

SCHIZOPHRENIE IM KULTURELLEN VERGLEICH
Eine Spurensuche in Raum und Zeit

1. März 1999
Diplomarbeit im Studiengang Psychologie
am Institut für Psychologie
der Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald
Autor: Ulf Gausmann

Betreuer und Erstgutachter: Prof. Dr. Alfons Hamm
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Harald Freyberger

Ich habe keinerlei Zweifel daran, daß die meisten Menschen in körperlicher, intellektueller oder moralischer Hinsicht nur einen sehr beschränkten Bereich ihres potentiellen Seins tatsächlich ausfüllen. Sie nutzen nur einen verschwindend kleinen Teil ihres möglichen Bewußtseins - etwa wie ein Mensch, der sich angewöhnt, von seinem gesamten körperlichen Organismus nur den kleinen Finger zu benutzen. Wir alle verfügen jedoch über Resservoire des Lebens, von denen wir nicht einmal träumen.

William James

If you think you know what the hell is going on,
you're probably full of shit.

Robert Anton Wilson

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung.....	4
1. Einleitung.....	5
2. Die Verrücktheit im Laufe der Zeit und die Entdeckung des schizophrenen Phänomens.....	8
2.1 Antike Aufzeichnungen und das Mittelalter.....	8
2.2 Die Entdeckung des schizophrenen Phänomens in den Anfängen der psychiatrischen Wissenschaft.....	12
2.3 Emil Kraepelin und die weitere Entwicklung.....	19
2.3.1 Emil Kraepelin (1854-1925).....	19
2.3.2 Eugen Bleuler (1857-1939).....	21
2.3.3 Die weitere Entwicklung.....	22
2.4 Klassifikationssysteme.....	26
2.5 Was ist Schizophrenie in der westlichen Welt ?.....	32
2.5.1 Epidemiologie.....	32
2.5.2 Ursachenforschung.....	33
3. Das schizophrene Phänomen in verschiedenen Kulturen.....	36
3.1 Forschungsperspektiven zwischen emic und etic.....	37
3.2 Transkulturelle Psychologie.....	43
3.2.1 Ergebnisse.....	44
3.2.1.1 International Pilot Study of Schizophrenia.....	44
3.2.1.2 Häufigkeit.....	52
3.2.1.3 Verlauf und Ausgang.....	59
3.2.1.4 Symptome.....	64
3.2.2 Transkulturelle Ergebnisse in der Diskussion.....	70
3.2.3 Hürden der transkulturellen Forschung.....	71
3.2.4 Transkulturelle Methodik.....	75
3.2.4.1 Definition gestörten Verhaltens.....	75
3.2.4.2 Stichprobengewinnung.....	78
3.2.4.3 Verfahren.....	82
3.2.4.4 Interpretation.....	85
3.2.5 Methodendiskussion.....	85
3.2.6 Transkulturelle Psychologie in der Diskussion.....	86
3.3 Ethnopsychologien.....	88
3.3.1 Ethnopsychologische Konzepte.....	91
3.3.1.1 Das Glaubenssystem der Yoruba.....	91
3.3.2 Anmerkungen.....	98
3.3.3 Schamanentum.....	100
3.3.4 Anmerkungen.....	109
3.3.5 Ethnopsychologien in der Diskussion.....	111
4. Diskussion und Ausblick.....	113
5. Literatur.....	121

0. Zusammenfassung

Diese Arbeit hat den konzeptuellen Ausgangspunkt "Schizophrenie" und versucht dieses Phänomen und dessen Entsprechungen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht zu beleuchten. Nach einem Blick auf die Verrücktheit vergangener Zeiten, wird die Begriffsentwicklung und deren Grundlagen bis in die heutige Zeit dargestellt. Das Hauptaugenmerk liegt auf dem Kulturvergleich, bei dem einerseits die Methoden und Ergebnisse der transkulturellen Psychologie und andererseits Ansichten der Ethnopsychologien Beachtung finden. Besondere Berücksichtigung erhalten Ergebnisse zu Häufigkeit, Verlauf und Symptomen schizophrener Erkrankungen, die "International Pilot Study of Schizophrenia" der Weltgesundheitsorganisation, das Glaubenssystem der Yoruba in Nigeria und die Bedeutung des Schamanentums im Zusammenhang mit dem schizophrenen Phänomen. Die Angemessenheit der Krankheitsentität "Schizophrenie" wird in dieser Arbeit besonders diskutiert und in Frage gestellt.

1. Einleitung

Die Schizophrenie ist bis heute eines der großen Rätsel der psychologischen und psychiatrischen Wissenschaften. Zu vermutlich keinem anderen Thema wurde eine derart große Zahl an Artikeln und Büchern zu Theorie, Epidemiologie und Therapie in den letzten 100 Jahren veröffentlicht. Eine allgemein akzeptierte Theorie, die die Ursachen und Abläufe zu erklären vermag, ist daraus bis heute jedoch noch nicht hervorgegangen. Ein Anliegen dieser Arbeit ist es deshalb die Nützlichkeit der Krankheitsentität "Schizophrenie" in Frage zu stellen, bzw. die Kulturabhängigkeit dieser Sichtweise zu diskutieren. Scharfetter (1990) macht das Problem deutlich: "Die Einstellung des Menschen zu Leid und Krankheit in der profanen, säkularisierten, rational-technischen Zivilisation unserer Zeit wird gerade in der Gegenüberstellung zum Leidverständnis in der archaischen und heute indigenen präsäkularisierten, im weiten Sinn religiösen Gesellschaft deutlich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), exemplarische Exponentin der derzeit dominierenden Kultur, versteht unter Gesundheit ein leiblich-seelisches Wohlbefinden, das wohl eher Paradiesesträume spiegelt als die Realität des Erdenlebens. Leid und Krankheit sind, als Störungen des Wohlbefindens, zu korrigierende Abnormitäten.

Dem gegenüber stehen gegenwärtige und geschichtliche 'Normalität des Leidens' ... und die Bereitschaft, im Leiden Bedeutung und Sinn zu sehen, das Leiden in das kosmologisch-anthropologische System zu integrieren. Krankheit ist auch in der archaischen Kultur nicht Zufall, sondern begründet, verursacht, Gegebenheit übermenschlicher Ordnung (z.B. im Karma der universalen Kausalität). Und über diese Ursache konstruiert der Mensch sich Erklärungen. Welche dieser Erklärungen - das sind kognitive Verknüpfungen im Bewußtsein - wir 'mythisch' nennen, spiegelt wiederum die Kultur. ... In einem durchaus ernsten und achtungsvollen Sinn ist auch unsere Wissenschaft ein - heute zeitgemäßer - Mythos über die Realität".

In diesem Sinne verfolgt die vorliegende Arbeit die Absicht, Unstimmigkeiten zwischen Realität und Theorie, speziell für die An-

wendung des Konstruktes "Schizophrenie" auf verschiedene Phänomene abnormen Verhaltens, aufzuzeigen. Die Schwierigkeiten, die bisher bei der Erforschung schizophrener Phänomene auftauchten, könnten schließlich durch unsere kulturell verankerte Herangehensweise (im Sinne von Krankheitskonzepten) verursacht sein. In welchem Maße Konzepte von der Kultur abhängen, in der sie entstanden sind, und wie weit eine universelle, kulturunabhängige Anwendbarkeit zu rechtfertigen ist, zeigt sich nur beim Studium unterschiedlicher Kulturen. Deshalb soll hier einer Vielzahl an Kulturen und Glaubenssystemen, sowohl in zeitlicher als auch in räumlicher Hinsicht, Beachtung geschenkt werden. Besondere Berücksichtigung finden dabei in westlich-industriellen Gesellschaften derzeit vorherrschende Wissenschaftsparadigmen und deren Methoden, da diese Arbeit aus diesem System heraus motiviert ist und dessen Anerkennung wünscht.

Es ist nicht die Absicht des Autors den Leser zu überzeugen, eine bestimmte Sichtweise einzunehmen. Dazu wäre vermutlich auch eine weit umfassendere Bearbeitung nötig, die sich weit in die Bereiche der Wissenschaftstheorie und Philosophie wagen müßte. Stattdessen ist die Diskussion verschiedener Perspektiven Gegenstand dieser Arbeit. Eine erschöpfende Darstellung dieses Themas ist nicht zu realisieren, deshalb stellen alle benutzten Quellen eine subjektive Auswahl der immensen vorhandenen Information zu diesem Thema dar, wenn auch darauf Wert gelegt wurde, die meisten häufig zitierten Arbeiten zu erwähnen,

Erscheinungen, die im weitesten Sinne unter das derzeit vorherrschende Konzept der Schizophrenie fallen, werden im Folgenden vereinfachend unter den Begriff des "schizophrenen Phänomens" subsumiert. Besondere Berücksichtigung finden durchgehend einige Merkmale der Schizophrenie. Diese sind Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Beginn der "Verrückung" im frühen Erwachsenenalter (verstanden als plötzliche und gravierende Verhaltensänderung eines Individuums im Vergleich zu dessen persönlicher Biographie, wie sie von der direkten sozialen Umgebung identifiziert wird).

Im nächsten Kapitel begeben wir uns als erstes in die ältere Geschichte. Dabei werden die Fragen verfolgt, welche Formen der Verrücktheit in zurückliegenden Zeitaltern beschrieben wurden, mit welchen Bewertungen heutige Symptome, wie Halluzinationen oder Wahn, belegt waren und ob ein historisches, der Schizophrenie äquivalentes Krankheitsbild zu erkennen ist. Weiter wird untersucht, aus welchen Motivationen die Krankheitsentität "Schizophrenie" geboren wurde und welche Ergebnisse und Theorien die aktuelle epidemiologische und Ursachenforschung in unserer Kultur hervorgebracht hat.

Im dritten Kapitel wenden wir uns den Erscheinungsformen des schizophrenen Phänomens in verschiedenen Kulturen zu. Dieses Kapitel gliedert sich in zwei Teile.

Im ersten Teil betrachten wir die transkulturelle Forschung, wie sie von der westlichen Wissenschaft hervorgebracht wurde. Im Mittelpunkt stehen einerseits die Ergebnisse der transkulturellen Forschung, mit Daten zu Häufigkeit, Verlauf und Ausgang und Symptomen der Schizophrenie, und andererseits die methodischen Möglichkeiten und Probleme derselben. Beispielhaft wird dabei die "Internationale Pilotstudie zur Schizophrenie" der Weltgesundheitsorganisation dargestellt. Durch transkulturelle Daten wurde oft zu beweisen versucht, ob eine bestimmte Gesellschaftsform für das Erscheinen der Schizophrenie verantwortlich gemacht werden kann oder nicht. Besonders werden deshalb die Fragen verfolgt, ob ein solcher Beweis überhaupt mit den Mitteln der transkulturellen Forschung erbracht werden kann und welche Probleme die Nützlichkeit der Krankheitsentität "Schizophrenie" anzweifelbar erscheinen lassen.

Im zweiten Teil des dritten Kapitels wird die Perspektive auf das schizophrene Phänomen verschoben, indem es aus anderen Kulturen heraus betrachtet wird. Zu diesem Zweck werden das Glaubenssystem der Yoruba, eines Volksstammes in Nigeria, und einige Erscheinungsformen des Schamanentums referiert. Von Interesse ist dabei, ob in diesen Sichtweisen Entsprechungen für unser Konzept der Schizophrenie ausgemacht werden können und wie die jeweiligen Kulturen mit ähnlichen Erscheinungen umgehen.

Im abschließenden Diskussionskapitel werden einige Schlußfolgerungen gezogen, mit dem Versuch die vorhandenen Fakten zu einem Bild zu integrieren.

2. Die Verrücktheit im Laufe der Zeit und die Entdeckung des schizophrenen Phänomens

Die "Geschichte der heute 'Schizophrenien' genannten Ich-Krankheiten" (Scharfetter, 1990), die im folgenden einfach als schizophrenes Phänomen bezeichnet werden sollen, reicht natürlich weiter zurück als bis Bleuler, der mit der "Gruppe der Schizophrenien" den Namen stiftete (1911) oder bis zum von Kraepelin vorgeschlagenen Begriff der "Dementia praecox" (Kraepelin, 1896), in der zum ersten Mal die Krankheitsbilder zusammengefaßt wurden, die wir heute als Schizophrenie kategorisieren. In den gegenwärtigen nosologischen Klassifikationen wird davon ausgegangen, daß schizophrene Erkrankungen ein universelles Phänomen sind und sich relativ gleich über den gesamten Globus verteilen. Ebenso wird von einer relativen zeitlichen Konstanz dieses Phänomens ausgegangen. Es wäre also zu erwarten, daß in Texten, in denen psychische Zustandsbilder beschrieben werden, zu allen Zeiten schizophrene Bilder berichtet werden, auch wenn die Bedeutungszuschreibungen über die Zeit variieren.

Im Folgenden werden zunächst die ältesten schriftlichen Quellen hinsichtlich dieses Themas untersucht, bevor wir uns der Zeit vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis heute und dort auch der Begriffsentwicklung zuwenden.

2.1 Antike Aufzeichnungen und das Mittelalter

Die ältesten überlieferten Aufzeichnungen über die Verrücktheit finden sich in der indischen ayurvedischen Medizin und sind um 1400 v.C. datiert. Der vom Teufel Besessene wird wie folgt charakterisiert: "Gefräßig, schmutzig, läuft nackt herum, hat sein Gedächtnis verloren, und bewegt sich mit einem ängstlichen Ausdruck" (Zilboorg und Henry, 1941). Als Behandlung werden starke Abführ- und Brechmittel empfohlen (Whitewell, 1936).

