

Aus:

MARKUS WIENCKE

Kulturen der Gesundheit

Sinnerleben im Umgang mit psychischem Kranksein.
Eine Anthropologie der Gesundheitsförderung

Juni 2011, 306 Seiten, kart., farb. Abb., 32,80 €, ISBN 978-3-8376-1690-3

Die individuumszentrierte Sicht auf Gesundheit und Krankheit wird in diesem Buch um soziale und bedeutungshaltige Dimensionen ergänzt. Markus Wiencke zeigt, wie die soziale Perspektive auf Gesundheit mit dem entwickelten Konzept des »geteilten Sinnerlebens« in kulturellen Settings mit ihren jeweils speziellen Ressourcen und Machtstrukturen wurzelt.

Er zeichnet die Umrisse einer psychologischen Anthropologie der Gesundheitsförderung an Beispielen des Umgangs mit psychischem Kranksein in Deutschland, Chile und Brasilien und macht deutlich, dass die Positionierung innerhalb von sozialen Praktiken, Sinnwelten und moralischen Ordnungen ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Gesundheitswissenschaft ist, die von »individual« bis zu »public health« reicht.

Markus Wiencke (Dr. phil.) ist Diplom-Psychologe und Ethnologe (M.A.) und lebt in Berlin.

Weitere Informationen und Bestellung unter:

www.transcript-verlag.de/ts1690/ts1690.php

Inhalt

Vorwort von Manfred Zaumseil | 7

Danksagung | 13

1 Einleitung | 15

- 1.1 Konkrete Gründe für die Auswahl der Untersuchungsorte | 17
- 1.2 Aufbau der Arbeit | 23

2 Entwicklung der Fragestellung | 27

- 2.1 Schizophrenie | 27
- 2.2 Recovery | 31
- 2.3 Setting | 37
- 2.4 Sinn und Bedeutung | 63
- 2.5 Fragestellung | 75

3 Methoden und Durchführung | 77

- 3.1 Begründung des qualitativen Zugangs | 77
- 3.2 Spezifische Anwendung der Methoden in den Settings | 79
- 3.3 Sampling-Strategien im Feld | 87
- 3.4 Allgemeine Informationen zu den Interviews | 91
- 3.5 Der spezifische Prozess der Theorieentwicklung | 99
- 3.6 Theoriebewertung | 105

4 Die Untersuchungsorte | 109

- 4.1 Der Candomblé- und Umbanda-Tempel sowie der Candomblé-Tempel | 109
- 4.2 Die psychosomatische Klinik mit ihrem Diskurs über Spiritualität | 121
- 4.3 Die Gemeindepsychiatrie für die Mapuche | 129

5 Gesundheitsförderung als soziales Geschehen | 139

5.1 Wichtige Schritte im Erkenntnisprozess | 139

5.2 Strukturierung der Daten | 141

5.3 Soziales Geschehen | 146

5.4 Bedeutsamkeit | 189

5.5 Alltagsnähe | 213

6 Diskussion | 255

6.1 Überblick | 255

6.2 Individuelle und soziale Konstruktionsweisen psychischer
Gesundheit und Krankheit | 255

6.3 Spannungsfeld zwischen subjektivem und objektivem
Gesundheitsbegriff | 262

6.4 Verallgemeinerungsmöglichkeiten | 265

Schlussbemerkungen | 269

Glossar | 273

Literatur | 277

Vorwort von Manfred Zaumseil

Die fortschreitende Medikalisierung führt zu einer immer vollständigeren Übernahme von psychischem und körperlichem Leiden und der Aufrechterhaltung von Gesundheit in die medizinische Deutungs- und Interventionshoheit. Hierdurch werden zwar mächtige Einflussmöglichkeiten auf biologische Prozesse eröffnet, aber gesundheitliche Beeinträchtigungen werden aus ihrer sozialen Einbettung herausgelöst. Es kommt zu einer Abtrennung des individuellen Schicksals von sozialen und moralischen Ordnungen und spirituellen Ligaturen. Sinnstiftung wird zu einer individuellen Angelegenheit und Behandlung zur korrekten Anwendung von Techniken. Dies ist eine euroamerikanische Entwicklung, die andernorts in der Welt eher auf Unverständnis trifft und auch im euroamerikanischen Raum immer Gegenströmungen erzeugt.

Markus Wiencke fahndete nach dem, was durch die Medikalisierung aus dem wissenschaftlichen Mainstream ausgeschlossen wurde. Er arbeitet die vor allem wissenschaftlichen Mechanismen dieses Ausschlusses heraus und findet methodische Zugänge, um das Ausgeschlossene sichtbar zu machen. So kann er die Bedeutung des sozialen und sinnbezogenen Umgangs mit dem zeigen, was bei uns als Kranksein der Einzelperson gilt.

M. Wiencke hatte schon in seiner Analyse des Umgangs mit psychisch Kranken in spiritistischen Zentren in Brasilien (2006) gezeigt, dass Menschen, die in der westlichen Psychiatrie als psychisch krank gelten würden, in Zentren der Candomblé- und Umbanda-Religionen in Brasilien eine gänzlich andere als psychiatrische Einbindung erfuhren. Das ihnen zugeschriebene »spirituelle Problem« wurde eher in der sozialen und mit ihr verflochtenen spirituellen Welt ausgemacht und bearbeitet. Gesundheitsfördernd waren anscheinend Sinngebungsprozesse, rituelle Aufführungen, die an die Settings der spirituellen Zentren gebunden waren.

