

Wahnsinn als Besessenheit

Berliner Beiträge zur Ethnologie

Band 18

Markus Wiencke

Wahnsinn als Besessenheit

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

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 Heil-Berufen, 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.

Im fünften Kapitel setze ich mich im ersten Unterkapitel zunächst selbstreflexiv mit meinem Forschungsaufenthalt auseinander, bevor ich im zweiten Unterkapitel kurz die Ergebnisse bewerte. Anschließend folgen eine Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen der spiritistischen Konzeption sowie eine Skizzierung weiterführender psychologischer Ansätze.

Die Arbeit endet mit einem Fazit und Ausblick. Hier wird kurz erläutert, inwieweit sich aus den Ergebnissen positive Anregungen für die deutsche Psychiatrie ergeben.

Anschließend erläutert ein Glossar die wichtigsten Begriffe aus den drei Religionen. Den Abschluss bildet das Literaturverzeichnis.