist definiert als „aufbewahrte Information, die einen Bezug zu wichtigen Strukturen, Prozessen und Funktionen ihres ‚Trägersystems‘ (in dessen Gedächtnis sie aufbewahrt wird) besitzt und daher bewertende Prozesse hervorruft.“ (von Cranach, 1995, S. 25)

merklich verändert – differenziert, erweitert, zusammengefasst oder in ein anderes Verhältnis zueinander gesetzt. Objektivierung übersetzt abstrakte Ideen und Konzepte in ein konkretes Bild oder macht sie an konkreten Gegenständen fest (Moscovici, 1984). Die sozialen Repräsentationen werden also sozial erzeugt und geteilt.

Die Modalität dieser Erkenntnisform entspricht einer Aktivität der Attribution und der Ausarbeitung der Wirklichkeit außerhalb des Denkens, die als praktisches Ziel die Organisation, die Beherrschung der Umwelt (materiell, sozial, ideell) und die Orientierung der Verhaltensweisen und der Kommunikationen hat. Als Leitfaden des Handelns bestimmt sie das Verhältnis zur Welt und zu den anderen. Als Interpretationsfolie der Wirklichkeit liefert sie den Rahmen der Kommunikations-Codes und trägt dazu bei, eine allgemeine Vorstellung im Dienst der Werte, Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der Gruppen, die sie teilen, zu bilden. (Jodelet, 1997, S. 263-264)

2.3.1.2 *Attributionstheorien*

Die Metatheorie der Attribution nach Harold H. Kelley beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Informationsaufnahme und Ursachenzuschreibung. Sie geht davon aus, dass Menschen Ereignisse nicht nur wahrnehmen, sondern ihnen Ursachen zuschreiben, indem sie sie mit anderen Ereignissen in Beziehung setzen. Hinter der Attribution steht das Bedürfnis, Geschehnisse vorherzusagen und damit zumindest subjektiv Kontrolle über zukünftiges Geschehen zu erlangen. Die Attributionen sind weitgehend automatisiertes Verhalten, das unbewusst und unreflektiert ist. Erst wenn es zu Brüchen in Handlungsabläufen kommt, wird die Ursachenzuschreibung in stärkerem Maße bewusst.

In der Sozialpsychologie wurde die Attributionstheorie vor allem herangezogen, um die Frage nach sozialer Wahrnehmung zu beantworten: Wie nehmen Personen das Verhalten anderer Menschen wahr, wie interpretieren sie es? Ein zweiter Aspekt ist die Selbstwahrnehmung und die Erklärung eigenen Verhaltens. Wenn Menschen trotz unzureichender Informationen eigenes und fremdes Verhalten erklären, benutzen sie zwei Hauptprinzipien: Das *Kovariationsprinzip* wird verwendet, wenn mehrere Beobachtun-

gen herangezogen werden können. Bei der Ursachensuche werden vor allem die drei Faktoren Personen, Bezugsgrößen und Zeit berücksichtigt. Damit ergeben sich drei idealisierte Fälle von variationsbezogenen Informationen:

1. Konsensus, der sich auf die Variation hinsichtlich der Personen bezieht.
2. Distinktheit, die sich auf die Variation hinsichtlich der Bezugsgröße bezieht.
3. Konsistenz, die sich auf die Variation hinsichtlich der Zeit bezieht.

Es hängt von den Informationen ab, die man in Bezug auf Konsensus, Distinktheit und Konsistenz gewonnen hat, welche Ursache man bei einem Ereignis vermutet. Doch da im Alltag oft Motivation und Zeit für diese Art der Beobachtungsverarbeitung fehlen, wird Verhalten oft aufgrund einer singulären Beobachtung erklärt. In solchen Fällen benutzen Menschen als zweites Hauptprinzip kausale Schemata, die in ihrer Gesamtheit *Konfigurationskonzepte* heißen. Komplexität wird reduziert. So wird nur eine Ursache für Handlungen und Verhalten gesehen und man beschränkt sich auf gezeigtes Verhalten. Nicht gezeigtes Verhalten wird als nicht-existent betrachtet. Die Schemata sind das Produkt eigener Erfahrungen sowie der impliziten und expliziten Vermittlung durch andere. Die Attributionstheorie lässt sich auch auf das Konzept der Eigenschaft anwenden: Irgendetwas an einem Menschen ist Ursache des beobachteten Verhaltens und das – ein oder mehrere Male – beobachtete Verhalten ist konsistent und damit für die betreffende Person charakteristisch.