In der vorliegenden Untersuchung ging es ihm darum, die individuumszentrierte Seh- und Umgangsweise von Gesundheit und Krankheit zu überschreiten. Er suchte nach pointierten weiteren Beispielen, mit denen er zeigen und theoretisch ausarbeiten konnte, wie das Gesundwerden und -bleiben in sozialen Setting- und kulturbezogenen Sinngebungsprozessen wurzelt. Auf diese Weise zeichnet er die Umrisse einer psychologischen Anthropologie der Gesundheitsförderung an Beispielen des Umgangs mit psychischem Kranksein.

Er untersuchte sehr heterogene Settings, in denen versucht wird, Sinnstiftung im sozialen Kontext unter Einbeziehung spiritueller Aspekte zu praktizieren: Er reanalysiert die Daten aus der Untersuchung in Brasilien, untersucht eine psychosomatische Klinik in Deutschland und wählt das Beispiel der Bevölkerungsgruppe der Mapuche in Chile, deren traditionelles Verstehen von psychischer Krankheit und ein entsprechender Umgang in offenbar kultursensibler Weise durch einen ambulant arbeitenden gemeindepsychiatrischen Dienst unterstützt und ergänzt wird.

Weltweit dürfte eine eher gemeinschaftsbezogene Konstruktion des Selbst und dessen Gesundheit mit entsprechenden Praktiken einer starken Bindung an Ordnungen der moralisch-spirituellen Sphäre eher die Regel als die Ausnahme sein. Gleichwohl ist das vom Mainstream der Psychiatrie/Psychologie entworfene Bild vom Menschen und von seinen als individuelle Krankheiten gedachten »Störungen« und dessen Therapien ein anderes. M. Wiencke stellt nicht in Frage, dass dieser »westliche« Zugang ein erfolgreich zu beschreitender Weg ist. Er trifft auch im eigenen Denken auf erhebliche Probleme, Störungen anders zu denken als in der Person wurzelnd und deren Bearbeitung anders zu konzeptualisieren als die psychischen und biologischen Mechanismen des Individuums zu modifizieren.

Es war nicht so einfach, theoretische Ansätze zu finden, die den theoretischen Hintergrund für die von ihm untersuchten Phänomene abgeben und seine Fragestellung fundieren könnten. Als Sozialwissenschaftler mit einer Doppelqualifikation in Ethnologie und Psychologie nimmt er eine sehr kritische und kreative Überprüfung sehr disparater sozialwissenschaftlicher Ansätze vor. Die Prüfung zeugt von einer großen theoretischen Breite und Reflektiertheit. M. Wiencke zeichnet die historische und kulturelle Situation nach, in der sich die gegenwärtige Schizophreniekonzeption zusammen mit einer bestimmten Auffassung von Subjektivität in Westeuropa herausbildete.

Er geht dann auf die neuere »recovery«-Diskussion ein und die Frage, wie man mit »Schizophrenie« – der bei uns als beschädigt verstandenen Subjektivität – ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben leben kann. Er findet sowohl im »recovery-Konzept« als auch in der damit verknüpften Idee des »empowerment« Anknüpfungspunkte für eine sozial eingebettete Sinnstiftung, die er im Folgenden versucht, mit dem Begriff des Settings in Verbindung zu bringen. Mit R. Moos präzisiert er Settingmerkmale und geht in Anlehnung an den Sozialpsychologen Kelman der Frage nach, über welche Prozesse soziale Beeinflussung in Settings funktioniert. Das Konzept des kontextabhängigen Selbst von B. Hannover ermöglicht eine theoretische Brücke zwischen independenten und interdependenten Auffassungen der Person.

M. Wiencke reflektiert sehr grundsätzliche Probleme des Verhältnisses von Person zum Kontext und von Kognition zur körperlichen Erfahrung, die in die unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätze aber auch in unterschiedliche Umgangsweisen mit den von ihm untersuchten Phänomenen eingelassen sind. Insbesondere ging es ihm darum, einen angemessenen Zugang zu rituellen und sozialen Handlungen und den damit verbundenen Lernerfahrungen zu finden. Hierbei geht es nach C. Wulf um mimetische Prozesse und kaum bewusste Vorgänge der Sinnvermittlung über den Gebrauch des Körpers, so dass soziale Strukturen praktisch einverleibt werden.

Als letzten Schritt des theoretischen Durchgangs überprüft er die psychologischen Befunde und Ansätze, die dafür sprechen, dass Sinnstiftung gesundheitsförderlich ist. In der Coping-Literatur und der sog. Positiven Psychologie wird in den letzten Jahren – allerdings mit sehr stark kognitiver und individualistischer Ausrichtung – zunehmend nachgewiesen, dass Gesundheit bzw. Stressbewältigung mit Sinnstiftung korreliert. Es wurden eine ganze Reihe von Personeneigenschaften gefunden, die mit Gesundheitsmaßen zusammenhängen. M. Wiencke greift in diesem Zusammenhang das theoretisch etwas reichhaltigere Modell von Antonovsky auf. Bei den reinen Kontextmaßen, die mit Gesundheit korrelieren (wie social capital) vermisst er die Sinndimension.