Sokrates (470-399 v.C.) bespricht in Platons "Phädrus" und "Timaios" den Wahn und Krankheiten der Seele: "Gesagt muß werden: unwahr ist die Behauptung, daß trotz der Existenz eines Liebenden man eher dem Nicht-Liebenden zu Willen sein sollte, weil jener wahnsinnig ist, jener Herr seiner Sinne. Wenn es einfach so läge, daß der Wahn immer ein Übel ist, dann wäre die Behauptung richtig; in Wirklichkeit aber bringt uns die kostbarsten Güter der Wahn, wenn er als göttliches Geschenk beschert wird. Wahrlich, die Prophetin in Delphi und die Priesterinnen in Dodona haben in Wahn verzückt vieles Schöne in privaten und öffentlichen Dingen für Hellas bewirkt,- Kümmerliches dagegen bei klaren Sinnen oder nichts. ... Dieses ... ist wert als Zeugnis zu dienen: daß auch die Altvordern, die den Namen gaben, nicht für Schande noch Schimpf den Wahnsinn hielten. Sonst hätten sie nicht die edelste Kunst, durch die die Zukunft gedeutet wird, mit eben dem Worte Mania, dem Worte Wahn verflochten und sie die manische, die Wahnsagekunst genannt. Nein, überzeugt, es sei etwas Gutes, wenn es durch göttliche Fügung kommt - darum haben sie diesen Namen gegeben; doch heutzutage haben die Menschen geschmacklos ein 'r' eingefügt und sie die mantische, die Wahrsagekunst genannt" (Platon, zit.n. Pauleikhoff, 198). An späterer Stelle betont Sokrates noch einmal unmißverständlich, "daß es zwei Arten von Wahnsinn gibt, deren eine aus menschlichen Krankheiten entspringt, die andere aus göttlicher Entfernung von den gewohnten Sitten" (zit.n. Pauleikhoff, 1983).

Im "Timaios" trifft Sokrates bereits eine Unterscheidung zwischen den heute verwendeten Begriffen Wahn und Demenz: "Für eine Krankheit der Seele müssen wir Unverstand anerkennen; zwei Gattungen des Unverstands aber gibt es, Wahnsinn und Unwissenheit. Demnach ist jede Einwirkung jeder dieser beiden, welche jemand erfährt, als Krankheit zu bezeichnen; Übermäßige Lust- und Schmerzgefühle aber sind als die schwersten Seelenkrankheiten anzusehen" (zit.n. Pauleikhoff, 1983). Letztere Beschreibung entspricht deutlich der heutigen Definition einer bipolaren affektiven Störung, die Sokrates dem Wahn gegenüber als schwerwiegender beurteilt.

Hippokrates (460-377), der sich im "Corpus Hippocraticum" sehr ausführlich mit den verschiedensten Seelenkrankheiten befasste,

verliert über den Wahn nur wenige Worte: "Wenn aber bei jemandem das Wasser noch mehr gegenüber dem Feuer unterliegt, so ist eine solche Psyche allzu hitzig und die einen Menschen sagen, diese hätten Träume, andere, sie hätten Wahnvorstellungen; ein solcher Zustand steht aber dem Wahnsinn sehr nahe. Schon bei einer unbedeutenden Entzündung kommen sie von Sinnen, auch bei Trunkenheit, Fettleibigkeit und Fleischgenuß" (Hippokrates, zit.n. Pauleikhoff, 1983). Obwohl Hippokrates Syndrome wie z.B. Epilepsie mit psychiatrischen Symptomen oder Transvestismus genau beschreibt, fehlt bei ihm die Schizophrenie, die heute weit häufiger auftritt, als die beiden erstgenannten Störungen (Menninger, 1963).

Celsus, der erste bedeutende römische medizinische Schriftsteller beschreibt um 30 n.C. in seinen Büchern "De Medica" drei Arten des Irreseins. Die erste ist mit Fieber verbunden und "man (muß) hierbei wissen, daß die Kranken während der Anfälle bisweilen unsinnig handeln und Unsinn reden. ... Dieser Zustand pflegt meistens nicht lange anzuhalten, und die Vernunft kehrt mit dem Besserwerden des Fieberanfalls sogleich zurück.- Phrenesis ist erst dann vorhanden, wenn das Irresein anhaltend wird, oder wenn der Kranke, wiewohl er noch bis dahin bei Verstande ist, doch Wahnvorstellungen hat. Vollkommen ist die Phrenesis, wenn das Denken von jenen irrigen Vorstellungen ganz beherrscht ist" (Celsus, zit.n. Pauleikhoff, 1983). Er berichtet von mehreren Abarten, von denen einige lustig, andere traurig, manche gewalttätig und schwer beherrschbar, andere wiederum leicht zu lenken sind.

Die zweite Art des Irreseins benennt Celsus mit Traurigkeit, ohne weitere Symptome aufzuzählen.

"Die dritte Art des Irreseins ist von den angeführten die langwierigste, so daß bei ihr das Leben selbst ungefährdet ist. Sie pflegt gewöhnlich kräftige Personen zu befallen. Es gibt hiervon zwei Unterarten. Einige Kranke leiden ohne Geistesverwirrung bloß an solchen Wahnvorstellungen ... andere dagegen sind gänzlich verrückt.- Leiden die Kranken an Wahnvorstellungen, so muß man vor allem darauf sehen, ob dieselben trauriger oder fröhlicher Art sind" (zit.n. Pauleikhoff, 1983). Bei Patienten die vollständig

verrückt sind empfiehlt er eine Behandlung mit Methoden, die auch unserem Jahrhundert nicht fremd sind: "Auch ist es bei diesem Krankheitszustande nützlich, die Kranken plötzlich in Schrecken und Furcht zu versetzen; hierbei hat auch meistens alles, was die Seele heftig erschüttert, eine gute Wirkung" (zit.n. Pauleikhoff, 1983).

Im ersten Jahrhundert n.C. stoßen wir auf Aretaeus von Kappadozien, der von Patienten mit der damals Mania genannten Krankheit eine weitere Störung unterschied, die er durch Verblödung, Geistesabwesenheit und Versponnenheit charakterisiert (Lehmann, 1984).

"Soranus beobachtete im 2. Jahrhundert n. C. Größenideen bei Patienten, welche 'glaubten Gott zu sein', oder welche 'sich weigerten zu urinieren, aus Furcht, dadurch eine neue Sintflut herbeizuführen' (Lehmann, 1984).

In all diesen Schriften ist häufig von Wahn und Verrücktheit die Rede, aber es wird deutlich "that nobody clearly described a case of schizophrenia with the initial break in the late adolescence or early adulthood, the constellation of symptoms, and the chronic course. It may be that the syndrome was simply subsumed under mania, or it may be that it was far less common than it is today. Its absence stands in sharp contrast to good clinical descriptions of many other psychiatric syndromes" (Torrey, 1980). Diese Schlußfolgerung trifft Torrey nach seiner gründlichen Untersuchung der frühen Geschichte des Wahns in seinem Buch "Schizophrenia and civilisation", wobei er sich mit wesentlich mehr Quellen beschäftigte als jenen, die hier zitiert werden können.

Im Mittelalter sind gute Wahnbeschreibungen rar gesät, wenn überhaupt vorhanden.

In der Zeit der Hexenprozesse ist an eine objektive Beschreibung Geisteskranker nicht zu denken, da zahllose von ihnen zu Besessenen erklärt wurden und auf dem Scheiterhaufen qualvoll starben. Kam es dazu nicht, kann man sich leicht vorstellen, daß das soziale Umfeld der Personen, deren Handlungen oder Äusserungen als gotteslästerlich eingestuft werden könnten, alles daran legte, dies nicht öffentlich zu machen. Somit war das Feld der Geis-

teskranken allen interessierten Wissenschaftlern und Klinikern verschlossen (vgl. Pauleikhoff, 1983).

Dennoch veröffentlicht Ludwig Lavater 1570 in Zürich anschauliche Beschreibungen von Wahn und Halluzinationen oder Robert Burton 1621 "The Anatomy of Melancholy", worin auch paranoide Zustände beschrieben werden. Als weiterer wichtiger Autor dieser Zeit ist noch Thomas Willis zu nennen, der 1683 vielleicht die erste Beschreibung einer Schizophrenie mit unkontrollierten Assoziationen vorlegte (Torrey, 1980).

Des weiteren herrschten in den ersten psychiatrischen Krankenhäusern wie im Bethlem Hospital in London ab dem 14. Jahrhundert oder der Bicêtre in Paris, von Lehmann (1984) "Irrenasyle" genannt, grausame Zustände. Beschreibungen oder Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Bilder liegen nicht vor (Torrey, 1980). An anekdotischen Berichten einzelner Wahnphänomene und Halluzinationen mangelt es in der Geschichte also nicht. Melancholie und Manie sind Bilder von menschlichen Zuständen, die schon sehr früh erkannt und beschrieben wurden. Ein schizophrenieartiges Syndrom mit den heute typischen Merkmalen des plötzlichen Beginns in der Adoleszenz oder kurz danach und schlechtem Verlauf wurde als eigenständige Krankheitsentität jedoch nicht beschrieben.

Das Irresein wurde auch meist nicht als Krankheit des Körpers oder des Geistes aufgefasst, sondern eher als Verirrung der Seele oder als das Abbild einer verlorenen Seele begriffen. Eine medizinische Behandlung fand infolge dieser Sichtweise nicht statt. Wenn überhaupt fühlte sich eher die Kirche für die Verwirrten zuständig.

Das schizophrene Phänomen wie wir es heute verstehen taucht erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts in zahlreichen Publikationen auf.

2.2 Die Entdeckung des schizophrenen Phänomens in den Anfängen der psychiatrischen Wissenschaft

Erst am Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert treffen wir auf zahlreiche Beschreibungen klinischer Zustandsbilder, die unserem heutigen Verständnis, unserem "heutigen kognitiven Muster"

(Scharfetter, 1990), des schizophrenen Phänomens nahekommen. Dieses recht plötzliche Auftreten geht einher mit einer großen Wende im Gesellschaftsbewußtsein, die eine Art des Denkens und Handelns etablierte, die unsere menschliche Welt auch heute noch konstituiert. Pauleikhoff (1983) beschreibt dies wie folgt: "Mit dem Ende der Hexenprozesse tritt die Wende ein Die Revolution in Frankreich (1789 - 1792) zerschlug radikal alte Herrschaftsstrukturen und begründete mit den Ideen der Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit eine neue Gesellschaftsordnung. Das Zeitalter der Aufklärung erreichte seinen Höhepunkt und stieß Tore überall weit auf, die auch für die Psychiatrie und die Psychologie neue Wege mit umwälzenden Einsichten eröffneten. ... Das Individuum (gewann) ... in seinem Verhältnis zur Welt, Natur und Geschichte mit der Kraft seiner Vernunft und aufgrund wissenschaftlicher Erfolge jene Souveränität, die zu höchsten Leistungen in Kunst und Technik führten. ... Die Welt wurde entzaubert, so daß an ihr der Glaube an Hexen und Dämonen kaum noch Platz hatte. Ein modernes Weltbild entstand durch diese Revolution des Geistes und blieb bis in unser Jahrhundert bestehen, ohne sich über lange Zeit in seiner Grundgestalt wesentlich zu ändern."

Doch nicht allein die Wende des Geistes führte die Irren in die medizinische Krankenversorgung. Wie Detlefs (1993) ausführt, versuchte das absolutistische Staatssystem zu dieser Zeit seine Herrschaftsansprüche zu erweitern und die Bevölkerung "für die Zwecke des aufgeklärt-absolutistischen Staates einzuspannen". Im Zuge dieser Unternehmungen stießen die aufschwellenden Verwaltungs- und Beamtenapparate zunehmend auf Menschen, die den staatlichen Anforderungen nicht gerecht werden konnten: Arme, Alte, Kranke usw. und eben auch Irre. Diese Randgruppen wurden jetzt gesellschaftlich sichtbar und als schädigend für aufstrebende Gesellschaftssysteme erachtet. Dieses Problem wurde angegangen, indem die betroffenen Personen interniert oder über die Grenze abgeschoben wurden. Zur Internierung wurden sogenannte Zucht- und Arbeitshäuser benutzt.

Nach und nach wurden die Irren als Insassen dieser Einrichtungen entdeckt und infolge der Aufklärung ein menschlicherer Umgang mit ihnen propagiert. Ansätze einer bürgerlich geprägten Irrenreformbewegung forderten damit auch die Unterbringung in entsprechenden Irrenanstalten mit dem Anspruch die Irren zu heilen.

Doch nicht zuletzt war "das allmähliche Auftreten der Irrenärzte als neue medizinische Spezialisten, die nach und nach die Irrenbehandlung gegenüber anderen Berufsgruppen für sich beanspruchten und sich dabei auf Wissenschaftlichkeit beriefen, ... mit einer Erweiterung der sozialen Einflußmöglichkeiten ihres Standes verbunden" (Detlefs, 1993).

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts liegt die Gründungswelle der Psychiatrien. In den USA entstand die erste Psychiatrie 1773 in Williamsburg. Darauf folgten beginnend mit Baltimore im Jahre 1816 bis 1846 weitere 22 psychiatrische Anstalten. Deren Leiter organisierten sich zu dem, was später als American Psychiatric Association bekannt werden sollte. Innerhalb von etwa 30 Jahren wurde in Amerika die Psychiatrie eröffnet und der Berufsstand des Psychiaters in der Gesellschaft etabliert (Torrey, 1980). Das Zeitalter der Psychiatrie und das Verstehenwollen der Verrückten durch medizinische Experten begann.

Die Methoden die zur Behandlung der Irren z.B. von Johann Christian Reil (1759-1813), von dem auch die Bezeichnung "Psychiatrie" (nach griechisch "Psyche" und "Iatrik": die Heilkunst der Seele) stammt, vorgeschlagen wurden, waren recht rabiat: Ruten, Peitschen, Brennesseln, Kälte, glühende Eisen, Sturzbäder und kalte Duschen oder die künstliche Erzeugung von Infektionen und Eiterungen auf der Kopfhaut. "Reil führte als Therapie zwar auch wohltuende Mittel auf, wie gutes Essen, Wärme und Körperkontakt - doch seine Nachfolger übernahmen fast ausschließlich die oben beschriebenen 'Foltermethoden' in die Anstaltspraxis" (Detlefs, 1993). Hier wurde auch ein Zwangsinstrumentarium entwickelt, das dem Personal den Umgang mit den Kranken erleichtern sollte: Zwangsstuhl, Zwangsbett, Zwangsjacke, hölzerne Mundbirne, lederne Schreimaske etc. (vgl. Detlefs, 1993).