Der „fundamentale Attributionsfehler“ besteht darin, bei der Erklärung von Verhalten die Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen oder dispositionalen Faktoren zu über- und die Rolle der situativen Einflüsse zu unterschätzen (Ross, 1977). Er wird außerdem durch ein Perspektivenbias überlagert: Bei eigenem Verhalten werden im Gegensatz zur Beobachterposition eher Situationsvariablen zur Erklärung herangezogen, bei dem Verhalten von anderen Personen bevorzugt Personenvariablen. Jones und Nisbett (1972) nennen dafür als kognitive Gründe, dass der Handelnde im Unterschied zum Beobachter um sein vergangenes Verhalten und sein Handeln in ande-

ren Situationen weiß und die eigenen Absichten kennt. Außerdem ist die Aufmerksamkeit anders verteilt. Bei den motivationalen Gründen geht es um die Gründe, die den Handelnden dazu bringen können, sich stärker auf situative Erklärungen zu verlegen. Das sind insbesondere Motive des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung. Deshalb werden Erfolge eher internal, also der eigenen Person, zugeschrieben, während Misserfolge eher externen, situativen Umständen attribuiert werden (Sader & Weber, 2000, S. 73-88). Weiner (1979) hat Ursachenerklärungen zusätzlich danach unterschieden, ob sie als stabil, also über die Zeit unveränderlich, oder als variabel wahrgenommen werden. Eine weitere Differenzierung besteht darin, ob die Kausalelemente intentional, d.h. durch das attribuierende Individuum kontrollierbar oder unintentional, also unkontrollierbar sind (Rosenbaum, 1972, zitiert nach Försterling, 1986, S. 30-31).¹⁰

Für meine Fragestellung ist insbesondere auch relevant, welche emotionalen, motivationalen und kognitiven Folgen unterschiedliche Attributionen in Bezug auf Identität und den Umgang mit anderen Menschen haben (vgl. Sader & Weber, 2000 [1996], S. 88).

2.3.1.3 *Identität*

In einer psychologischen Perspektive lässt sich Identität als das Bild verstehen, das eine Person von sich selbst hat (vgl. Zaumseil, 1997, S. 148). Aufgrund dieser Selbstkonstruktion kann nur das betreffende Individuum selbst Aussagen über seine Identität machen. Zum einen muss Identität von Persönlichkeit als der Gesamtheit der psychischen Merkmale einer Person differenziert werden, zum anderen von dem Konzept der Rolle, die sich als das Bündel der gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen in der Lebenswelt eines Menschen verstehen lässt. Denn Identität besteht anders als Persönlichkeit und Rolle im Bewusstsein eines Menschen. Als relationaler Begriff gibt Identität z.B. darüber Auskunft, wie eine Person im Vergleich zu früher ist oder hier im Vergleich zu dort (Haußer, 1995, S. 3-4). In Haußers Definition ist Identität „die Einheit aus Selbstkonzept, Selbstwertgefühl

¹⁰ Die attributionstheoretischen Überlegungen spielen auch für meine eigene Rolle als teilnehmender Beobachter eine wichtige Rolle. Vgl. dazu Kapitel 5.

und Kontrollüberzeugung eines Menschen, die er aus subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen über Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und personale Kontrolle entwickelt und fortentwickelt und die ihn zur Verwirklichung von Selbstansprüchen, zur Realitätsprüfung und zur Selbstwertherstellung im Verhalten motivieren.“ (S. 66). Für Heinz (2006) entsteht Identität „in jedem präreflexiven Zugriff auf das Gedachte und Gefühlte“ (S. 389). Insofern konstruiert sich Identität nach Giddens (1991) kontinuierlich neu beim Austausch mit der sozialen und kulturellen Umwelt (vgl. Bruner, 1990).