Er begründet überzeugend, warum er sich bei der Untersuchung Setting-bezogener Sinngebungsprozesse vor allem der teilnehmenden Beobachtung und verschiedener Interviewverfahren bedient. Er arbeitet damit ethnographisch und im Rahmen der Grounded Theory, wobei er die methodologischen Varianten und aktuellen Diskussionen bis hin zu den

neueren Ansätzen berücksichtigt. Datengrundlage seiner Untersuchung waren umfangreiche Beobachtungsprotokolle, Feldnotizen, Forschungstagebücher und 72 transkribierte Interviews. Er befand sich einmal einen Monat und zweimal zwei Monate in den Forschungsfeldern. Besonders hervorzuheben ist die differenzierte Reflexion seiner eingenommenen und zugeschriebenen Rollen im Feld, die Bearbeitung der eigenen Involviertheit und der Balance zwischen Nähe und Distanz, die im Sinne von Devereux interpretativ genutzt wird. Die Teilnahme an Ritualen und performativen Praktiken (bei denen man auch seine eigene (M. W.s) Bessenseheit von Geistern feststellte) war nicht immer leicht aufzuarbeiten. Er scheute auch nicht den Ernteeinsatz bei den Mapuche in Chile, der den Zugang zu den Leuten im Dorf erleichterte. Er legt differenziert Rechenschaft über das Sampling der Forschungsfelder und der Personen/Episoden im Feld ab. Selten findet man auch eine so gründliche Reflexion des Einflusses von Übersetzern auf die Qualität der Daten.

Markus Wiencke führt dann sehr lebendig in die Untersuchungsorte ein und entfaltet im fünften Kapitel entlang der nun fertig wirkenden, aber tatsächlich bis zuletzt beim Schreiben noch weiter entwickelten Kategorien das, was er »geteiltes Sinnerleben« nennt. Das, was er als gesundheitsförderlich in den drei Settings identifiziert, steckt im dort aufgeführten sozialen Geschehen und realisiert sich in der emotionalen körperlich/sinnlich erlebten Teilnahme. Diese Unmittelbarkeit, die mehr oder weniger in die sakrale Dimension hineinreicht, verleiht dem geteilten Sinnerleben Bedeutsamkeit. Das Sinnerleben wird außerdem dadurch gesundheitsförderlich, dass es auf bestimmte Weise eine Nähe zum Alltag der Teilnehmer aufweist. Diese drei Bestimmungsstücke des geteilten Sinnerlebens (Soziales Geschehen, Bedeutsamkeit und Alltagsnähe) geben dann die Gliederung des Ergebnisteils ab, in dem das umfangreiche und anschaulich präsentierte Belegmaterial jeweils für die drei untersuchten Settings auf die theoretische Struktur abgebildet wird und diese auf plastische und überzeugende Weise glaubhaft macht.

In der Diskussion wird die individuelle Konstruktionsmöglichkeit der sozialen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit noch einmal pointiert gegenüber gestellt. Aussagekräftig und interessant ist der Nachweis, dass die Basis-Ingredienzien einer individuumszentrierten erfolgreichen Beziehung zwischen Therapeut und Klient (nach Grawe) gerade nicht auf das gesundheitsförderliche geteilte Sinnerleben passen. Es handelt sich

hier offenbar um eine andere – eben soziale – Form der Wiederherstellung von Gesundheit.

Die soziale Dimension von Gesundheit wurzelt mit dem entwickelten Modell des geteilten Sinnerlebens in kulturellen Settings mit ihren jeweils speziellen Ressourcen und Machtstrukturen. Auf dem Wege zu einer umfassenden Gesundheitswissenschaft, die von »individual« bis zu »public health« reicht, wäre die Positionierung innerhalb von sozialen Praktiken, Sinnwelten und moralischen Ordnungen ein zentraler Baustein, der in der Literatur unterrepräsentiert ist.

Manfred Zaumseil

1 Einleitung

Schwere psychische Krankheit erschüttert die Ziele und Bedeutungen, mit denen ein Mensch lebt (Kloos, 2004). Chronisch psychisch Kranke müssen mit großen Brüchen in ihren Biographien zurechtkommen, das Bemühen um Sinnfindung wird damit zu einem zentralen Problem (vgl. Estroff, 2004). Es spricht viel dafür, dass eine positive Sinnstiftung den Prozess der *Recovery* maßgeblich beeinflusst (vgl. Davidson, Sells, Sangster & O'Connell, 2005). In dieser Arbeit folge ich Wulffs (1992) Differenzierung zwischen Sinn und Bedeutung, wobei Sinn die subjektive Bezugnahme eines Menschen auf verallgemeinerte Bedeutungen darstellt. Eine Person, die in einer psychiatrischen Einrichtung die Diagnose ›Schizophrenie‹ erhält, bekommt als Referenzpunkt für ihre subjektiven »verrückten« Erfahrungen die allgemeinen Bedeutungen des Schizophrenie-Konzepts. Problematisch an dieser Bezugnahme ist, dass an das Konzept der Schizophrenie historisch Vorstellungen von Chronizität mit lebenslangem Defekt und schwerer Behinderung geknüpft wurden (Zaumseil, 2006a, S. 333-334). Für Estroff (1993) entsteht Chronizität durch

»the temporal persistence of self-and-other-perceived dysfunction; continual contact with powerful others who diagnose and treat; gradual but forceful redefinition of identity by kin and close associates who observe, are affected by, or share debility; and accompanying loss of roles and identities that are other than illness-related.« (S. 259)

Die in diesem Zitat postulierte Fusion von Krankheit und Identität betont sehr stark den negativen Aspekt; bei vollständiger Fusion wäre man nur noch krank und keine Person mehr (Zaumseil, 1997, S. 158). Nimmt man hingegen zunächst einen Zusammenhang zwischen Chronizität und unterschiedlichen Arrangements zwischen einer Person und ihrer Um-

welt an (Zaumseil, 1997), erscheint die bedrohliche Fusion von Identität und Krankheit als stark kontextabhängig (vgl. Wiencke, 2009a).