Jetzt finden sich auch die ersten Beschreibungen des schizophrenen Phänomens. Phillippe Pinel am Hospital Salpetriere in Paris und John Haslam am Bethlem Hospital in London legen im gleichen Jahr, 1809, klassische Beispiele mit Ausbruch im frühen Erwachsenenalter und zunehmender Verschlechterung vor. Pinel beschreibt schon 1801 Patienten mit unangemessenem oder verflachtem Affekt, gelockerten Assoziationen und verminderter Empfänglichkeit gegenüber äußeren Reizen. In seinem 1809 erschienenen "Traite Medico-Philosophique sur L'Alienation Mentale", beschreibt er das von ihm als *démence* benannte Syndrom noch ausführlicher (Altschule, 1967).

Haslam gibt in der 1809 erschienenen zweiten Auflage seines Buches "Observation on Madness and Melancholy" (1. Aufl. 1798) eine sehr gute Beschreibung des schizophrenen Bildes, die hier stark gekürzt wiedergegeben wird: "There is a form of insanity which occurs in young persons ... As their apathy increases they are negligent of their dress, and inattentive to personal cleanliness... the tears which trickle down at one time, are as unmeaning as the loud laugh which succeeds them... Thus in the interval between puberty and manhood, I have painfully witnessed this hopeless and degrading change, which in a short time has transformed the most promising and vigorous intellect into a slaving and bloated idiot."

Neben diesen beiden wahrscheinlich frühesten Beispielen, die eine Krankheit beschreiben, die unserem heutigen kognitiven Muster des "schizophren" Genannten nahekommen, erscheint zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine Fülle an Namen und Begriffen die Ähnliches beschreiben. "Feuchtersleben sprach angesichts der damals vorgeschlagenen Namensfülle von einem 'griechisch-lateinischen Barbarismus der Terminologie'. Um diese Fülle in den (kognitiven) Griff zu bekommen, suchte man nach den Kriterien der Ähnlichkeit der Zustandsbilder (Syndrome) und der Gemeinsamkeiten des Verlaufs zu einer ersten Nosologie zu kommen" (Scharfetter, 1990). Indem Bayle 1822 die progressive Paralyse als Krankheit herausarbeitete, schien die Idee der Krankheitseinheit, der no-

sologischen Entität, in der Psychiatrie teilweise verwirklichtbar.

"Noch waren akut paranoid-halluzinatorische Zustandsbilder, die die Verwirrten, Gedächtnisgestörten, im Bewußtsein Zertrümmerten ..., die Zerfahrenen, die psychomotorisch Gestörten, besonders auch die Wahnkranken, die, die in einer 'selbst-erschaffenen Welt' ... gefangen sind und den 'Roman ihrer selbst' ... leben, die Menschen, welche 'ein in sich geschlossenes systematisches Kunstwerk ausbilden' nosologisch nicht eingeordnet. ...

In einer Unterscheidung von 'idiopathischen Seelenkrankheiten' (Ideler 1838 ..., entsprechend den funktionellen endogenen Geisteskrankheiten am Ende des 19. Jahrhunderts) sympathischen Seelenkrankheiten' (Begleiterscheinungen von Körperkrankheiten) ist die spätere Abgrenzung psychischer Störungen als Begleiterscheinungen von erfaßbaren Körperkrankheiten von solchen vorbereitet, bei denen die innere Entwicklung irreleitender Leidenschaften ..., d.h. die 'gesteigerten Triebe, wenn sie die Richtung auf ihr Objekt in solchem Grade festhalten, daß das Subjekt darunter leidet' ..., mit 'einer Methode im Wahnsinn' ... 'nach und nach eine Welt von Bildern an die Stelle der Wirklichkeit setzen: Verrücktheit'" (Scharfetter, 1990).

Viele Autoren der damaligen Zeit sahen in den Ursachen schon ein komplexes Geschehen. Heinroth (1827) sah als Grund "die ganze Lebensweise und Lebensgeschichte eines Menschen", denn "der Lebenslauf des Menschen ist die Geschichte seines Seelenlebens, und aus diesem Lebenslauf entwickelt sich, wenn er abnorm ist, die Seelenstörung. ... Solange man aber noch die Seelenstörungen für organische Krankheiten hält, die zu ihrer völligen Beseitigung keine Umwandlung des inneren Menschen verlangen, wird man auch in der Hauptsache nicht vorwärtskommen".

Griesinger (1871) hat die Krankheit der Zersetzung des Ich mit ihrer Entfremdung, den Störungen des Gemeingefühls, dem "Riß in das Ich" und der Spaltung der Persönlichkeit genau beschrieben. Er stellte fest, daß bei den Ich-Krankheiten ein Zwiespalt im Bewußtsein und ein schmerzlicher Widerspruch mit der Außenwelt be-

steht. Das Leiden trifft "gespaltene Naturen" denen in der Psychose Selbst und Welt verwandelt sind. "Eine schreckliche innere Angst ist der Grundzustand".

Als Behandlung empfahl Esquirol 1827, daß man die "Selbsthülfe der Natur beachten und unterstützen" (zit. n. Scharfetter, 1990) müsse. "Man muß mit den Gestörten zusammenleben, um sich die richtigen Begriffe über die Ursachen, die Symptome, den Verlauf, die Krisen und Ausgänge ihrer Krankheitszustände zu verschaffen und um die unendliche Sorgfalt und die unzählbaren Einzelheiten zu schätzen, die die Behandlung erfordert" (Scharfetter, 1990).

Scharfetter schließt daran bezeichnende Zitate über das was heilt von Heinroth und Ideler (1818 und 1838, zit. n. Scharfetter, 1990) an: "Für eine solche Sicht ist die narzißtische Selbstherrlichkeit des Arztes als Gesundmacher fehl am Platz: 'Der Ausdruck heilen beruht auf einer falschen Voraussetzung von dem Vermögen des Arztes, und darauf, daß man diesem zuschreibt, was auf die Rechnung des zwar erkrankten, aber immer noch selbsttätigen Lebens kommt. 'Therapeutische Gewaltstreiche' sind da nicht am Platz. Sie würden die psychischen Heilprozesse ... nur stören. Denn: 'Auch die Heilung des Wahns kann nur ein Werk psychischer Selbsttätigkeit sein, welche der Arzt bloß anregen und leiten son".

Versuche zum vereinfachten theoretischen Begreifen psychischer Phänomene gingen in zwei Richtungen: Einerseits die immer größere syndromatologisch-nosographische Aufsplitterung und die unionistische Tendenz zur Einheitspsychose andererseits. Das Konstrukt der Einheitspsychose war jedoch nicht in der Lage das vielfältige psychische Geschehen der Psychotiker zufriedenstellend zu erklären. So behielt die beschreibende Aufsplitterung, wie wir sie auch heute noch in den gängigen Klassifikationssystemen finden, die Oberhand.

Die Ursachenforscher schieden sich ebenfalls in zwei Richtungen: die Organiker und die Psychiker. Erstere postulierten Hirnkrankheiten als Grundlage jeder psychischen Störung und letztere sahen in der Seele den Ursprung jeder psychischen Abnormalität. So schreibt Ideler (1835), "daß das Wirken der Seele weit über ihr Bewußtsein hinaus in das körperliche Leben eingreift, um damit die Einsicht zu

gewinnen, daß eine Menge von körperlichen Anomalien ihren alleinigen Erklärungsgrund in der Seele findet".

So standen zunächst viele Erklärungen und Glaubensbekenntnisse nebeneinander. "Doch sowohl das ärztlich-therapeutische als auch das wissenschaftlich-medizinische Streben drängte danach, getrennte Krankheitseinheiten nach Erscheinungs- und Verlaufsbild, nach anatomischer Begründung, Ursache und Ausgang zu finden. Da die anatomische Begründung bei den funktionellen Psychosen ausblieb, lag das Schwergewicht zunächst auf Zustands- und Verlaufstypologien" (Scharfetter, 1990).

Diese Bemühungen mündeten in erste Krankheitseinteilungen, so z.B. bei Kahlbaum, der mehrere katatone und hebephrene Symptome beschrieb und schließlich den Begriff der Katatonie 1874 einführte. Sein Schüler Hecker beschrieb 1871 die Hebephrenie. Die alte Monomanie von Pinel und Esquirol ging 1845 in Griesingers primärer Verrücktheit auf. Dazu kamen 1860 Morels im jugendlichen Alter beginnende und zu schlechtem Ausgang führende "démence précoce" sowie 1891 Picks und 1903 Diems Dementia simplex. Sie alle hatten gemeinsam, daß mit den damaligen Methoden keine Körperkrankheit nachweisbar war, daß sie als Zustands-Verlaufstypen häufig zum Ausgang in Geistesschwäche, Blödsinn, chronische mentale Infirmität führten, unterschieden vom Schwachsinn im Sinne der heutigen Oligophrenie und von der Demenz im Sinne des heutigen psychoorganischen Syndroms. Diese Gemeinsamkeit gab für Kraepelin in der 5. und 6. Auflage seines Lehrbuches (1896 und 1899) die Begründung, alle diese Formen unter dem Oberbegriff Dementia praecox zusammenzufassen. Eugen Bleuler stimmte ihm 1902 zu und schlug den Namen Schizophrenien vor, der sich aus den griechischen Worten 'schizo' und 'phrenos' zusammensetzt: ich spalte den Geist. Dieser unitarische Akt war möglich geworden durch die Dichotomie der funktionellen Psychosen in Dementia praecox mit frühem Beginn und (aber nicht immer) schlechtem Verlauf und in die manisch depressiven Erkrankungen, welche ohne Verblödung ausheilten (vgl. Scharfetter, 1990, Torrey, 1980).

2.3 Emil Kraepelin und die weitere Entwicklung

2.3.1 Emil Kraepelin (1854-1925)

Der Anstaltspsychiater Emil Kraepelin formulierte zuerst 1896 den Begriff der Dementia praecox und definierte seine neue Krankheitseinheit vor allem in Abgrenzung zu den ohne Verblödung ausheilenden affektiven Erkrankungen.

Als einzige Kennzeichen benannte Kraepelin 1905 "die üble Prognose und die Entwicklung des Leidens im jugendlichen Alter", wobei er eingestand, daß etwa 13 % der Erkrankten ohne einen größeren Defekt ausheilen. Die Prognose einer Dementia praecox konnte somit erst nach langjähriger Beobachtung gestellt werden, wenn der behandelnde Psychiater nicht von vornherein von der fatalen Prognose ausging, daß der Patient letztlich doch in der eigentümlichen Demenz ende (vgl. Lehmann, 1984).

Er ging dabei immer von dem Glauben aus, daß eine noch zu entdeckende Gehirnstörung diesem Krankheitsbild zugrunde liegt und verwies häufig auf das Beispiel der progressiven Paralyse, die zuerst klinisch in ihren vielfältigen Symptomen beobachtet wurde, später pathologisch-anatomisch erfasst und schließlich ätiologisch als luetische Infektionserkrankung erklärt wurde (Hell, 1995). Für das schizophrene Phänomen fehlt diese neurophysiologische Basis jedoch bis heute.

Letztlich war Kraepelins Dichotomie zwischen den manischen und depressiven Erkrankungen und der Dementia praecox "somit im Wesentlichen einerseits die Zusammenfassung von Gemütskrankheiten, die schon seit dem Altertum in der einen oder anderen Weise beschrieben worden waren und meist eine gute Prognose haben, und andererseits die Bildung einer nach und nach größer werdenden Sammel- und Restgruppe von Krankheiten mit eher früherem Auftreten und eher schlechterem Verlauf" (Hell, 1995).

In späteren Jahren relativierte Kraepelin seine trennende

Sichtweise. Er schuf 1913 weitere Untergruppen, wie die Paraphrenie ("äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fort-

schreitenden Verfolgungswahns mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit") und die Paranoia. Außerdem nannte er ausdrücklich die heute sogenannten Mischpsychosen, die er unter die Dementia praecox fasste (wie auch heute die schizoaffektiven Psychosen im ICD unter die Schizophrenie gruppiert werden). Das gemeinsame Merkmal nennt er "die eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhangs der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens" (Kraepelin, 1913).

1920 schränkt er auch seine angenommene neurophysiologische Parallele ein und schreibt, daß bei allem Gewicht, das der Hirnforschung zu geben sei, doch das einzelne psychotische Symptom nicht nur auf eine Hirnveränderung zu beziehen sein könne, sondern, daß dabei die gesamte Persönlichkeit des Kranken, sogar die inneren Erlebnisse in der Selbstschilderung, für die Deutung mit einzubeziehen sei (vgl. Scharfetter, 1990).

Kraepelin hat es letztlich geschafft sein Konzept der Dementia praecox zur vermeintlichen Vereinfachung des ärztlichen Umgangs mit dieser äußerst heterogenen Krankengruppe fest in der psychiatrischen Wissenschaft zu verankern, wo es bis heute, mit den weiter unten beschriebenen Differenzierungen, seinen Platz hat, obwohl bis heute nicht klar ist, ob der Schizophrenie eine einheitliche Grundlage zuzuschreiben ist.

Wenn man sich Kraepelins Rolle als Klinikpsychiater vor Augen führt, wird klar, "daß er es größtenteils mit Menschen zu tun (hatte), die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten (insbesondere in sozialer Hinsicht) hospitalisiert worden sind" (Hell, 1995) und nicht unbedingt weil sie sich krank fühlten. Wie wir in der Geschichte gesehen haben, blieben Menschen mit diesen Auffälligkeiten in früheren Zeiten oft in ihrer gewohnten Umgebung: Eine klinische Beschreibung war also nicht möglich. Heute gehen Schizophrene auch wegen, meist sozialen, Verhaltensauffälligkeiten in die Klinik. Scharfetter (1990) kritisiert: "Denn einem Forscher (Kraepelin), der einen Morbus Dementia praecox als konzeptuellen Ausgangspunkt wie auch als kognitives Ziel hat, wird sich die Vielgestaltigkeit des menschenmöglichen Psychotisch-Seins eben diesen Mustern zuordnen. Das sehen wir auch

heute in der Tradition der "Kraepelinianer", sofern sie ihre Aufmerksamkeit auf andere Kulturen richten. Wir erkennen heute zum Beispiel die kognitiven Muster Hebephrenie, paranoide Schizophrenie, Katatonie usw. in den Fallbeschreibungen der alten Autoren wieder; und wir glauben auch, einiges davon an den Kranken anderer Kulturen oder in den altindischen Schriften zur ayurvedischen Medizin ... zu erkennen. Aber wir könnten aus diesen Beschreibungen, die vor der Aufstellung der uns heute prägenden Wahrnehmungsmuster entstanden sind, nicht selbst diese Typisierung gestalten".