2.3.1.4 *Semiotik*

Leferink (1997a) weist darauf hin, dass die Theorie der sozialen Repräsentationen (Moscovici, 1984) eine Reihe von theoretischen Problemen mit sich bringt, insbesondere in Bezug auf die Frage nach den Repräsentationen: Was, wie, von wem und für wen, mit welchen Mitteln wird repräsentiert? Deswegen muss sie durch die Theorie des Zeichens und der Interpretation fundiert werden (z.B. Eco, 1987 [1975]). So wird auch klar, dass alles, was repräsentiert wird, seinerseits selbst repräsentieren kann. Die psychischen Störungen werden nicht nur sozial repräsentiert, sondern die Gesellschaft repräsentiert sich umgekehrt in den psychischen Störungen (S. 31-32).

Ich möchte an dieser Stelle Leferinks Konstitutionsthese zum Zusammenhang von Kultur und Krankheit erläutern. Der Begriff ‚Konstitution‘ bezieht sich darauf, wie eine Interpretationsgemeinschaft dazu kommt, etwas als etwas zu betrachten. ‚Artikulation‘ beschreibt die Möglichkeiten, welche die Kultur einer Krankheit (bzw. den Kranken) gibt, sich mit den Mitteln dieser Kultur zum Ausdruck zu bringen und sich Gehör zu verschaffen. Die ‚Zeichenfunktion‘ umfasst die Eigenschaft einer Krankheit oder eines Problems, als Zeichen oder symbolisches Modell zu gelten, mit dem sich die Interpretationsgemeinschaft über die moralischen und kognitiven Grundlagen ihres Diskurses verständigt. Ein Zeichen ist ‚alles‘, „was auf-

grund einer vorher festgelegten sozialen Konvention als etwas aufgefasst werden kann, *das für etwas anderes steht.*“ (Eco, 1987 [1975], S. 38)¹¹

Die interpretative Beziehung ist nicht kausal, sondern ‚triadisch‘ bzw. ‚tri-relativ‘. Sie besteht aus einem Objekt, einer Repräsentation (einem Zeichen, einem symbolischen Modell) und einer Vermittlung, dem ‚Interpreten‘.¹² Sobald eine Interpretationsgemeinschaft nun lernt, ein Konglomerat von Sachverhalten nicht mehr als Summe dieser Sachverhalte aufzufassen, sondern ‚als etwas‘, beginnt die Konstitution eines Phänomens. Sie umfasst den Zusammenhang von psychosozialen Expressionsformen der Betroffenen einerseits mit den gesellschaftlichen Vermittlungsmodellen, andererseits auch insbesondere mit den Interpretationsmodellen. In den Interpretationen werden (mehr oder weniger) rohe empirische Fakten (z.B. A schlägt jemanden) anhand eines ‚kulturellen Kodes‘ übersetzt. Die Gesamtheit dieser Kodes im Hinblick auf die Phänomengruppe bildet nach Leferink das, was er ein ‚Verständnis‘ nennt. Der Gegenstand des Verständnisses ist der übersetzte Sachverhalt und kann mit Eco (2002 [1968]) als ‚kulturelles Objekt‘ definiert werden. Es ist ein Gegenstand innerhalb einer syntaktischen, semantischen und pragmatischen Ordnung, welcher von der Interpretationsgemeinschaft geschaffen bzw. erzeugt wird. Damit bestimmte psychische Krankheiten entstehen können, müssen im Sinne von Wittgenstein (1984 [1953]) in der Kultur die entsprechen Bedingungen ‚vorbereitet‘ sein (Leferink, 1997a, S. 47-48). Für Harré (1995) sind soziale Repräsentationen Zeichensysteme. Die Regeln und Konventionen stellen ihre Gebrauchsanweisungen dar.