Diese Gedanken bilden den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. Ich untersuche, inwiefern die Konzeptionen von und der Umgang mit Phänomenen, die sich dem Konstrukt der Schizophrenie zuordnen lassen, an einen spezifischen Kontext gebunden sind. Auf diese Weise sollen Antworten auf die Frage gefunden werden, unter welchen Kontextbedingungen sich ein Mensch mit der Diagnose Schizophrenie als Person behaupten und damit eine »positive« Sinnstiftung gelingen kann. Um diese Frage empirisch untersuchen zu können, habe ich den allgemeinen Begriff des Kontexts mit konkreten Settings spezifiziert. Besonders ergiebig erschien der Ansatz, soziokulturell stark differierende Settings zu untersuchen, da ich mir durch die Maximierung der Unterschiede einen breiteren Blick auf Setting-bezogene Sinngebungsprozesse erhoffte. Aus diesem Grund habe ich bewusst nicht nur soziokulturell stark voneinander abweichende Settings gewählt, sondern auch strukturell in hohem Maße variierende Settings. Dazu greife ich auf die Vorarbeiten meiner Diplomarbeit zurück, in der ich im August und September 2004 in Zentren der Religionen *Candomblé* und *Umbanda* untersucht habe, wie psychische Krankheit konzeptualisiert und wie mit psychisch Kranken umgegangen wird (Wiencke, 2009b). In der Dissertation wurde die Untersuchung mit teilnehmender Beobachtung (Spradley, 1980) und problemzentrierten Interviews (Witzel, 1989) auf die beiden soziokulturell stark differierenden Settings einer deutschen psychosomatischen Klinik, in der ein Diskurs über Spiritualität mit einbezogen wird, und einer Gemeindepsychiatrie in Chile ausgedehnt. Die Untersuchungen fanden jeweils für zwei Monate vor Ort statt, in Deutschland im Jahr 2006 und in Chile im Jahr 2007. Im Rahmen der Forschungsstrategie der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss, 1998) habe ich ein heuristisches Modell entwickelt, das die notwendigen Bedingungen für eine »positive« Sinnstiftung bei Schizophrenie in den drei Settings beschreibt (vgl. Kapitel 5.1).

Aus dem Modell wurde die zentrale These dieser Arbeit abgeleitet:

Ein möglicher Weg Gesundheit zu konstruieren, ist, sie als ein emotionales, körperliches und soziales Geschehen zu begreifen. In dem im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Konzept des »geteilten Sinnerlebens« wird Gesundheit in der physischen Umgebung eines Settings und gleichzeitig alltäglichen Vollzügen verankert. In alltagsnahen, mit anderen Personen geteilten Praktiken wird eine Wirklichkeit erzeugt, die für die teilneh-

menden Personen gesundheitsfördernd sein kann. Damit bewegt sich das Konzept im Spannungsfeld zwischen einem subjektiven und objektiven Gesundheitsbegriff.

Auf das Phänomen der Schizophrenie bezogen, lässt sich die These zuspitzen: Eine spezifische Form der Sinnstiftung kann bei Schizophrenie (und anderen schweren psychischen Störungen) gesundheitsfördernd sein. Die positive Sinnstiftung ist an die emotionale und körperliche Teilnahme am sozialen Geschehen spezifischer Settings geknüpft. Dabei ist unter ›gesundheitsfördernd‹ in erster Linie ein Zurechtkommen mit der Erkrankung im Alltag zu verstehen.

1.1 KONKRETE GRÜNDE FÜR DIE AUSWAHL DER UNTERSUCHUNGSORTE

Parallel zu meinem Studium der Psychologie habe ich auch Ethnologie studiert. Durch das Studium der Ethnologie erschienen mir viele psychologische Konzepte zunehmend universalistisch und kognitivistisch (z.B. die im zweiten Kapitel vorgestellten Konzepte von ›Selbstwirksamkeit‹, ›Optimismus‹ oder ›Kohärenzsinn‹). In besonderem Maße wurde ich mir meiner Voreingenommenheit während einer im Jahr 2001 durchgeführten Untersuchung mit Straßenkindern in Tansania bewusst (vgl. Wiencke, 2009c [2007]). Hier habe ich zum ersten Mal praktisch erfahren, welches Potential ein methodischer Zugang mit teilnehmender Beobachtung und qualitativen Interviews bietet. Denn anders als meine Vorannahmen nahelegten, verstanden sich die Kinder und Jugendlichen, die in der tansanischen Stadt Mwanza auf der Straße lebten, nicht (nur) als gesellschaftliche Opfer, sondern als eigenverantwortlich handelnde Subjekte. In den materiell sehr schwierigen und gewalttätigen Lebensumständen überraschten sie mich durch viel Kreativität und Selbstreflexion, die im Widerspruch zu westlichen Trauma-Konzepten standen.