2.3.2 Eugen Bleuler (1857-1939)

Als Eugen Bleuler 1908 auf der Jahreshauptversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie und 1911 den Begriff "Schizophrenie" einführte, stimmte er in den meisten Punkten mit Kraepelin überein. Für ihn "war die Dissoziation 'auf psychischem Gebiet das primärste eigentliche schizophrene Symptom'. Er stellte eine 'elementare Schwäche in der Zusammenarbeit der Funktionen, sowohl in der Integration der Gefühle und der Triebe wie in den Assoziationen im engeren Sinne' bei seinen schizophrenen Kranken fest" (Hell, 1995). Diese innere Trennung oder Zerrissenheit in einer unteilbaren Person spiegelt sich auch im Schizophreniebegriff wider, der die "Einheit von Getrenntem" bezeichnet (Hell, 1995).

Eugen Bleuler teilte die Symptome in zwei Gruppen, die Grundsymptome und die akzessorischen Symptome (vgl. Scharfetter, 1990). Die Grundsymptome sind:

1. Störung der Assoziation: Gedankenabbrechen, -drängen, -sperrern, paralogische Verknüpfungen, Klangassoziation, Verdichtung und Verknüpfung, Ideenarmut.
2. Störung der Affekte: Gemütsverödung, Gleichgültigkeit, verschiedene Stimmungen wie Depression, Angst, Wut, Manie oder Wurstigkeit, Fehlen der einheitlichen Gefühlsäußerungen, Labilität der Affekte und Launenhaftigkeit.
3. Autismus: Loslösung von der Wirklichkeit mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Binnenlebens.

Alle anderen Symptome nannte er akzessorisch, dies sind zum Beispiel: Halluzinationen, Wahn, katatone Symptome.

Eugen Bleuler verstand die Grundsymptome jedoch nicht als vermutete physiologische Grundstörung, sondern als entscheidende Merkmale für die Diagnose. Eine rein symptomatologische Beschreibung der Schizophrenen war ihm jedoch fremd. Ihm war klar, daß die Person als ganzes zu betrachten war und Symptomaufzählungen nicht in der Lage sind eindeutige Grenzen zwischen Normalem und Krankem abzustecken. Auch sah er die Schizophrenie nie als bloße Gehirnstörung, sondern bereits als emotionale und sprachliche Bearbeitung dieser Störungen. Ebenso kannte er Mischformen mit dem manisch-depressiven Irresein und die latente Schizophrenie (vgl. Hell, 1995, Scharfetter, 1990)

2.3.3 Die weitere Entwicklung

Kurt Schneider teilte 1939 die Symptome wiederum nach der Wichtigkeit der Diagnose in zwei Gruppen und folgte weitgehend den Symptomaufzählungen Kraepelins:

Symptome 1. und 2. Ranges bei Schizophrenie nach K. Schneider (1946).		
Abnorme Erlebnisweisen	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
akustische Halluzinationen	Dialogische Stimmen Kommentierende Stimmen Imperative Stimmen Gedankenlautwerden	sonstige akustische Halluzinationen
Leibhalluzinationen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse	Coenästesien i. e. S.
Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten		Optische Halluzinationen olfaktorische Halluzinationen gustatorische Halluzinationen
Schizophrene Ichstörungen	Gedankeneingebung Gedankenentzug Gedankenausbreitung Willenbeeinflussung	
Wahn	Wahnwahrnehmung	Wahneinfall einfache Eigenbeziehung

Abbildung 1: (nach Reinecker 1998)

"Die Aufzählung Schneiders war einfach und eingängig und prägte so Generationen von Psychiatern in ihrem kognitiven Muster. Über die Validität der diagnostischen Abgrenzung Schizophrenie im Sinne des hypostasierten Morbus war damit nichts ausgesagt" (Scharfetter, 1990).

Die rein symptomatologische Charakterisierung der Schizophrenien wurde 1970 in das einflußreiche englische Interviewschema, die Present State Examination (PSE) (Wing, Cooper & Sartorius, 1974) aufgenommen, welches auch in der großen transkulturellen Schizophrenie-Studie der Weltgesundheitsorganisation (z.B. WHO, 1975) verwandt wurde, und schließlich auch in amerikanischen Beurteilungsskalen (z.B. SADS und RDC) sowie in internationalen führenden diagnostischen Manualen (DSM-III und IV, ICD-10) Eingang fand.

Scharfetter (1990) kritisiert die Schneidersche Symptomaufzählung vor allem als das Individuum vernachlässigend und betont, daß im Bleulerschen Konzept der biographisch-verstehenden Interpretation mehr Raum gelassen wird. Hell (1995) bewertet das Werk Schneiders im Hinblick auf die heutige Zeit folgendermaßen: "Die Schneiderschen 1.-Rang-Symptome dienen heute dem Versuch, die Schizophreniediagnostik zu operationalisieren. Sie prägen auch die Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV. Durch die Ausrichtung auf stark diskriminative Symptome, die querschnittsmäßig erfasst werden, verlieren aber biographische, kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen diagnostisch an Bedeutung. Die Suche nach objektiven, reliablen Kriterien führt dazu, daß die Mitteilungen der Betroffenen nicht mehr als Mitteilungen im Rahmen der individuellen Situation oder der eigenen Geschichte verstanden werden, sondern als symptomatologischer Ausdruck einer Erkrankung. Zur Zeit scheint ein wichtiger Zweig in der psychiatrischen Schizophrenieforschung konzeptionell wieder dort angelangt zu sein, wo sie mit dem jüngeren Kraepelin ihren Ausgang nahm: in der Annahme, von Erscheinungsbildern noch so komplexer Art direkt auf Krankheitsvorgänge schliessen zu können. Die heutigen Vorraussetzungen, diesem Anspruch zu genügen, sind jedoch grundsätzlich anders als vor

bald 100 Jahren. Die Konstruktion und Untersuchung von Symptom-Clustern hat sich zur computergestützten Wissenschaft entwickelt. Die Hirnschnittmethode der letzte Jahrhundertwende hat einer hochentwickelten neuroradiologischen Technik Platz gemacht. Doch die zentrale Frage bleibt: sind Schizophrenie (oder Subgruppen davon) ausschließlich als Krankheiten des Gehirns zu erklären oder ist dazu auch ein Verständnis des Subjekts nötig".

Eine zusätzliche Unterscheidung neben den Untergruppen Kata-tonie, Hebephrenie und paranoider Schizophrenie von Kraepelin führte Langfeldt 1939 in Gestalt der schizophreniformen Psychose ein. Er trennte damit die Prozeßschizophrenie, die zu Verblödung führt, von der schizophrenen Reaktion, die infolge einer traumatischen Erlebnissituation eintritt, während bei ersterer keine ersichtliche Ursache vorhanden ist. Außerdem trä-fe man bei der schizophrenen Reaktion keine schizoide Primärper-sönlichkeit an. Diese Unterscheidung erlaubte den Klinikern im ersten Fall eine schlechte Prognose zu stellen und im zweiten eine gute (vgl. Lehmann, 1984). "Dennoch gibt es bis heute keinen zwingenden Beweis dafür, daß beide Typen tatsächlich qualitativ unterschiedlich sind und es sich nicht etwa nur um unterschiedli-che Schweregrade innerhalb eines psychopathologischen Kontinuums handelt" (Lehmann, 1984).

Positive und Negative Schizophrenie

Es wurde vielfach versucht die Schizophrenie in möglichst homogene Untergruppen aufzuteilen. Die Unterscheidung positiver und negativer Schizophrenie oder Symptomatik nach Andreasen und Olsen (1982) ist weit verbreitet:

Positive Schizophrenie (mindestens ein Symptom):

- schwere Halluzinationen, die das klinische Bild beherrschen (Die Beurteilung der Schwere soll auf verschiedenen Faktoren wie z.B. Permanenz, Frequenz und Einfluß auf den Lebensstil beruhen.)
- schwere Wahnvorstellungen
- ausgeprägte positive formale Denkstörung
- wiederholte Fälle von bizzarrem und disorganisierten Verhalten unter Ausschluß der Negativsymptomatik

Negative Schizophrenie (mindestens zwei Symptome):

- Alogie (d.h. ausgeprägte Sprachverarmung)
- Affektive Verflachung
- Anhedonie-fehlende Sozialität (d.h. fehlendes Vermögen, Vergnügen oder keine Intimität zu fühlen, wenige soziale Kontakte)
- Willenlosigkeit-Apathie (d.h. Energielosigkeit, Unstabilität)
- Aufmerksamkeitsstörung
unter Ausschluß der Positivsymptomatik

Beide Symptomatiken können einander folgen oder gemischt vorkommen. Die eine oder die andere Form kommt faktisch im Querschnitt fast nie rein vor. Eine kategoriale Dichotomie ist nicht anzunehmen.

Einige Autoren betrachten die Negativsymptomatik als zerebralpathologisch zu deutenden "Kern" schizophrener Reaktionsweisen, andere sehen darin eine konstitutionelle Charakteristik (Vulnerabilität), die die Bereitschaft des Individuums darstellt klassische schizophrene Symptome zu produzieren (vgl. Scharfetter, 1990).

Einen weiteren vielbeachteten Unterscheidungsversuch machte Crow (1980) mit seinen Typ I- und Typ II-Syndromen. Er meint, daß das Typ 1-Syndrom normalerweise bei akuter Schizophrenie beobachtet wird und von Symptomen wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Denkstörungen gekennzeichnet ist, während das Typ II-Syndrom bei chronischer Schizophrenie auftritt und von Symptomen wie affektive Verflachung, Sprachverarmung und Verlust der Initiative gekennzeichnet ist. Das Typ 1-Syndrom sollte gut auf Behandlung mit Neuroleptika ansprechen und reversibel sein, während das Typ II-Syndrom schlecht auf Neuroleptika anspricht und möglicherweise irreversibel ist. Als Ursachen für diese Unterscheidung machte Crow für das Typ 1-Syndrom eine erhöhte Dopaminaktivität an den Nervenrezeptoren und für Typ II Zellenverlust und strukturelle Veränderungen im Gehirn verantwortlich.

2.4 Klassifikationssysteme

Wie schon erwähnt haben vor allem die Vorstellungen Kraepelins und

Schneiders Eingang in die gängigen Klassifikationssysteme, die International Classification of Diseases (ICD der Weltgesundheitsorganisation (WHO), seit 1946) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM der American Psychiatric Association (APA), seit 1952) gefunden. Eugen Bleulers Verständnis wurde vor allem in bezug auf seine Einteilungen und der Benennung der Hauptkategorie Rechnung getragen.

Beide Diagnosesysteme versuchen die Schizophrenie rein deskriptiv zu definieren, ohne auf mögliche ätiologische Hypothesen einzugehen. Wie oben dargestellt, existiert weder für die allgemeine Schizophrenie noch für eine der Untergruppen ein eindeutiges somatisches Korrelat. Die Kriterien nach denen die Diagnose gestellt wird, sind also nur aus deskriptiven Unterschieden abgeleitet. Die Manuale dürften daher keinen weiteren Anspruch als den der Vereinfachung und der Verständigung über Störungsbilder erheben. Die durchgehende Gliederung erweckt jedoch oft den Anschein, als handele es sich auch bei der Schizophrenie um eindeutig geklärte Krankheitsentitäten. Das verschwommene Bild besonders in der Abgrenzung sowohl innerhalb der Untergruppen als auch zu "normalem" psychischen Geschehen wird bei einer genaueren Betrachtung deutlich.

In der vierten Revision des DSM (DSM-IV, APA, 1995) finden wir zunächst die diagnostischen Kriterien für die allgemeine Schizophrenie (Abb. 2), worauf folgend zusätzliche Kriterien für die Untergruppen paranoider Typus, desorganisierter Typus (im ICD-10 hebephrene Schizophrenie) und katatoner Typus außerdem den undifferenzierten und den residualen Typus sowie die schizophreniforme Störung. Des weiteren sind die schizoaffective Störung, die wahnhafte Störung und die kurze psychotische Störung unter die Schizophrenie gruppiert.

Der paranoide Typus wird durch die im Vordergrund stehende starke Beschäftigung mit einem oder mehreren Wahnphänomenen oder häufige akustische Halluzinationen definiert, wobei die Merkmale der anderen Untergruppen weniger stark ausgeprägt sein müssen.

Beim desorganisierten Typus muß eine desorganisierte Sprechweise, desorganisiertes Verhalten und verflachter oder inadäquater Affekt vorherrschen, um die Kategorie zu benutzen, während Symptome der anderen Subtypen wieder nur schwächer zu finden sein dürfen.

Diagnostische Kriterien für Schizophrenie

- A. *Charakteristische Symptome*: mindestens zwei der folgenden, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer Zeitspanne von 1 Monat (oder weniger, falls erfolgreich behandelt):
- (1) Wahn,
 - (2) Halluzinationen,
 - (3) desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit),
 - (4) grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten,
 - (5) negative Symptome, d. h. flacher Affekt, Alogie oder Willensschwäche.

Beachte: Nur ein Kriterium A-Symptom ist erforderlich, wenn der Wahn bizarr ist oder wenn die Halluzinationen aus einer Stimme bestehen, die einen fortlaufenden Kommentar über das Verhalten oder die Gedanken des Betroffenen abgibt oder wenn zwei oder mehrere Stimmen sich miteinander unterhalten.