2.3.1.5 *Bewertungsprozesse*

Jodelet (1997, S. 290) zeichnet einen Bewertungsprozess psychisch Kranker in einer ländlichen Gemeinde Frankreichs nach. Die Kranken werden

11 Dazu gehören auch Gesten oder Verhaltensweisen ohne Kommunikationsabsicht, bei denen der Sender sich nicht der enthüllenden Qualität seines Verhaltens bewusst ist (Eco, 1987 [1975]).

12 Leferink bezieht sich hierbei auf das Zeichenmodell von Peirce (in Sebeok, 1979 [1976], S. 20).

als unrein gesehen und unterliegen bestimmten Reinigungsritualen, die an Douglas' (1988 [1966]) Untersuchungen erinnern. Der Krankheit und den Kranken werden Eigenschaften des Bösen zugeschrieben, die sich durch Kontakt übertragen können. Im Sinne von Douglas stellt ein solcher Kontakt also eine Tabuverletzung dar (vgl. Finzen, 2001 [2000]).

„Körperzeichen porträtieren – buchstäblich: sie präsentieren und repräsentieren – genau die Vorstellung des Leidenden von seiner Krankheit.“ (Szasz, 1975 [1961], S. 138). In der Symbolik des – kulturell geprägten – Symptoms führt der Kranke seine Beschwerden vor. Andererseits werden dem Kranken auch Zeichen von anderen zugeschrieben. Dabei können viele Zeichen auf einen Inhalt verweisen oder ein Zeichen kann viele Inhalte bedeuten. Das Zeichen oder Symbol vermittelt als vielschichtiges Sinngefüge Kommunikation von der inneren subjektiven Welt des Kranken und von äußeren Ereignissen der Vergangenheit und Gegenwart an die Personen, die es verstehen können (Ricoeur, 1969 [1965]; vgl. Kleinman, 1988, S. 150). Die Handlungen des Kranken werden ebenfalls symbolträchtig.

Psychische Krankheit bedroht als soziales Phänomen die soziale Ordnung (vgl. Kleinman, 1988, S. 124). Insofern gehen soziale Repräsentationen und Zeichenzuschreibungen einher mit sozialen Kontrollprozessen in der alltäglichen Lebenswelt. Damit sind alle Zuschreibungsprozesse gemeint, die im Alltagsleben zwischen dem Betroffenen und den Bezugspersonen in seinem sozialen Netzwerk stattfinden. Diese Prozesse sind für das soziale Schicksal der Person bedeutsam. Die betroffene Person ist – wie oben beschrieben – selbst ein beteiligter Akteur an einem Aushandlungsprozess, in dessen Verlauf sich die Beteiligten darauf einigen, was mit der Person los sei. Keupp (1994, S. 57-59) teilt diese Interaktionsprozesse in drei Phasen.

1. Sie beginnen mit einem Problem: Irgendeine Unregelmäßigkeit wird wahrgenommen, die den eingespielten Ablauf normaler Alltagsroutinen der Beteiligten stört.
2. Wenn die Störung einen gewissen Grad erreicht, so dass sie nicht mehr ignoriert werden kann, beginnt ein Aushandlungsprozess: Die Beteiligten denken über die Störung nach und versuchen gemeinsam zu klären, was los ist.

3. Grundsätzlich sind nun zwei Verläufe des Aushandlungsprozesses möglich: Im ersten Fall schaffen es die Beteiligten, das störende Verhalten im Rahmen geteilter Normalitätsvorstellungen zu interpretieren; die Störung wird also normalisiert. Im zweiten Fall misslingt dieser Versuch – z.B. weil die Störung zu massiv ist, weil der Störer sich den Normalisierungsbemühungen der anderen verweigert oder weil kein entsprechendes soziales Netzwerk vorhanden ist, in dem sich intensive Integrationsbemühungen vollziehen könnten – und es wird Devianz zugeschrieben. Wahrscheinlich erfolgt nun als nächster Schritt der Kontakt mit einschlägigen professionellen Instanzen.