Durch meine Beschäftigung mit der Klinischen Kulturpsychologie bot sich die Möglichkeit, das in der Ethnologie Erlebte und Gelernte auch in der Psychologie weiterzuverfolgen. Das Erkenntnisinteresse richtet sich hier auf die kulturellen Besonderheiten und die damit verbundenen spezifischen Bedeutungen und Kontexte. Man erforscht die kontextspezifischen Verständnisse und Umgangsweisen mit (psychischer) Gesundheit und Krankheit (vgl. Zaumseil, 2007, S. 101). Das Konstrukt der Schizophrenie

weckte mein Interesse, weil Schizophrenie nach der epidemiologischen Datenlage zwar eine universelle Möglichkeit des Menschen ist, sich jedoch die psychosoziale Realität von Personen mit dieser Krankheit in Abhängigkeit von Kultur und Gesellschaft erheblich unterscheidet (Zaumseil & Leferink 1997, S. 7-8). Hier bot sich eine äußerst interessante Vermischung zwischen biologischen und kulturellen Faktoren, die zu sehr unterschiedlichen Umgangsweisen führen konnte.¹ Zaumseil und Leferink (1997) verstehen Schizophrenie »phänomenologisch als ein eigentümliches psycho-soziales Anderssein einer Person und genetisch als eine komplexe biopsychosoziale Reaktion und Antwort des Individuums auf verschiedene Arten von Belastung, Beeinträchtigung und Infragestellung, die ihrerseits psychische, soziale und körperliche Komponenten haben können« (S. 7). Mit dem Begriff der Antwort betonen die Autoren, »daß hier nicht ein Organismus reagiert, sondern eine Person involviert ist« (S. 7). Schizophrenie ist eine Interaktionswirklichkeit (vgl. Zaumseil, 2006a) und als solche nicht trennbar vom Kontext, in dem sie täglich erfahren, diagnostiziert und behandelt wird (vgl. Barrett, 1996).

Es finden sich entsprechend viele Hinweise, dass die bessere Prognose, die der Schizophrenie in sogenannten Entwicklungsländern gegenüber Industrienationen gegeben werden kann, soziale und kulturelle Ursachen hat (Zaumseil, 2006a; Kleinman, 1988; Sartorius, Jablensky, Ernberg, Leff, Korten & Gulbinat, 1987; Waxler, 1977; Murphy & Raman, 1971). Dort genesen die Personen mit der Diagnose Schizophrenie häufig schneller und zeigen weniger chronifizierte Symptome als in Industrieländern. Hopper (2004) hat die Serie der weltweit durchgeführten WHO-Studien zur Schizophrenie erneut analysiert und bestätigt, aber deutlich gemacht, dass vollkommen unklar ist, welchen Einfluss Kultur auf die Ergebnisse hat. Allerdings könnte nach einer Substudie, in der Familien in Dänemark und Indien miteinander verglichen wurden, der günstigere Verlauf für Schizophrenie in Indien mit den niedrigeren Werten für Expressed Emotion zusammenhängen (vgl. Jenkins, 1991). Für Waxler (1977) wird Schizophrenie in den Entwicklungsländern häufig als akutes Problem wahrgenommen. Entsprechend gebe es die soziale Erwartungshaltung, dass psychisch Kranke wieder gesund würden. In einer Studie wur-

1 | Für Horwitz (2003) setzen sich psychische Störungen immer aus kulturspezifischen und universalen Komponenten zusammen: »mental disorders are internal dysfunctions that a particular culture defines as inappropriate« (S. 12).

de die öffentliche Bewertung psychisch kranker Personen auf Bali und in Tokio vergleichend untersucht. Ergebnis der Studie war, dass Menschen mit Schizophrenie auf Bali positiver bewertet wurden als in Tokio. Dies wurde zum einen mit der tendenziell geringeren Hospitalisierungsrate in Zusammenhang gebracht: Durch den häufigeren Umgang mit psychisch Kranken in der Öffentlichkeit scheinen Ängste reduziert zu werden und für die betroffenen Menschen kann ein gesundheitsfördernderes Umfeld entstehen. Zum anderen wurde auf Bali psychische Krankheit externen Faktoren wie spirituellen Kräften oder Schwarzer Magie zugeschrieben. Entsprechend sollten Ärzte nur den sichtbaren Teil der Krankheit behandeln, für den unsichtbaren Teil dagegen waren traditionelle Heiler zuständig (Kurihara, Kato, Sakamoto, Reverger & Kitamura, 2000). An diesen Erläuterungen zeigt sich, wie die kulturellen Interpretationen sowohl die soziale Reaktion auf die psychische Krankheit als auch die subjektive Erfahrung mit dieser formen (vgl. Link & Phelan, 1999; Peltzer, 1996; Jenkins, 1988). Zaumseil (2006a) zeigt in seiner Untersuchung zum alltäglichen Umgang mit Schizophrenie in Java die spezifische Weise, mit der dort das Verhältnis von Integration und gesellschaftlicher Exklusion psychisch Kranker geregelt ist. Er fand eine Art kontrollierende Fürsorge für schwerwiegend psychisch Kranke, die mehr oder weniger scharf in die psychiatrische Kategorie »Schizophrenie« fallen. Das *in vivo*-Konzept des *ngemong* strukturierte den familiären, nachbarschaftlichen und kommunalen Umgang mit psychisch Kranken, wobei deren emotionales Befinden berücksichtigt wurde. Das Konzept des *ngemong* überschchnitt sich mit einem ausgeprägten Bemühen, die real stattfindende Stigmatisierung der psychisch Kranken und ihrer Familien zu verdecken und die psychisch Kranken nicht abschätzig zu behandeln. Sie wurden auch nicht für ihr Handeln verantwortlich gemacht. Dadurch wurde eine für alle Beteiligten sozial akzeptable Wirklichkeit erzeugt, in der niemand beschämt wird. Gemeinsam bemühten sich die Untersuchungsteilnehmenden – insbesondere die psychisch Kranken selbst – die Situation möglichst positiv darzustellen. Widersprüchliche Versionen der Wirklichkeit konnten nebeneinander bestehen bleiben. In vielen Fällen führte diese komplexe Form der kommunalen Problembewältigung tatsächlich zur Integration von psychisch Kranken in ihre Familien und Nachbarschaften. Wurden allerdings aggressive Handlungsweisen der Kranken als *ngamuk* identifiziert, kam es zu harten physischen Kontrollmaßnahmen in der Familie und Nachbarschaft oder auch zum Ausschluss, mit der Konsequenz z.B.