- B. *Soziale/berufliche Leistungseinbußen*: Für eine bedeutende Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind einer oder mehrere Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde (oder falls der Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz liegt, wird das zu erwartende Niveau der zwischenmenschlichen, geistigen oder beruflichen Leistungen nicht erreicht).
- C. *Dauer*: Zeichen des Störungsbildes halten für mindestens 6 Monate an. Diese 6monatige Periode muß mindestens 1 Monat mit Symptomen (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) umfassen, die das Kriterium A (d. h. floride Symptome) erfüllen, und kann Perioden mit prodromalen oder residualen Symptomen einschließen. Während dieser prodromalen oder residualen Perioden können sich die Zeichen des Störungsbildes auch durch ausschließlich negative Symptome oder zwei oder mehrere Symptome manifestieren, die im Kriterium A aufgelistet und in einer abgeschwächten Form vorhanden sind (z. B. seltsame Überzeugungen, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse).
- D. *Ausschluß von Schizoaffectiver und Affectiver Störung*: Eine Schizoaffective Störung und eine Affective Störung mit Psychotischen Merkmalen wurden ausgeschlossen, da entweder (1) keine Episode einer Major Depression, keine Manische oder Gemischte Episode gemeinsam mit den floriden Symptomen vorgekommen ist; oder (2) falls affective Episoden während der floriden Symptome aufgetreten sind, war ihre Gesamtdauer im Vergleich zur Dauer der floriden und residualen Perioden kurz.
- E. *Ausschluß von Substanzeinfluß/medizinischem Krankheitsfaktor*: Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Klassifikation des Längsschnittverlaufes (kann nur angewandt werden, nachdem mindestens 1 Jahr seit dem ersten Einsetzen florider Symptome vergangen ist):

- Episodisch mit Residualsymptomen zwischen den Episoden (Episoden sind definiert durch Wiederauftreten eindeutiger psychotischer Symptome); *bestimme auch, ob*: Mit Ausgeprägten Negativen Symptomen,
- Episodisch ohne Residualsymptome zwischen den Episoden,
- Kontinuierlich (ausgeprägte psychotische Symptome sind während der Beobachtungsperiode durchgängig vorhanden); *bestimme auch, ob*: Mit Ausgeprägten Negativen Symptomen,
- Einzelne Episode Teilremittiert; *bestimme auch, ob*: Mit Ausgeprägten Negativen Symptomen,
- Einzelne Episode Vollremittiert,
- Anderes oder Unspezifisches Muster.

Abbildung 2: (nach DSM-IV, APA, 1997)

Um als Schizophrener des katatonen Typs klassifiziert zu werden, muß der Patient wenigstens zwei der folgenden Kriterien zeigen:

1. motorische Unbeweglichkeit, die sich in Katalepsie (einschließlich wächserner Biegsamkeit) oder Stupor zeigt,
2. übermäßige motorische Aktivität (die offenkundig nicht zweckgerichtet ist und nicht durch äußere Reize beeinflusst wird),
3. extremer Negativismus (ein offensichtlich grundloser Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder ein Beibehalten einer starren Haltung gegenüber Versuchen bewegt zu werden) oder Mutismus,
4. merkwürdige Willkürbewegungen, die sich als Haltungsstereotypen (willentliches Einnehmen unangemessener oder bizarrer Körperhaltungen), stereotype Bewegungsabläufe, ausgeprägte Manierismen oder ausgeprägtes Grimassieren äußern,
5. Echolalie oder Echopraxie.

Der undifferenzierte Typus wird erfüllt, wenn keins der Merkmale der Untergruppen hervorstechend ist.

Beim residualen Typus muß mindestens eine schizophrene Episode in der Vergangenheit vorgelegen haben, wobei aktuell nur Negativsymptome vorliegen.

Die schizophreniforme Störung wird gegen die Schizophrenie lediglich durch die Dauer abgegrenzt. Eine Episode der Störung darf höchstens sechs Monate in Anspruch nehmen, um diese Kategorie zu erfüllen. Hält sie kürzer als einen Monat an wird die kurze psychotische Störung diagnostiziert.

Bei der schizoaffectiven Störung muß im Wesentlichen gleichzeitig mit dem Vorliegen der charakteristischen Symptome (Kriterium A) eine affektive Episode (manisch, depressiv oder gemischt) einhergehen.

Des weiteren ist noch die wahnhaft Störung, bei der nur Wahnauftritt, und die substanzinduzierte psychotische Störung diagnostizierbar.

Als letztes wurde noch die Kategorie "Nicht Näher Bezeichnete Psychotische Störung" in das DSM-IV aufgenommen, die als Restkategorie für alles an anderer Stelle nicht unterzubringendes dient.

Die Symptomliste enthält natürlich eine Reihe von Kriterien, deren Beurteilung schwierig, unzuverlässig und unscharf ist. Deshalb ist auch die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Diagnostikern nicht sehr gut.

"Reliable, d.h. vergleichbare kognitive diagnostische

Muster sind nützlich. Valide wird damit die Diagnose Schizophrenie nicht. Aber es ist eine Basis geschaffen, mögliche Validitätskriterien zu prüfen", so die kurze Beurteilung Scharfettters (1990). Bezüglich der Untergruppen lesen wir bei ihm weiter: "Die klassische Einteilung in Untergruppen ..., welche die historischen Schritte der Syndromumschreibung von Kahlbaum und Hecker bis Kraepelin und Eugen Bleuler spiegelt, ist nur beschränkt brauchbar. Die Typen sind im Quer- und Längsschnitt wenig scharf und stabil, auch wenn eine gewisse Neigung zum Beibehalten des psychotischen Musters der Ersterkrankung bei Rezidiven und eine gewisse familiäre Homotypietendenz nachweisbar sind. Doch sind die Überschneidungen groß. Auch zahlreiche andere Einteilungsversuche tragen nicht so weit, daraus auch echte eigene Entitäten zu gewinnen".

Nicht nur Scharfetter ist von der Nützlichkeit derartiger Klassifikationen wenig überzeugt, schon oft wurden und werden kategoriale Klassifikationssysteme moderat bis radikal kritisiert. Die größten Gegner finden sich hierbei wohl in der antipsychiatrischen Bewegung mit Vertretern wie Thomas Szasz oder Ronald Laing. Ähnlich der soziologischen "Labeling-Theorie" sehen sie derartige Diagnostik als bloße Etikettierung von Menschen an, die diese dann erst zu Kranken werden läßt. So werden durch ihre Andersartigkeit als der Durchschnitt den "Common sense" gefährdende Individuen unschädlich gemacht, indem sie durch die Erklärung ihrer geistigen Unzulänglichkeit durch vermeintlich wissenschaftliche Begriffe als unzurechnungsfähig abgestempelt werden. Die Menschen mit derartigen Stempeln in ihrer Krankheitsgeschichte finden dann die Verantwortlichkeit für ihr Anderssein bei niemand anderem als sich selbst und müssen sich mühen die von außen geforderte Wiederanpas-

sung an die Norm zu erfüllen, auch wenn letztere von außen betrachtet dem Wahnsinn viel näher steht (Szasz, 1974, Laing, 1972).

Anderen Kritikern zufolge verleiht das lehrbuchartige Auftreten der immer voluminöseren Klassifikationssysteme dem, was eigentlich nur als vorläufiges Konstrukt gemeint war eine Art autoritativen oder gar ontologischen Charakter (Andreasen & Carpenter, 1993, Wilson, 1993). Dies ist meines Erachtens ein sehr wichtiger Punkt. Die Fürsprecher der Klassifikationssysteme gehen auf die Bedeutung, die eine Diagnose für Patienten hat kaum ein, obwohl die Mitteilung der Diagnose für letztere zu einem schweren Schicksalsschlag werden kann und oft wird. Das Wissen über den rein deskriptiven Charakter der Diagnose "Schizophrenie" und die bestehende ätiologische Unklarheit erreicht die Patienten nicht. Wilson (1993) macht auch deutlich, wie die Diagnosesysteme gerade durch ihren Anspruch theoriefrei zu sein, eine Reduktion auf die implizit enthaltene biomedizinische Perspektive fördern.

Für denjenigen der an systematischer Erforschung von Konstrukten sowie der Mitteilbarkeit und Vergleichbarkeit entstandener Ergebnisse interessiert ist, sind Klassifikationssysteme freilich unabdingbar. In Bereichen der somatischen Erkrankungen, wo die Kriterien zur Diagnosestellung den gewohnten Sinnen zugänglich und klar faßbar sind, steht deren Nützlichkeit an dieser Stelle nicht in Frage. Innerhalb der Geisteskrankheiten, deren normale Komplexität auch grob kaum ein Verständnis des funktionalen Ablaufs offenbart, halte ich es für sehr fragwürdig vereinfachende Konstrukte anzuwenden, zumal wenn man bedenkt, daß über die wirklich wesentlichen Kriterien in vielen Fällen keine Einigkeit besteht.

Letztlich erlaubt es die Klassifikation jedoch im Falle der Schizophrenien Gruppen von Menschen auszumachen, die auf ähnliche Art und Weise aus dem sie umgebenden sozialen System herausfallen. Wenn man dabei berücksichtigt, daß mit diesem sozialen System die westliche industrialisierte Kultur gemeint ist, wird klar, wo die Grenzen der Anwendung liegen. Auf die Probleme der Kulturabhängigkeit von Klassifikationssystemen, die besonders dann deutlich werden, wenn man die zugrundeliegende Kultur verläßt, wird im nächsten Kapitel eingegangen werden.

2.5 Was ist Schizophrenie in der westlichen Welt ?

Die Beschreibung des schizophrenen Phänomens ist aus der westlichen Wissenschaft erwachsen und wurde natürlich vor allem in westlichen Kulturen untersucht. Obwohl schon Kraepelin (1904) erste transkulturelle Vergleiche unternahm, wird derartiges in den meisten Veröffentlichungen recht stiefmütterlich behandelt. Die meisten Autoren begnügen sich mit der sie bestätigenden Nennung der großen vergleichenden Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1975). Ein wissenschaftliches Vorgehen nach den Grundsätzen der Verifizierung und Falsifizierung bezüglich der Kulturabhängigkeit schizophrener Störungen ist ansonsten kaum zu beobachten, was allerdings wohl auch eine Folge der Forschungsmethodik ist, der sich ein derart komplexer Bereich in weiten Teilen zu entziehen scheint.

2.5.1 Epidemiologie

Die Häufigkeit des schizophrenen Phänomens in der westlich industrialisierten Welt ist recht leicht festzustellen, wenn man davon ausgeht, daß jeder Schizophrene hospitalisiert wird, was wahrscheinlich auch nahezu der Fall ist. In allen Lehrbüchern (z.B. Reinecker, 1998, Comer, 1995) findet man übereinstimmende Angaben mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1 %. Die Punktprävalenz betrage 0,2 bis 0,4 % und die Jahresinzidenz zwischen 0,1 und 0,7 Fällen pro Tausend (Häfner, 1987).

Das Erkrankungsrisiko ist für Frauen und Männer nahezu gleich, wenn auch Männer durchschnittlich fünf Jahre früher erstmals in Behandlung kommen (Dohrenwend & Dohrenwend, 1976; Häfner, 1987).

Des weiteren finden wir überzufällige Häufungen bei unteren sozialen Schichten und unter unverheirateten Männern. Eine Kausalbeziehung konnte jedoch nicht nachgewiesen werden und so wird zur Erklärung oft die Hypothese der sozialen Selektion angeführt. Sie besagt, daß von Schizophrenie betroffene Menschen auch prämorbid Mängel in sozialen Kontakten und im

Berufsleben zeigen, so daß diese gehäuft in die erwähnten Gruppen gelangen (Häfner, 1987; Bleuler, 1972; Ødegård, 1953).

Die meisten Schizophrenien beginnen zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr, sehr selten davor, viele aber auch danach bis zum 50. Lebensjahr. Das Durchschnittsalter für die erste Krankenhausaufnahme liegt bei 27-28 Jahren (Rey & Thurm, 1998).

Der weitere Verlauf sieht sehr unterschiedlich aus. Rey und Thurm (1998) fassen die Ergebnisse mehrerer Langzeituntersuchungen zusammen, wobei sich ergab, "daß etwa ein Drittel der Schizophrenen ohne weitere Folgen remittiert, ein Drittel wiederholte Krankheitsepisoden bei einem geringen Grad an Behinderung erlebt, während das letzte Drittel die eigentlich chronische Gruppe darstellt, die überdauernde Behinderungen entwickelt. Nach sehr langem Krankheitsverlauf kann sich noch eine deutliche Verbesserung einstellen, die Krankheitsaktivität scheint mit dem Alter nachzulassen."

2.5.2 Ursachenforschung

Ähnlich der Debatte der Organiker und Psychiker vor etwa 150 Jahren mutet die immer noch aktuelle Erbe-Umwelt-Kontroverse an. Langsam scheint diese jedoch zugunsten einer integrativen Sicht das Feld zu verlassen, auch wenn sich immer noch einige Forscher auf der Suche nach dem somatischen Marker befinden. Man ist sich heute größtenteils darin einig, daß es für die Schizophrenie nicht eine einzige Ursache geben kann. Schizophrenes Geschehen wird somit als multifaktoriell bedingt angesehen. Diese Faktoren gehen jedoch, je nach theoretischer Richtung, mit verschiedenen Gewichtungen in die Theorien ein.

"Genetikforscher glauben, daß manche Menschen eine biologische Prädisposition für Schizophrenie erben und gemäß einem Diathese-Streß-Modell die Störung entwickeln, wenn sie extremen Belastungen ausgesetzt sind, gewöhnlich in der späten Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter" (Comer, 1995). Auf dieser Hypothese fußt auch das verbreitete Vulnerabilitäts-Streß-Modell (Zubin, 1988). Dieser Standpunkt wurde durch Forschungsarbeiten in der Verwandtschaftsforschung Schizophrener, in Zwillings-, Heimkinder- und Adoptivstudien sowie durch Chromosomen- oder Genkartierung versucht zu bestätigen.