Die sozialen Repräsentationen konstituieren ein dynamisches System von Bedeutungen, die kontinuierlich auf der Grundlage von komplexen Machtbeziehungen zwischen sozialen Agenten neu kreiert werden: zum einen zwischen verschiedenen Professionellen bzw. Heilern und zum anderen zwischen Professionellen bzw. Heilern und Klienten (vgl. Loyola, 1997). Außerdem beeinflussen sie auch die Erwartungen der als „psychisch krank“ eingestuften Personen hinsichtlich von Abwertungsprozessen und Diskriminierung. Das kann zu Selbstabwertung und Ängsten vor Zurückweisung durch andere führen. Schon derartige Erwartungen können also psychologische und soziale Funktionsstörungen mit sich bringen (Link, 1987). Nach einer US-amerikanischen Studie führen die ganz unterschiedlichen individuellen Strategien des Verschweigens, des offenen Informierens wie auch des Vermeidens von potentiell negativen Situationen zu Diskriminierung (Link, Mirotznik & Cullen, 1991). Das zeigt die Bedeutung des soziokulturellen Kontextes für das persönliche Erleben psychischer Krankheit.

2.4 Relationale Sichtweisen

Gergen und Gergen weisen darauf hin, dass durch das Erzeugen neuer konzeptueller Ressourcen und neuer Sichtweisen auf menschliches Verhalten neue Alternativen für kulturelles Handeln gefunden werden könnten. Insbesondere in Bezug auf multi-kulturelle Beziehungen sehen sie die Notwendigkeit, die Theorien über intra-psychologische Prozesse durch eine Sichtweise zu ersetzen, die den Schwerpunkt auf Beziehungen legt (Gergen & Gergen, 1997).

2.4.1 Sozialer Konstruktivismus

Wissen wird in ihrem Ansatz des sozialen Konstruktivismus in sozialen Austauschprozessen konstruiert, basierend auf der Rolle von Sprache in sozialen Beziehungen (vgl. Luckmann, 1990). Es hat vor allem soziale Funktionen. Der Zugang zur Erfahrungswelt, also zur natürlichen und sozialen Umwelt mit ihren Ereignissen und Aktivitäten, läuft über die vom wahrnehmenden Subjekt konstruierten Begriffe und das daraus gebildete Wissen ab. Damit werden dann Erfahrungen interpretiert. Die Erfahrungen werden verstanden und ihnen werden Bedeutungen zugeschrieben (Flick, 2003 [2000], S. 154-155).

Der Grundstein für relationale Konzepte wurde bereits von Vygotsky (1978) und Wittgenstein (1984 [1953]) gelegt. Nach Wittgenstein (1984 [1953]) sind Wörter keine Landkarten der Wirklichkeit, sondern bekommen ihre Bedeutung durch ihren Gebrauch im sozialen Austausch, in den *Sprachspielen* der jeweiligen Kultur.

Wir können uns auch denken, dass der ganze Vorgang des Gebrauchs der Worte ... eines jener Spiele ist, mittels welcher Kinder ihre Muttersprache erlernen. Ich will diese Spiele »Sprachspiele« nennen ... Und man könnte die Vorgänge des Benennens der Steine und des Nachdenkens des vorgesagten Wortes auch Sprachspiele nennen. ... Ich werde auch das Ganze: der Sprache und der Tätigkeiten, mit denen sie verwoben ist, das »Sprachspiel« nennen. (S. 241)

Das Fundamentale ist also die soziale Aktivität, durch die Sprache und Denken¹³ produziert wird und durch die damit Bedeutung entsteht. Sie ist insofern revolutionär, als neue Bedeutungen produziert werden können (vgl. Newman und Holzman, 2002 [1993]). Sprachspiele sind für Wittgenstein (1984 [1953]) eine *Lebensform*. „Das Wort ‚Sprachspiel‘ soll hier hervorheben, dass das Sprechen der Sprache ein Teil ist einer Tätigkeit, oder einer Lebensform.“ (S. 250). Die *sprachliche Lebensform* schafft auf produktive Weise Beziehungen, Verhalten und Identitäten (vgl. Searle, 1971).