eines Lebens auf der Straße. Wenn eine Familie über ausreichende finanzielle Mittel verfügte, konnte es auch zur Einweisung der Angehörigen in die Psychiatrie kommen.

Mit bestimmten Vorstellungen und Praktiken wird insofern eine kulturell spezifische Wirklichkeit im Umgang mit psychischem Kranksein geschaffen, die für psychisch Kranke sehr folgenreich ist (Zaumseil, 2006a). Vor diesem Hintergrund habe ich bei meiner Diplomarbeit in der Andert-halb-Millionen-Stadt Recife im Nordosten Brasiliens den Umgang mit »Schizophrenie« in Zentren der Religionen Candomblé und Umbanda untersucht (vgl. Wiencke, 2009b). Dabei hing die Wahl des Forschungs-ortes mit meiner Freundschaft zu einem amerikanischen Psychologen zusammen, über dessen Vermittlung ich relativ schnell die nötigen Kontakte herstellen konnte. In der Literatur fand ich Phänomene beschrieben, die an die Symptome des Krankheitskonstrukts »Schizophrenie« erinnerten, in den Religionen des Candomblé und der Umbanda allerdings kulturell stärker akzeptiert und nicht als außergewöhnlich empfunden wurden. Hier wurden derartige Phänomene mit dem Wirken von Geistern in Beziehung gesetzt. Ich habe herausgearbeitet, wie Schizophrenie als »spirituelles Problem« gilt und eine umfassende Umdeutung, Bearbeitung und soziale Unterstützung in den sozialen Settings der Glaubensgemeinschaften erfährt.

Nach meiner Diplomarbeit beschäftigte mich die Frage: Was kann man aus dem, verglichen mit dem psychiatrischen Zugang, gänzlich anderen Umgang mit Schizophrenie hinsichtlich eines deutschen Kontexts lernen? In den Settings von Candomblé und Umbanda lag die Aufmerksamkeit nicht auf der individuellen Krankheit, sondern folgte einem interdependenten Verständnis, mit dem auch die Bezugnahme auf spirituelle Bedeutungswelten zusammenhing. Die Settings schienen besondere Ressourcen zu bieten, mit denen psychisch Kranke Sinn aus ihren Erfahrungen generieren konnten.

Zu Beginn der Promotion arbeitete ich als Psychologe in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft für Menschen mit der Diagnose Schizophrenie. Hier erlebte ich die Schwierigkeiten, die chronisch psychisch Kranke haben, mit den gravierenden Brüchen in ihrer Biographie zurecht-zukommen. Dabei schienen die psychiatrische Praxis und das psychiatrische Krankheitsmodell wenige Anknüpfungspunkte zu bieten. Deswegen habe ich nach weiteren Settings gesucht, die interdependente und

spirituelle² Aspekte enthalten. In diesem Zusammenhang erschienen mir Settings besonders interessant, die versuchen, traditionelle Heilungspraktiken mit biomedizinischen Konzepten zu kombinieren. Die psychosomatische Klinik in Deutschland weckte aus verschiedenen Gründen mein Interesse: Es sollte zunächst auch ein Setting aus dem eigenen kulturellen Kontext untersucht werden. Der Fokus liegt hier auf Milieu- und Gruppentherapie, was einem interdependenten Verständnis des Menschen mit einer Einbettung in soziale Beziehungen nahekommmt. Es werden darüber hinaus explizit spirituelle Aspekte miteinbezogen, pointiert ausgedrückt in dem Konzept der »spirituellen Krise« (vgl. Grof & Grof, 1990a), nach dem psychische Krankheit manchmal auch als nicht ganz gelungener spiritueller Entwicklungsschritt verstanden werden kann. Das Ergänzungsverhältnis der spirituellen Bedeutungswelt zur medizinischen Praxis mit ICD-10-Diagnosen zeigt sich auch in rituellen Praktiken, die – so mein erster Eindruck während einer Orientierung verschaffenden Hospitation – Parallelen zu traditionellen Ritualen wie aus dem Candomblé aufwiesen. Da ich in meiner Diplomarbeit bereits auf die transpersonale Psychologie und Psychotherapie (vgl. Walsh & Vaughan, 1985) als theoretischen Referenzrahmen aufmerksam wurde, war ich positiv überrascht, als ich entdeckte, dass die Klinik diesen Ansatz einbezog.