Die Wahrscheinlichkeiten vom schizophrenen Phänomen betroffen zu werden sind in Tabelle 1 mit dem Grad der Verwandtschaft in Beziehung gesetzt:

Verwandte Schizophrener	%
unverwandt (Normalbevölkerung)	1,0
Großeltern ²	1,6
Adoptivverwandte ¹	1,9
Halbgeschwister (ohne schizophrene Eltern) ²	3,5
Enkel ²	3,5
Eltern ²	4-5
Blutsverwandte schizophrener Adoptivkinder ¹	8,7
Geschwister (ohne schizophrene Eltern) ²	8-10
Dizygote Zwillinge ³	10
Kinder mit einem schizophrenen Elternteil ²	12-14
Geschwister (ein schizophrener Elternteil) ²	12-17
Heimkinder schiz. Mütter (nach Geburt getrennt) ⁴	16,6
Monozygote Zwillinge ³	30
Geschwister (schizophrene Eltern) ²	35-45
Kinder (schizophrene Eltern) ²	36-46

Tabelle 1: (zusammengefaßt nach Scharfetter, 1990)

(1 In der dänischen Studie von Rosenthal & Kety (1968) wurden Eltern, Geschwister und Halbgeschwister zusammengefaßt. 2 nach Slater & Cowie (1971), Gottesman & Shields (1972) und Propping (1989); 3 nach Kringlen (1987); 4 nach Heston (1966))

Wie aus den Prozentzahlen zu erkennen ist, scheint es durchaus eine genetische Veranlagung zur Schizophrenie zu geben.

In sogenannten High-risk-Studien wurden noch weitere Faktoren für die Auftretenwahrscheinlichkeit von Schizophrenie gefunden. Bei diesen Studien werden Kinder schizophrener Eltern über lange Zeiträume (mehrere Jahrzehnte) untersucht. Nach Scharfetter "ergibt sich aus diesen Studien, daß die Kombination von genetischer Disposition plus Schwangerschafts- und Geburtsschwierigkeiten plus gestörtes Familienmilieu eine besondere Schizophreniegefährdung ausmacht. Die hereditäre Disposition macht ein Individuum vulnerabel gegenüber dysfunktionellem Familienmilieu" (1990).

Bei der Chromosomen- oder Genkartierung wird versucht einzelne Gene oder Chromosomenabschnitte auszumachen, die einen Marker für Schizophrenie darstellen könnten. Schlüssige Ergebnisse sind bis jetzt nicht bekannt. Ein englisches Forscherteam (Sherrington, Brynjolfson & Peturson, 1988) glaubte ein dominantes Schizophreniegen auf dem langen Arm des Chromosom 5 gefunden zu haben, diese Ergebnisse konnten jedoch mehrfach nicht repliziert werden. Andere Studien fanden hingegen mögliche Gendefekte auf den Chromosomen 9, 10, 11, 18 und 19 (vgl. Comer, 1995). Auf diesem Forschungsgebiet herrscht also noch weitgehende Unklarheit.

Ansätze, die die Ursachen in verschiedenen Umweltbedingungen sehen und erforschen, gibt es viele. Zur ausführlichen Darstellung möchte ich Scharfettters Buch "Schizophrene Menschen" (1990) empfehlen. An dieser Stelle begnüge ich mich mit einem kurzen Ausschnitt der bekanntesten Theorien.

In der Life-event Forschung konnte festgestellt werden, daß das Risiko einer Neuerkrankung, im Sinne der Auslösung einer akut schizophrenen Episode, bei Personen mit einem unabhängigen Lebensereignis etwa drei Wochen danach gegenüber Personen ohne ein solches Ereignis deutlich erhöht ist (Birley & Brown, 1970).

Viele psychologische Erklärungsversuche "postulieren pathologische Kommunikations- und Interaktionsmuster innerhalb der Familie" als auslösende Bedingung (Rey & Thurm, 1998),

Besondere Beachtung fand das Konzept der schizophrenogenen Mütter von Frieda Fromm-Reichmann (1948). Mütter von Schizophrenen seien danach häufig kalt und distanziert. Der daraus entstehende Mangel an Wärme und Affekt bilde die Grundlage für eine Neigung zur Schizophrenie.

Bateson (mit Jackson, Haley & Weakland, 1956) sah in seiner double-bind-Hypothese die Ursache in gestörten Kommunikationsmustern. Dabei würden die Eltern das Kind mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontieren, die es unmöglich erfüllen kann.

Diese Thesen verloren in der letzten Zeit jedoch an Bedeutung, auch da deren Konstrukte einer empirischen Überprüfung schwer zugänglich sind. Wie zahlreiche Untersuchungen zur "Expressed Emotion" zeigen, haben gestörte familiäre Kommunikationsmuster zweifellos

einen Einfluß auf den weiteren Krankheitsverlauf und auf das Rückfallrisiko (Hahlweg, Dose, Feinstein & Mueller, 1989).

3. Das schizophrene Phänomen in verschiedenen Kulturen

Nachdem ich im vorangegangenen Kapitel versucht habe die Geschichte der Verrücktheit und die Entwicklung der nosologischen Kategorie "Schizophrenie" ansatzweise wiederzugeben, soll nun die Frage behandelt werden, wie sich das schizophrene Phänomen in der heutigen Zeit in anderen Kulturen als der unseren darstellt. Zum Thema der Schizophrenie im transkulturellen Vergleich findet sich eine große Fülle von Veröffentlichungen, vornehmlich aus dem 20. Jahrhundert. Als Begründer dieser Forschungsrichtung gilt einmal mehr Emil Kraepelin, der 1904 erste Ergebnisse seiner Beobachtungen auf der indonesischen Insel Java unter dem Titel 'Vergleichende Psychiatrie' dem wissenschaftlichen Publikum zugänglich machte. Von diesem Zeitpunkt an machten sich viele Forscher auf, die Psychopathologie der "Wilden" oder der "Nicht-so-weit-entwickelten-Menschen-wie-wir" zu studieren. Die Vorgehensweisen, Absichten, Ergebnisse und Interpretationen all dieser Studien unterscheiden sich jedoch in hohem Maße. Sei es durch die unterschiedliche Berufung der Forscher, die sich als Anthropologen, Psychiater oder als Psychologen verstehen und von dieser Warte ihre Eindrücke mehr oder weniger wissenschaftlich beschreiben, oder durch verschiedene Absichten, die etwa die völlige psychische Gesundheit der Naturvölker nachweisen sollen oder die Universalität psychiatrischer Entitäten zu beweisen trachten. Jedoch auch dann, wenn ähnliche Ziele verfolgt werden, variiert die Methodologie der einzelnen Studien beträchtlich, so daß eine strenge statistische oder gar metaanalytische Vergleichbarkeit in aller Regel nicht gegeben ist. Meist findet man nicht einmal zwei Studien von verschiedenen Forschern die mit reinem Gewissen zu vergleichen wären. So scheinen Kraepelins (1904) Worte noch zu gelten: "Ein irgendwie zuverlässiger Vergleich ... kann wegen der Verschiedenheit der klinischen Auffassungen für absehbare Zeit nur von ein und demselben Beobachter durchgeführt werden. Aus diesem Grunde sind die bisher vorliegenden Angaben über die psychischen Erkrankungen

fremder Menschenrassen nur in einigen wenigen Punkten verwertbar, obgleich an sich gerade die Größe der hier zu erwartenden Unterschiede den Vergleich besonders fruchtbar und zuverlässig machen sollte."

Die "Verschiedenheit der klinischen Auffassungen", die Kraepelin als einzige Ursache beklagt, hat seit dieser Aussage viele Vereinheitlichungsversuche erfahren, die sich in Kategoriensystemen, Symptomlisten u.ä. widerspiegeln. Diese Errungenschaften der westlichen Medizin kamen mit ihrer Etablierung, besonders im Zuge der Ausbreitung des empiristischen Wissenschaftsparadigmas, auch in der transkulturellen Forschung gehäuft zum Einsatz. Den umfassendsten Standardisierungsversuch dieser Art stellt dabei die "International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)" (WHO, 1975, 1979) dar. Die Vereinheitlichung der klinischen Auffassung im westlich-medizinischen Wissenschaftsbereich kann jedoch nicht das einzige Kriterium sein, um ein derart komplexes Problem wie das schizophrene Phänomen in einem derart komplexen Bereich wie dem transkulturellen umfassend zu erhellen.

Wenn man beispielsweise anders als Kraepelin nicht nur auf der Suche nach Bestätigungen der selbst errichteten kognitiven Konzepte ist, könnte man fragen, ob denn Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen ähnliche Einordnungsversuche gemacht haben, ob also in den, traditionellen Medizinen der einzelnen Völker, der sogenannten Ethnomedizin bzw. Ethnopsychiatrie oder Ethnopsychologie, auch so etwas wie das schizophrene Phänomen auftaucht. Damit sind zwei mögliche Extrempunkte der nun schon drei Jahrzehnte währenden etic-emic Diskussion gesetzt, was einer kurzen Erläuterung bedarf.

3.1 Forschungsperspektiven zwischen emic und etic

Die Begriffe "etic" und "emic" wurden von Pike (1954) in Analogie zu "phonetisch" und "phonemisch" geprägt. "Sprachwissenschaftlich wird man sicher an die Unterscheidung erinnert zwischen der Phonetik, die sämtliche Sprachlaute untersucht und beschreibt und der Phonematik, die innerhalb einer bestimmten Sprache zur Anwendung kommende Laute zum Gegenstand erhebt" (van Quekelberghe,

1991). Von Pfeiffer (1994) werden diesen die deutschen Begriffe "kulturimmanent" und "kulturübergreifend" zur Seite gestellt. "Im Allgemeinen läßt sich sagen, daß die Kulturanthropologie - indem sie das Spezifische einer Kultur herausarbeitet ausgesprochen emisch ist. Indem sie nach universellen, kulturübergreifenden Gesetzen des Verhaltens und des Lebens Ausschau hält, ist die Psychologie ausgesprochen etisch" (van Quekelberghe, 1991).

Draguns (1980) glaubt zwei Pole in der Herangehensweise von Wissenschaftlern ausmachen zu können:

Einerseits seien da die Traditionalisten, welche davon ausgehen, daß die Grundmuster psychischer Störungen sehr detailliert identifiziert und bezeichnet sind. Das Konzept der geistigen Krankheit sei nach dieser Sichtweise die beste Möglichkeit Manifestationen psychologischer Störungen zu begreifen. Demnach ist die Aufgabe für den transkulturellen Forscher klar umrissen: die Beobachtung, der Vergleich und die Zusammenfassung der verschiedenen Muster der jeweiligen Störung. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zu Grunde, daß das zu beobachtende Objekt der transkulturellen Erforschung gestörten Verhaltens über Raum und Zeit gleichermaßen existiert. Diese Perspektive wurde - oft auch polemisch - als das medizinische Modell bezeichnet.

Dieser Perspektive entgegengesetzt ist die Orientierung der eher sozialwissenschaftlich veranlagten ("socially minded") Forscher. "Proponents of this position hold that the very acts of identifying, labeling and classifying behavior as abnormal are inescapably subject to cultural shaping - that psychopathology is not something that occurs but is a construction that is cognitively imposed upon certain kinds of behavior. It is, moreover, highly likely that these constructions are not identically invoked across geographical or social barriers" (Draguns, 1980).

Wie man nun etisch oder emisch forscht kann aus der Abbildung von Boroffka (1993) abgelesen werden.

„EMIC“ approach Studiert Verhalten aus dem System heraus.	„ETIC“ approach Studiert Verhalten ausgehend von einem Punkt außerhalb des Systems.
Untersucht nur eine Kultur.	Untersucht verschiedene Kulturen, vergleicht sie.
Struktur wird von dem Untersuchenden entdeckt.	Struktur wird von dem Untersuchenden geschaffen.
Kriterien beziehen sich auf interne Charakteristiken.	Kriterien werden als absolut und universell angesehen.

Abbildung 3: (aus Boroffka, 1993)

Zur weiteren Verdeutlichung soll hier das von L.H. & G. Ekstrand (1986, zit.n. van Quekelberghe, 1991) ausgearbeitete achtdimensionale Modell, das sich zwischen den beiden Polen emic und etic ausbreitet, erläutert werden:

1. Allgemeine Bedeutung: von innen her, von außen her Diese Dimension soll die Grundbedeutung der Termini darstellen. Ein beliebiges Verhalten kann innerhalb einer Kultur rekonstruiert oder vom Standpunkt einer anderen Kultur erfaßt und erklärt werden.
2. Die Position des Forschers: Vom emischen Forscher wird ein hoher Grad an Akkulturation verlangt.
3. Die Methodik: Je mehr sich der Untersucher in die umgebene Kultur hineinbegibt, desto emischer wird seine Forschung.
4. Die Instrumente: Es wäre emisch, Instrumente aus der zu untersuchenden Kultur zu verwenden. Da diese kaum vorliegen, behilft man sich mit kulturellen Adaptationen.
5. Die Kriterien: Eine emische Forschung tendiert dazu, sich bei der Festlegung dessen, was zu einer bestimmten Kultur gehört, von Kategorien oder Urteilen Einheimischer leiten zu lassen.
6. Die Strukturen: Strukturen, etwa Schemata, Konzepte, Kategorien, bilden für den emischen Forscher gleichsam seine Forschungserträge. Für den etisch orientierten Forscher werden sie eher vorausgesetzt, neu eingeführt bzw. einfach auf die zu untersu-

chende Kultur angewandt, auch wenn es sich um sehr spezifische Strukturen aus der dem Forscher eigenen Kultur handelt.

7. Ergebnisse: Die etisch orientierte Forschung neigt dazu, von universellen Regeln oder Sätzen auszugehen und sie in den einzelnen kulturellen Systemen zu überprüfen, um zu kulturüberschreitenden Feststellungen zu gelangen.
8. Theorien: Eine für jede Kultur geltende Theorie wäre per Definition etisch. Andererseits wäre eine Theorie, die nur in einer bestimmten Kultur gilt, ausgesprochen emisch.

Im Folgenden möchte ich eine Einteilung der Untersuchungen zum schizophrenen Phänomen nach diesen beiden Polen vornehmen. Diese Pole sollen jedoch nicht mit *etic* und *emic* bezeichnet werden. Diese Begriffe wurden in der Vergangenheit überstrapaziert und es herrscht bei weitem keine Einigkeit, in welchem Ausmaß das eine oder das andere auf die durchgeführte Studie zutrifft. Stattdessen wähle ich in Anlehnung an van Quekelberghe (1991) die Begriffe "Transkulturelle Psychologie" und "Ethnopsychologie".