13 Denken und Sprechen gehören bei Wittgenstein (1984) zusammen.

Vygotsky (1978) hat versucht, die beiden Dualismen Subjektivität und Objektivität des Geistes sowie Individuum und Gesellschaft zu synthetisieren. In seiner Sicht sind Denken und Sprechen sowie Lernen und Entwicklung soziale, kulturelle und historische Aktivitäten. Dazu schaffen sich Menschen *Zonen proximaler Entwicklung* (ZPD), in denen – im Gegensatz zur Auffassung Piagets – Lernen die Entwicklung leitet. Für Newman und Holzman (1996, S. 158) entsprechen die ZPDs der Idee der Lebensform bei Wittgenstein. In diesem Verständnis ist die ZPD eine Lebensform, in der Menschen kollektiv und relational ihr Lernen und ihre Entwicklung gestalten, darüber hinausgehend, was das einzelne Individuum allein erreichen könnte. Ebenfalls anders als bei Piaget (vgl. Bringuier, 1996) spielt dabei die soziale Einheit, die Gruppe, also die entscheidende Rolle (vgl. Newman & Holzman, 2002 [1993]).

Die sozialen Repräsentationen bilden die Grundlage, auf der das Selbstverständnis aufgebaut wird (Oyserman & Arus, 1995).

2.4.2 Selbstkonzept

Für Gergen gibt es keinen Raum mehr für ein autonomes Selbst. In seiner Konzeption eines *pluralistischen Selbst* internalisieren wir in unseren täglichen Interaktionen mit anderen deren Sichtweisen, Einstellungen, Meinungen und Werthaltungen (Gergen, 1996 [1991]).

Die Individuen sind nur Bestandteile der viel fundamentaleren Einheit der Beziehung. In diesem Sinne tut sich nun die Möglichkeit auf, Identität nicht als einen Gegenstand anzusehen, nicht als einen persönlichen Besitz, etwas, das ‚mir‘ gehört. Das Selbst ist nunmehr nichts als ein Knotenpunkt in der Verkettung von Beziehungen. Jeder Mensch lebt in einem Netzwerk von Beziehungen und wird in jeder von ihnen jeweils unterschiedlich definiert. (Gergen, 1990, S. 197)

Diese Konzeption ist sicherlich insofern bedenklich, als Menschen in jede Interaktion schon mit vorhandenen Konstrukten hineingehen und die Interaktion daneben auf der Folie ihrer Erwartungen strukturieren und interpretieren (vgl. Kelly, 1955; Mischel, 1973). Gergen unterstellt hingegen eine ungefilterte Einverleibung von Informationen (Sader & Weber, 2000

[1996], S. 168). In einer wechselseitig abhängigen Perspektive auf das Selbst – wie sie in vielen nicht-westlichen Ländern anzutreffen ist – steht die Verwandtschaft und Verbundenheit mit anderen im Vordergrund. In der gemäßigeren Konzeption von Markus und Kitayama (1991) besitzt und zeigt das interdependente Selbst auch situationsspezifische internale Attribute wie eigene Fähigkeiten, Meinungen oder persönliche Charakteristika. Allerdings spielen die eigenen Überzeugungen und Fähigkeiten in vielen Bereichen des sozialen Lebens nur eine untergeordnete Rolle. Das Individuum wird erst ganz und heil, indem es seinen richtigen Platz in der sozialen Einheit einnimmt. Das hat entscheidende Auswirkungen auf Handeln, Wahrnehmung und Attributionsprozesse. Geertz (1999 [1973]) argumentiert in eine ähnliche Richtung:

Die abendländische Vorstellung von der Person als einem fest umrissenen, einzigartigen, mehr oder weniger integrierten motivationalen und kognitiven Universum, einem dynamischen Zentrum des Bewusstseins, Fühlens, Urteilens und Handelns, das als unterscheidbares Ganzes organisiert ist und sich sowohl von anderen solchen Ganzheiten als auch von einem sozialen und natürlichen Hintergrund abhebt, erweist sich, wie richtig sie uns auch scheinen mag, im Kontext der anderen Weltkulturen als eine recht sonderbare Idee. (S. 294)

Innerhalb verschiedener lokaler Kontexte existieren viele Versionen des Selbst und der Persönlichkeit, die in Beziehung zu anderen Individuen, den Gemeinschaften, Institutionen und oft auch Geistern und Göttern konstruiert werden (vgl. Lewis-Fernández & Kleinman, 1994; Lee & Urban, 1989). In Indien zum Beispiel wird die Person als wechselndes, offenes Bündel von zwischenmenschlichen Beziehungen gesehen. Insofern werden Emotionen, Probleme und Konflikte vor allem in direkter Beziehung zu interpersonellen, externen Bedingungen gesetzt und viel weniger als Ausdruck intrapsychischer Konflikte gesehen (Neki, 1976; van Quekelberghe, 1991).

Der sprachliche Kontext bildet die Beziehungsumwelt für psychische Krankheiten. Was als Krankheit erlebt und so bezeichnet wird, wird durch den Akt der Versprachlichung zur sozialen Konstruktion. Und damit rea-

gieren Menschen nicht nur auf die Krankheit, sondern konstruieren die Phänomene mit, mit denen sie es zu tun haben. Um ein Problem wie auffälliges Verhalten entwickelt sich ein, durch die Kommunikationen darüber charakterisiertes, Sozialsystem (von Schlippe & Schweitzer, 1998 [1996], S. 101-102).¹⁴

2.5 *Candomblé, Umbanda und Kardecismo*

In Brasilien sind die drei wichtigsten synkretistischen Gruppen, die spiritistisch sind bzw. mit Medien arbeiten, *Candomblé*, *Umbanda* und *Kardecismo* (Hess, 1994). Ihre enge Verwandtschaft wird in den hybriden Formen des *Candombanda* oder des *Umbandomblé* deutlich (Scharf da Silva, 2004, S. 15). Alle drei Religionen finden sich auch in anderen lateinamerikanischen Ländern sowie in Europa und den USA (Brown, 1994 [1986], S. 2-3).

2.5.1 *Candomblé*

Candomblé hat sich im Kontext des Kolonialismus und des Sklavenhandels entwickelt. Ab der Mitte des 16. Jahrhunderts bis zur Abschaffung der Sklaverei im Jahr 1888 wurden nach Schätzungen über vier Millionen Sklaven aus Afrika nach Brasilien gebracht. Hier mussten sie auf Plantagen im Nordosten der portugiesischen Kolonie arbeiten. Der Name *Candomblé* stammt vermutlich von dem Wort *candombe*, einem Gemeinschaftstanz, der von den Sklaven auf Kaffeeplantagen aufgeführt wurde (Krippner, 2000, S. 68-69).

Entsprechend der unterschiedlichen Herkunft der Sklaven gibt es verschiedene Richtungen im *Candomblé*. Der *Candomblé* der ethnischen Gruppe der Yoruba (*nagô-ketu*) mit den Unterteilungen *efà* / *ijexá* ist am bekanntesten. Daneben gibt es den *Candomblé de egum*, *Xangô* mit den Unterteilungen *nagô* / *eba* und den *Batuque* der Yoruba-Tradition; außerdem existieren

14 Als ‚Problem‘ wird etwas betrachtet, was von jemandem einerseits als unerwünschter und veränderungsbedürftiger Zustand angesehen wird, andererseits auch als prinzipiell veränderbar gilt (von Schlippe & Schweitzer, 1998 [1996], S. 103).