Die Gemeindepsychiatrie in Chile erschien vielsprechend, weil hier eine zunächst konventionelle psychiatrische Einrichtung mit universalistischen Konzepten und Behandlungsmethoden offen für den Kontext zu

2 | Scharfetter (1992) definiert Spiritualität als »eine Haltung, eine Lebensführung der Pflege, Entwicklung, Entfaltung, Öffnung des eingeschränkten Alltagsbewusstseins hinaus über den Ego- und Personenbereich in einen individuumsüberschreitenden, transzendierenden, deshalb transpersonal genannten Bewusstseinsbereich« (S. 1). In der Definition der *California State Psychological Association Task Force on Spirituality and Psychotherapy* wird das Element des Vertrauens hervorgehoben: »It has been said that spirituality is the ›courage to look within and trust‹. What is seen and what is trusted appears to be a deep sense of belonging, of wholeness, of connectedness, and of the openness to the infinite.« (Zitiert nach Krippner & Welch, 1992, S. 5f.). In eine ähnliche Richtung argumentieren die Gemeindepsychologen Kloos und Moore (2000): »We view spirituality as being an aspect of human experience realized as awareness, belief, and sense of connection with others and the universe, material and non material« (S. 121).

sein und sich dadurch selbst zu verändern schien. Hier bot sich die Möglichkeit zu untersuchen, wie der offensichtliche Nutzen der westlichen Psychiatrie kultursensibler angepasst werden konnte. Das Setting unterscheidet sich von den beiden anderen darin, dass die Patienten hier nicht ihre Alltagswelt zunächst einmalig für mehrere Wochen verlassen, um stationär behandelt zu werden – wie in der psychosomatischen Klinik –, noch regelmäßig für einige Stunden aus ihrem Alltag heraus das Setting aufsuchen – wie in den Candomblé- und Umbanda-Tempeln –, sondern in ihrer Alltagswelt bei ihren Familien bleiben. Denn das Setting ist hier als der Kontakt Patient-Psychiatrie definiert, der zu einem wesentlichen Teil in der familiären, interdependenten Umgebung der Patienten stattfindet. Viele Patienten sind Angehörige der größten indigenen Minderheit der Mapuche. Meine Vermutung war, nachdem ich von dem Setting das erste Mal gehört hatte, dass die Gemeinden aufgrund ihrer reziproken Struktur auch besondere Ressourcen im Umgang mit Schizophrenie bereitstellen könnten. Der Literatur hatte ich entnommen, dass im Verständnis und Umgang mit Krankheit bei den Mapuche die Bezugnahme auf eine spirituelle Bedeutungswelt eine wichtige Rolle spielt (z.B. Citarella, Conejeros, Espinossa, Jelves, Oyarce & Vidal, 2000). Außerdem fielen zwei weitere für mich interessante Dinge auf: Zum einen koexistieren die unterschiedlichen medizinischen Systeme der Mapuche-Heilerinnen und -Heiler (*machis*) und der Krankenhäuser und werden von den Nutzerinnen und Nutzern ergänzend aufgesucht (vgl. Arrue & Kalinsky, 1991 für Argentinien). Zum anderen passen sich auch die Mapuche-Heiler den modernen Bedingungen an und integrieren medizinische, katholische und chilenische Elemente zu einer hybriden Behandlungspraxis, die den zeitgemäßen Heilungsbedürfnissen entspricht (vgl. Bacigalupo, 2007). Erste Recherchen von Deutschland aus ergaben, dass die Psychiatrie die traditionellen Heilungspraktiken der Mapuche zu tolerieren schien. Ich vermutete, dass es für die Mapuche-Patienten und ihre Angehörigen nützlich sein könnte, auf die medikamentöse Behandlung zur Symptomkontrolle und auf die traditionellen Praktiken für die Sinngebung ergänzend zurückzugreifen.

1.2 AUFBAU DER ARBEIT

Die Arbeit gliedert sich in fünf übergeordnete Kapitel, die wiederum in Unterkapitel unterteilt sind. Nach dieser Einleitung wird im zweiten Kapitel die Fragestellung entwickelt. Bisher ist in der Literatur das Konzept des ›Settings‹, unter der Perspektive seiner potentiell gesundheitsfördernden Genese von Bedeutungen, noch nicht ausreichend ausgebildet. Aus diesem Grunde habe ich auf sehr unterschiedliche theoretische Perspektiven zurückgegriffen, um eine sinnvolle Theoriebasis zu erhalten. Der Aufbau des zweiten Kapitels folgt diesem Ablauf: Es wird jeweils eine Vorschau gegeben, warum ich eine bestimmte theoretische Perspektive darstelle, an welchem Punkt sie für meine Untersuchung relevant ist, und nach der Darstellung ziehe ich abschließend eine Bilanz, was sich daraus für die Untersuchung ableiten lässt, was ich für zutreffend und was ich aus welchen Gründen für einseitig und ergänzungsbedürftig halte. Im ersten Unterkapitel wird beschrieben, wie der schon immer vorhandene »Wahnsinn« zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit dem Konzept der Schizophrenie zur Krankheit des individuumszentrierten Selbst wurde (vgl. Zaumseil, 2006a). Im zweiten Unterkapitel bildet das Recovery-Konzept den Ausgangspunkt, von dem aus die Fragestellung dieser Arbeit entwickelt wird: Aufgegriffen wird die Idee, dass Sinnstiftung im Alltag gesundheitsfördernd sein kann, weil sie ein »Zurechtkommen« mit den Symptomen ermöglichen kann. Allerdings problematisiere ich das der amerikanischen Variante des Recovery-Konzepts (vgl. Anthony, 1993) inhärente Krankheitsmodell und seine individuumszentrierte Perspektive. Denn bisher ist das Konzept der Sinngebung nicht ausreichend im jeweiligen Kontext verortet worden, die Möglichkeiten, die sich hier ergeben könnten, sind kaum erforscht. In dieser Arbeit wird eine interdependente Vorstellung von Recovery entwickelt, mittels derer versucht wird, den Dualismus zwischen Selbst und Kontext (vgl. Kloos, 2004) zu überwinden. Dazu sind zwei Richtungen einzuschlagen und dann zusammenzuführen, eine Exploration von ›Sinnstiftung‹ und eine von ›Setting‹. Deshalb wird in dem dritten Unterkapitel die hier benutzte Definition und Differenzierung von Sinn und Bedeutung erläutert. Darauf aufbauend, werden anschließend Ansätze aus der Stressforschung diskutiert, die in diesem Zusammenhang weiterführen. Insbesondere Antonovskys (1997) Salutogenese-Modell wird als wichtige heuristische Orientierung für diese Untersuchung vorgestellt. Allerdings bettet Antonovsky seine zentrale Hypothese, dass Sinnstiftung