Studien, die mit dem Begriff "Schizophrenie" in eine andere Kultur gehen und fragen wie die Häufigkeit und die Gestalt ihres Konzeptes dort aussehen, finden sich unter der transkulturellen Perspektive eingeordnet. Hierzu gehören die meisten psychiatrisch-psychologischen Untersuchungen.

Studien, die zuerst die Kultur als Ganzes betrachten und erst nach erfolgter ausgiebiger Untersuchung nachschauen, ob sie ein Schizophrenie-Äquivalent gefunden haben, rangieren unter der ethnopsychologischen Perspektive. Dies sind vor allem anthropologische Herangehensweisen. Beide Pole gehen natürlich fließend ineinander über, weshalb ich absichtlich eine radikale Trennung an den Extrempunkten westliche Wissenschaft und indigene Glaubenssysteme vornehmen möchte.

"However, with few exceptions, most research is characterized by an imposition of Western standards. It would be refreshing to find a study that first, made an effort to understand indigenous concepts of health and disorder, and then proceeded to examine the peo-

ple from both Western and non-Western standards looking for contrasts and similarities" (Marsella, 1979).

Die ausdrückliche und häufiger implizite etic-Perspektive westlicher Forscher soll nun verdeutlicht werden.

Nach Fabrega (1989) hingen viele der ersten Forscher im transkulturellen Kontext der psychanalytischen Theorie an und übertrugen deren Bedeutungszuschreibungen auf andere Kulturen, was von Strauss (1982, zit.n. Fabrega, 1989) kritisiert wurde: "In the analysis of human social behavior, meaning is critical. The most valuable insights into native behavior in any culture will come from analyses which reflect an understanding of native meaning systems - and in particular, native concepts of the self". Auf die Bedeutung des "Selbst" in der vergleichenden Forschung geht Fabrega (1989) vertiefend ein. Vorher kommt er zur heutigen Zeit: "Contemporary scientific approaches to the explanation of psychosis, of which schizophrenia is the prototype, draw on neuropsychological concepts, genetics and neurochemistry. ... This approach, in effect, is the new etic (i.e. independent, culture free, scientifically imposed) framework for the understanding of psychosis. ... In this paradigm, schizophrenia is viewed as an abnormality of consciousness". Und weiter: "It is important to emphasize that even contemporary cross-cultural studies of schizophrenia reflect a Western model of the self" (Fabrega, 1989). Dies belegt er mit zahlreichen Beispielen aus diesem Jahrhundert, insbesondere auch der IPSS (WHO, 1975), die hier nicht wiedergegeben werden sollen.

Verschiedene Konzepte des Selbst bedingen unterschiedliche Interpretationen von Verhalten. Diese intrakulturellen Bedeutungszuschreibungen sind, nach Fabrega, ein wichtiger Faktor, der auch in der westlichen Tradition die Diagnose mitbestimmt. "Chronic deteriorated forms of schizophrenia may 'look the same' from a general abstract standpoint that singles out social adaptive functioning and many acute 'Western' schizophrenia symptoms are found cross-culturally; however, in schizophrenia not only the key symptoms are significant but also the way the whole schizophrenia experience is structured and the meaning it has for the

actor and significant others" (Fabrega, 1989). Während beispielsweise angenommen wird, daß die Schizophrenie die Einheit des Ichs verändert, sind Erfahrungen der Passivität in anderen Kulturen nicht ungewöhnlich. Wie erscheint die Schizophrenie in Kulturen, in denen ein aktives, autonomes und freies Individuum nicht kulturell verankert ist? Wir sollten nicht vergessen, daß das westliche Selbst ein sehr weltliches ist und daß das Individuum, als begrenzte selbständige Entität, für den Ursprung des Handelns, den Ort der Gefühle und die Instanz zur Interpretation von Wirklichkeit gehalten wird.

Wie erscheint jedoch die Störung dieser Einheit und welche emotionale und kognitive Bedeutung bekommt sie, wenn das Selbst mit anderen Selbsten, Geistern, verstorbenen Verwandten belebten und unbelebten Objekten verbunden ist und von außerhalb der Person liegenden Mächten determiniert wird? - Das Erscheinungsbild eines schizophrenen Phänomens würde sehr verschieden erlebt und beobachtet werden.

"One should obviously assume that the way the actor and significant others interpret that phenomenology strongly influences how the schizophrenic self behaves, in both the short and long run. That is, cultural interpretation will influence what affects get generated, what new meanings overtake the self and others deal with experiences that may not be judged (initially, at any rate) as unnatural" (Fabrega, 1989).

Die Bedeutung der Interaktion auf das Erscheinungsbild betont auch Al-Issa: "As has been the case in the majority of cross-cultural studies of schizophrenic symptoms, the results may reflect the sociocultural background of the psychiatrist rather than true variations in symptomatology" (1969).

Auf die in diesem Kontext ebenfalls bedeutungsvollen Vorstellungen über Normalität und Realität wird unter der emic-Perspektive der Ethnopsychologie eingegangen.

Im Rahmen der emischen Analyse ergibt sich dabei die Aufgabe kulturelles Verständnis von Verhalten, also Ethnopsychologie und -psychiatrie, als ebenbürtig zu eigenen kulturellen Deutungen ernstzunehmen, wie auch Pfeiffer (1994) empfiehlt: "Ernste Ein-

wände sind jedenfalls zu erheben, wenn das Erleben und Verhalten psychoreaktiv gestörter Menschen nach Denkmodellen interpretiert werden, die vorgefaßt und dem Betroffenen von außen her auferlegt werden. Ein solches Vorgehen ist schon gegenüber Personen bedenklich, die der gleichen Kultur angehören; gegenüber Menschen aus fremder Kultur droht es vollends zur Vergewaltigung zu werden. Statt dessen wäre es nötig, einzelne Personen aber auch ganze Gruppen aus ihrem eigenen Bezugssystem heraus zu verstehen. Erst auf dieser Grundlage sind dann Vergleiche und Verallgemeinerungen angemessen".

Es ist dabei nötig, eben die wissenschaftlichen Pfade, innerhalb deren wir uns hier bewegen, zu verlassen und Sichtweisen in unser Denken einfließen zu lassen, die unserem Wissenschaftverständnis fremd sein können, da kultureigene Bezugssysteme eben aus vollkommen anderen Kulturen hervorgegangen sind. Es wird dabei auch nicht möglich sein, die vertrauten Voraussetzungen der Forschung zu erfüllen, schon allein aus dem Umstand, daß aktuell kein zweites derart mächtiges und gefestigtes Wissenschaftssystem wie das westliche existiert. Des weiteren fehlen Methodologien für den Vergleich verschiedener Wissenschaftssysteme ohnehin, da es keine allumfassende Basis gibt, auf die sie sich stützen könnten. So bin ich gezwungen, unsichere Vergleiche zwischen einem übermächtigen System mit oftmals Rudimentärem zu versuchen.

3.2 Transkulturelle Psychologie

Unter diese Überschrift fallen alle Forschungsarbeiten, die, mit den Konzepten der westlichen Wissenschaft als Grundlage, Verhalten in anderen Kulturen beschreiben und erklären wollen. In aller Regel wird dabei versucht, kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich der vorgefassten Kategorien aufzudecken. Bezüglich des schizophrenen Phänomens geht es also meist darum, die Häufigkeit der Oberkategorie "Schizophrenie" sowie der Subtypen festzustellen, Unterschiede in der Art und Anzahl der Symptome zu beschreiben oder Verlauf und Ausgang der ausgemachten Fälle zu bestimmen.

Zunächst folgt die Wiedergabe einiger Ergebnisse der transkulturellen Forschung. Im Anschluß daran werden die theoretischen und methodischen Grundlagen dieser Forschung beleuchtet, wobei deutlich werden wird, daß die meisten schwerwiegenden Probleme in diesem Bereich bis heute ungelöst sind.

3.2.1 Ergebnisse

Die Wiedergabe des Datenmaterials in diesem Abschnitt hat nicht den Anspruch, alle verfügbaren Ergebnisse umfassend abzubilden. Die Darstellung soll lediglich einen Eindruck des vorhandenen und sehr heterogenen Datenmaterials geben. Zwangsläufig werden dabei Strukturen übernommen, wie sie von Forschern dieses Bereiches gesetzt wurden, wobei epidemiologische Daten in der Regel bestimmten Regionen oder Volksgruppen zugeordnet sind.

Zunächst wird jedoch die "International Pilot Study of Schizophrenia" der Weltgesundheitsorganisation als Beispiel einer umfangreichen transkulturellen Studie dargestellt. Es handelt sich dabei zwar nicht um ein epidemiologisches Vorhaben, darauf aufbauende Studien späterer Jahre haben jedoch erheblichen Einfluß auf heute allgemein akzeptierte Vorstellungen zur Häufigkeit schizophrener Erkrankungen, denn in dieser Arbeit sollten methodische Maßstäbe zur Gewährleistung zuverlässiger zukünftiger Forschung gesetzt werden.

3.2.1.1 International Pilot Study of Schizophrenia

Um das methodische Vorgehen und die Schwierigkeiten transkultureller Studien an einem Beispiel vor Augen zu führen, soll hier die Internationale Pilotstudie zur Schizophrenie (IPSS) der Weltgesundheitsorganisation kurz dargestellt werden. Die Darstellung folgt hauptsächlich der WHO-Publikation von 1975, welche die ausführliche Darstellung der initialen Evaluations-phase, die 1974 publiziert wurde, zusammenfaßt.

Hauptanliegen der IPSS ist es weltweit anwendbare einheitliche Kriterien zur Klassifikation der Schizophrenie zu gewinnen, um überhaupt erst einen methodischen Zugang zu gültigen trans-kultu-

rellen Studien, sowohl in der Epidemiologie als auch in der Ursachenforschung, zu erhalten. Ob es sich bei der Schizophrenie überhaupt um eine einheitliche Krankheitsentität handelt, bleibt dabei außer Frage. Ziel ist es, eine universell einheitliche Kerngruppe der Schizophrenen (concordant group) zu identifizieren, anhand derer in Zukunft alle Vergleiche vorgenommen werden sollen.

Weiterhin sollten Fragen nach dem weltweiten Vorkommen, kulturellen Unterschieden in Häufigkeit, Gestalt und Verlauf, sowie deren Ursachen untersucht werden.

Untersuchungsdesign

Die Untersuchungszentren sollten verschiedene Hauptkulturen der Welt widerspiegeln. Bei ihrer Auswahl spielten folgende Faktoren eine Rolle: (1) Verfügbarkeit an gut trainierten Psychiatern mit Erfahrungen in der epidemiologischen Forschung; (2) weitere trainierte Psychiater und andere Mitarbeiter; (3) ein gut ausgebautes Netzwerk an Institutionen, das in der Lage ist, frühe und wahrscheinliche Fälle von Schizophrenie in einer Bevölkerung zwischen eine halben und einer Million Menschen aufzuspüren. Weiterhin sollte die Bevölkerung im Einzugsgebiet so stabil wie möglich und ethnisch und kulturell recht homogen sein. Offizielle Bevölkerungsdaten sollten verfügbar und eine Zusammenarbeit in der Zukunft gewährleistet sein, um die Studie bei den Follow-up Terminen vervollständigen zu können. Diese Kriterien vermindern natürlich die kulturelle Variabilität, da so vor allem Universitätsstädte ausgewählt wurden, die in vielen Faktoren westlichen Standards entsprechen und in denen traditionellere Lebensweisen zugunsten der städtischen zurückgedrängt sind.

Die neun Zentren die ausgewählt wurden sind Taipei in China, Cali in Kolumbien, Prag in Tschechien, Aarhus in Dänemark, Agra in Indien, Ibadan in Nigeria, London in Großbritannien, Washington in den USA und Moskau in Rußland.

Alle Personen die im Laufe eines Jahres mit der ausgewählten Institution in Kontakt traten und zwei Auswahlverfahren durchlaufen haben, gingen in die Studie ein. Das erste Auswahlverfahren war

ein demographisches und selektierte nur diejenigen Personen, die in den letzten sechs Monaten im Einzugsbereich wohnten und zwischen 15 und 44 Jahre alt waren. Die psychotische Auswahl bestand aus Ausschluß- und Einschlußkriterien. Erstere sollten chronische Patienten, sowie Patienten mit organischen oder anderen exogenen Einflüssen oder Krankheitsursachen, aber auch Menschen z.B. mit einem fremden Dialekt ausschließen.

Die Einschlußkriterien bestanden aus Symptomen, die wiederum in zwei Gruppen geteilt wurden. Die Symptome der ersten Gruppe sind Wahn, Halluzinationen, starke psychomotorische Störungen und eindeutig unangemessenes oder ungewöhnliches Verhalten und qualifizierten den Patienten automatisch zur Teilnahme. Symptome der zweiten Gruppe führten nur dann zum Einschluß, wenn sie in einem schweren Grad auftraten. Dazu gehörten sozialer Rückzug, Denkstörungen, überwältigende Angst, Affektstörungen, Selbstvernachlässigung und Depersonalisation. Außerdem wurde jedem teilnehmenden Psychiater das Recht zugestanden weitere Personen aufzunehmen, wenn er glaubte, daß es sich definitiv um eine Psychose handelt, auch wenn die genannten Symptome nicht beobachtet wurden.

Bei der Betrachtung dieser Vorauswahl wird deutlich, daß die Untersucher bemüht waren, von Anfang an eine möglichst homogene Stichprobe zusammenzustellen, die auf den schon bekannten Merkmalen der theoretisch angenommenen Krankheitsentität Schizophrenie basiert. Mit dem letzten Passus bieten sie darüberhinaus die Möglichkeit des undefinierten Zugangs zur Studie.

Diese Vorauswahl birgt die Gefahr einer Tautologie, denn es wäre später bei der Symptomabfrage nicht verwunderlich, wenn bei einem Großteil der Patienten genau die Symptome wieder auftauchten, die ihnen erst den Zugang ermöglichten. Zu diesem Problem bezieht die IPSS jedoch nicht Stellung.