gesundheitsförderlich sei, zum einen nicht ausreichend in den Kontext ein, zum anderen orientiert sich das Salutogenese-Modell an einem Körper-Geist-Dualismus, der für das Recovery-Konzept als wenig nützlich erscheint. Das vierte Unterkapitel stellt deswegen im Rahmen einer Konzeptualisierung des Setting-Konzepts Möglichkeiten vor, die Dualismen ›Individuum‹ und ›Kontext‹ sowie ›Körper‹ und ›Geist‹ zu überwinden. Die nun im fünften Unterkapitel präsentierten Fragestellungen fassen zusammen, was in der zuvor diskutierten Literatur offen bleibt bzw. was sich gewinnbringend zusammenführen ließe.

Das dritte Kapitel ist der methodischen Durchführung der Untersuchung gewidmet. Nach einer Begründung des qualitativen Zugangs diskutiert das zweite Unterkapitel meine spezifische Umsetzung der teilnehmenden Beobachtung (vgl. Spradley, 1980) und der qualitativen Interviews (vgl. Witzel, 1982) in den konkreten Untersuchungssettings. An dieser Stelle werden auch insbesondere die Schwierigkeiten beschrieben, die ich als Forscher in der »Fremde« des Feldes hatte. Das dritte Unterkapitel verbindet dieses Anliegen stärker mit den Sampling-Strategien, die ich im Rahmen des heuristischen Modells der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss, 1998 [1967]) benutzt habe, und stellt auch die Samples der Interviewpartnerinnen und -partner im Einzelnen vor. Das vierte Unterkapitel gibt allgemeine Informationen zu den Interviews. Der konkrete Weg zur Theorie ist das Thema des fünften Unterkapitels. Im Rahmen einer theoretischen Auseinandersetzung mit den differenten Positionen innerhalb des konzeptionell breiten Forschungsprogramms der Grounded Theory werde ich meinen eigenen Umgang mit der Forschungsstrategie darstellen und nachvollziehbar machen, wie ich eine Theorie aus den Daten heraus entwickelt habe. Diese wird im sechsten Unterkapitel anhand der Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung bewertet (vgl. Strübing, 2004; Steinke, 2003), ihr Geltungsrahmen und offen gebliebene Aspekte werden aufgezeigt.

Das vierte Kapitel stellt die drei untersuchten Ansätze in der zeitlichen Reihenfolge der Forschungen vor: zunächst einen Candomblé- und Umbanda-Tempel sowie einen weiteren Candomblé-Tempel in Brasilien, dann die deutsche psychosomatische Klinik mit ihrer besonderen Einbeziehung eines Diskurses über Spiritualität und anschließend die Gemeindepsychiatrie in Chile. Beschreibungen aus meinen Beobachtungsprotokollen und Ausschnitte aus Interviews mit Mitarbeitern der Settings und Klienten beschreiben die Besonderheiten der Untersuchungsorte. Daneben gebe ich

unter Rückgriff auf ausgewählte Literatur die notwendigen Hintergrundinformationen zu den Religionen Candomblé und Umbanda, zu den Mapuche, die in der Gemeindepsychiatrie behandelt werden, sowie zu dem spirituellen Ansatz der psychosomatischen Klinik.

Den Kern der Arbeit bildet das fünfte Kapitel, in dem zunächst in einem einführenden Teil das entwickelte Modell von Gesundheit und Gesundheitsförderung vorgestellt wird. In den folgenden drei Unterkapiteln werden die Kategorien und ihre Zusammenhänge in einer perspektivischen Vielfalt aus dichten Beschreibungen aufgrund von Beobachtungsprotokollen und Interviewzitate präsentiert – unterteilt nach den Untersuchungsorten Brasilien, Deutschland und Chile.

Im sechsten Kapitel werde ich die zuvor dargestellten Untersuchungsergebnisse mit den im zweiten Kapitel erläuterten theoretischen Ansätzen in Beziehung setzen, ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede diskutieren und dabei die Spezifik des hier vorgestellten Modells einer Gesundheitsförderung verdeutlichen. Das siebte Kapitel schließt die Arbeit mit einem Ausblick auf mögliche zukünftige Untersuchungen und Konsequenzen für die Praxis ab.

Als achttes Kapitel erläutert ein Glossar die wichtigsten emischen³ Begriffe, gefolgt vom Literaturverzeichnis im neunten Kapitel.

3 | Unter *emisch* verstehe ich die eigene Perspektive der Untersuchungsteilnehmenden.