Die Untersuchungsinstrumente bestanden hauptsächlich aus der Present State Examination (PSE) von Wing, Cooper und Sartorius (1974) und den eigens entwickelten Verfahren Psychiatric History Schedule (PH) und Social Description Schedule (SD). Hauptverfahren ist dabei die PSE, die aus 360 Items besteht, die durch Beob-

achtung und Befragung beantwortet werden können. Alle teilnehmenden Psychiater wurden in diesem Verfahren trainiert.

In die Studie wurden insgesamt 1202 Patienten aufgenommen, von denen 811 von den jeweiligen Zentren schizophren klassifiziert wurden. Von letzteren entfallen zwischen 53 und 120 Fälle auf die einzelnen Zentren. Diese Betrachtung beschränkt sich im Folgenden auf jene Patienten.

Die klinische Diagnose stellt im weiteren eine wichtige Bezugsnorm dar, obwohl die Diagnosestellung den Psychiatern in den Zentren überlassen wurde. Dementsprechend bieten die verschiedenen Diagnosen ein uneinheitliches Bild: In Taipei wurden 30 hebephrene Schizophrene ermittelt, bei einem Durchschnitt von 10 in allen Zentren; Agra stellt mit 22 die meisten katatonen Patienten, gefolgt von Cali mit 13 und Ibadan mit 10, sonst finden sich höchstens drei Fälle in dieser Gruppe; verhältnismäßig viel paranoide Schizophrenien wurden mit 75 Patienten in London festgestellt, bei einem Durchschnitt von 36 Patienten; latente Schizophrenie wurde mit 14 Fällen fast nur in Moskau festgestellt, ansonsten nur null bis drei; ebenfalls in Moskau finden sich herausragende 34 anders spezifizierte Schizophrene, eine Gruppe, die sonst nur maximal dreimal vorkam, gänzlich unspezifiziert blieben 27 Patienten in Agra und 11 in Ibadan gegen maximal drei in den anderen Zentren.

In Moskau scheint es weitaus andere Diagnoseeinschätzungen zu geben als in den anderen Zentren, auch deswegen, weil hier die Untergruppen Simplex, Hebephren und Kataton überhaupt nicht auftauchen. In Agra und Ibadan scheinen viele Patienten nicht in die Diagnosesysteme zu passen, was der hohe Anteil der unspezifizierten Fälle zeigt, der trotz der einschränkenden Vorauswahl auftritt. In Cali treten besonders viele akute Schizophrenien auf. Ob es sich bei diesen Feststellungen um tatsächliche Unterschiede zwischen den Zentren handelt oder nur um unterschiedliche Diagnosepraktiken, bleibt in der IPSS unaufgeklärt. Die Untersucher beschränken sich darauf zu kleine Untergruppen aus weiteren Berechnungen herauszuhalten.

Die Reliabilität der PSE wurde anhand von mehrfach eingeschätzten Videoaufnahmen von Patienteninterviews an allen Zentren geprüft. Innerhalb der Zentren traten dabei recht hohe Interraterreliabilitäten mit Medianen um 0.8 auf. Zwischen den Zentren fanden sich jedoch nur Reliabilitäten zwischen 0.0 und 0.87 mit den Medianen 0.45 und 0.57, die als noch hoch genug eingeschätzt wurden.

Soziodemographische Stichprobeneigenschaften

Die Geschlechterverteilung ist in den verschiedenen Zentren sehr ungleich. Es treten Verhältnisse der Männer zu den Frauen von 1:0,6 in Agra und London bis 1:2,7 in Washington auf.

Bezüglich der Bildung finden sich in Agra und Ibadan fast 40 % völlig ungebildete Patienten, die in den anderen Zentren fast überhaupt nicht auftauchen.

In Moskau sind nur 9 % ohne feste Beschäftigung, bei durchschnittlich fast 40 %. In Agra und Ibadan finden sich verhältnismäßig viele Patienten, die in traditionellen Berufen wie Landwirtschaft oder Fischerei beschäftigt sind.

Diese Unterschiede in der Struktur der Stichprobe können die Ergebnisse verzerren, indem diese Eigenschaften als Störvariablen wirken. Weitere wichtige mögliche Störvariablen, wie z.B. Medikation, wurden nicht erhoben. Die Unterschiede in den genannten Bereichen fließen in die weitere Auswertung nicht ein.

Symptome

In der IPSS wurden aus den 360 Items der PSE 129 Analyseeinheiten (Units of Analysis, UA) gebildet. Jede Analyseeinheit faßt Items zu ähnlichen Inhaltsbereichen zusammen und stellt in etwa ein Symptom dar. Diese Einheiten wurden weiter zu 27 Gruppen von Analyseeinheiten (Groups of Units of Analysis, GUAs) zusammengefaßt und bilden übergreifende Symptome. In die GUA "Wahn" (delusions) gehen beispielsweise die UAs Verfolgungswahn, Größenwahn oder Schuldwahn ein, die wiederum aus verschiedenen Items zusammengesetzt sind. Der Anteil der positiv bewerteten UAs innerhalb einer GUA wurde dann in Prozenten angegeben, woraufhin eine Rangord-

nung der GUAs erstellt werden konnte. Diese Rangordnung wurde weiter ausgewertet.

Hier die Rangordnung der am häufigsten aufgetretenen GUAs in der Gruppe der Schizophrenien über alle Zentren:

1.Lack of insight	84 %
2.Cooperation difficulties, patient-related	47 %
3.Flatness	41 %
4.Auditory hallucinations	33 %
5.Cooperation difficulties, circumstance-related	32 %
6.Predelusional signs	31 %
7.Experiences of control	31 %

Die Übereinstimmung zwischen den Zentren hinsichtlich der einzelnen Rangordnungen wurde mit Kendell's Tau Rang Korrelationskoeffizient berechnet, wobei in 32 von 36 möglichen Vergleichen eine hohe Übereinstimmung festgestellt wurde (Tau größer als .42).

Die häufigsten positiv bewerteten UAs in der Gruppe der Schizophrenien über alle Zentren sind:

1.Lack of insight	84 %
2.Inadequate description	65 %
3.Suspiciousness	60 %
4.Unwilling to cooperate	58 %
5.Ideas of reference	55 %
6.Flatness	52 %
7.Delusions of persecution	52 %

Die mangelnde Krankheitseinsicht ist das mit Abstand am häufigsten genannte Symptom, gefolgt von unangemessener Beschreibung, Mißtrauen und der Verweigerung der Mitarbeit. Erst danach tauchen die eigentlichen psychopathologischen Symptome auf.

Es ist m.E. äußerst problematisch, Daten zu bewerten, deren Urheber in den meisten Fällen gar nicht glaubten, daß sie krank sind, und keine Lust hatten sich an der Untersuchung zu beteiligen. Es ist denkbar, daß viele Bewertungen völlig willkürlich für oder wider

die Zwecke der Untersucher von den Patienten manipuliert wurden. Darüber hinaus ist es nur für die erstgenannten Symptome, wie mangelnde Krankheitseinsicht oder Nicht-Bereitschaft zur Mitarbeit, bemerkenswert, daß hohe Übereinstimmungen zwischen den Zentren auftauchen, denn diese gehörten nicht zu den Aufnahmebedingungen für die Studie. Es überrascht weniger, wenn in den Ergebnissen hohe

Übereinstimmungen bei Symptomen wie Halluzinationen auftauchen, da diese als Zulassungskriterien benutzt wurden. Somit wird die herausragende Übereinstimmung besonders im Symptom der mangelnden Krankheitseinsicht sehr bedeutsam. Dieser Tatsache wurde in der IPSS jedoch kaum Beachtung geschenkt und sogar meist übergangen, wenn im Text nur von den psychopathologischen Symptomen die Rede ist.

Suche nach der schizophrenen Kerngruppe

Es wurden neben der klinischen Diagnose zwei weitere Verfahren angewandt, um eine Schizophreniediagnose zu stellen. Zum einen handelte es sich dabei um das Computerprogramm CATEGO (Wing et al., 1974), das aus den PSE-Items, einem Algorithmus folgend, verschiedene Untergruppen errechnete. Als Kerngruppe gilt dabei die Kategorie "S+". Das andere Verfahren bestand in einer Cluster-Analyse bei der aus den PSE-Items 10 Cluster gewonnen wurden, von denen drei Cluster (4,5 und 7) als überzufällig viele klinisch klassifizierte Schizophrene enthaltend, identifiziert wurden. Auf den genauen Ablauf dieser beiden Verfahren soll hier nicht eingegangen werden.

Diejenigen Patienten, die in allen drei Gruppen enthalten waren (der klinischen Diagnose, der CATEGO S+ Gruppe und den Clustern 4,5 und 7) galten als Kerngruppe oder concordant group. Mit 306 Fällen bildete diese Gruppe nur noch einen Bruchteil der 811 klinisch diagnostizierten Schizophrenen, aber die Autoren versprachen sich viel davon: "If it can be shown that such a group of patients exists in all countries and has a specific clinical picture and course of illness differentiating it from other groups of schizophrenic patients, then a description of this group can serve as

the starting-point for transculturally applicable definition of schizophrenia".

Bei einem Vergleich der Kerngruppe mit der diskrepanten Gruppe, welche aus denjenigen Patienten besteht, welche aufgrund klinischer Kriterien als schizophren klassifiziert wurden, zeigen sich mögliche Gründe für das Zustandekommen der Kerngruppe. Bei der diskrepanten Gruppe tritt erstens kein Symptom übereinstimmend bei mehr als 70 % der Patienten auf, bei der Kerngruppe finden wir vier Symptome mit Übereinstimmungen zwischen 70 und 100 %. Zweitens bestehen die ersten sechs Hauptsymptome hinsichtlich der Übereinstimmung bei der diskrepanten Gruppe wieder aus den Problemen der Psychiater-Patient-Beziehung wie unangemessene Beschreibung oder Nicht-Bereitschaft zur Mitarbeit. Psychopathologische Symptome wie z.B. depressive Stimmung bieten lediglich Übereinstimmungen unter 40 %.

Diese Ergebnisse legen die Folgerung nahe, daß das Computerprogramm CATEGO und die Clusteranalyse diejenigen Patienten nicht erfassen konnten, die nicht in die vorprogrammierten schizophrenen Schemata paßten. Die Menschen in der diskrepanten Gruppe antworteten also sehr uneinheitlich und möglicherweise nicht mit der von den Untersuchern vorausgesetzten Ehrlichkeit und Ernsthaftigkeit. Wenn man berücksichtigt, daß in der diskrepanten Gruppe wesentlich mehr Patienten mit einer klinischen Diagnose der Schizophrenie enthalten waren als in der Kerngruppe (505 gegenüber 306), erscheint die Nützlichkeit letzterer zweifelhaft, da die meisten Schizophrenen nicht erfaßt werden.

Das Hervorstechen der nicht-psychopathologischen Symptome, die vor allem die Beziehung zwischen Patient und Psychiater widerspiegeln, lassen m.E. die Angemessenheit der Krankheitsentität "Schizophrenie" fraglich erscheinen. Zumindest den Patienten scheint die Einordnung in die Krankenrolle nicht zu gefallen, was sich einerseits sehr einheitlich im Symptom der mangelnden Krankheitseinsicht zeigt und die Patienten andererseits durch die Verweigerung der Mitarbeit auszudrücken suchen.

3.2.1.2 Häufigkeit

Tabelle 2 zeigt einige ausgewählte Prävalenzraten, die von verschiedenen Forschern gefunden wurden. Die Prävalenzart in der Tabelle bezeichnet die Zeit für die die Fälle im Verhältnis zur Bezugsgruppe gezählt wurden, wobei Punktprävalenzen meist mit einem Stichtag arbeiten und Prävalenzen mit einem Zeitraum die erfasste Periode vor der Studie kennzeichnen. Bei der Lebenszeitprävalenz werden sowohl die aktiven als auch die inaktiven Fälle gezählt.

Die verschiedenen Raten sind eigentlich nicht direkt vergleichbar, da in den meisten Fällen ein unterschiedliches Vorgehen gewählt wurde: Den Daten liegen entweder Zensuserhebungen oder institutionell erfasste Fälle zu Grunde. Bei ersteren werden Haus-zu-Haus Befragungen durchgeführt und alle auftretenden Fälle erfaßt. Bei der zweiten Möglichkeit werden offizielle Daten herangezogen, also zum Beispiel Krankenhausstatistiken. Die benutzte Definition zur Kategorisierung der schizophrenen Menschen variiert zwischen beinahe allen Studien erheblich. Die untersuchten Regionen unterscheiden sich voneinander nach strukturellen Gesichtspunkten wie etwa städtischer/ ländlicher Gegend oder Wohlstand/ Elend.

Afrikanische Studien sind hier nicht aufgeführt, da aus verschiedenen Gründen keine verwertbaren Ergebnisse vorliegen. Phänomene die sich unter das Konzept der Schizophrenie einordnen lassen finden sich jedoch auch in Afrika, wie Boroffka (1981) für Nigeria oder Forster (1957) für Ghana anhand schizophren klassifizierter Psychiatrieneuzugänge belegen. Um diese Aussage drehte sich jedoch eine lange Kontroverse. Unter anderen behauptete zum Beispiel Devereux (1939), daß die Schizophrenie in primitiven Volksstämmen selten oder überhaupt nicht vorkomme. Dagegen meinte Carothers (1953) in seiner berühmten Monographie "The African mind in health and disease", daß Schizophrenie die häufigste psychische Störung der hospitalisierten Afrikaner sei. Er klammerte die paranoide Schizophrenie jedoch aus mit der Begründung, das

Gehirn des afrikanischen Menschen sei nicht weit genug entwickelt, um diese Störung hervorbringen zu können. Diese Äußerung brachte ihm den Vorwurf des Rassismus ein, woraufhin seine Ar-

Autor	Region oder Gruppe	Prävalenzart	Rate
Torrey, 1987 ¹	Irland	Punkt	17,4
Walsh, 1976 ¹	Irland	Punkt	7,6
Hammond, 1983 ²	Palau (Süd Pazifik)	Punkt	4,8
Weingarten & Orron, 1983	Yemenitische Immigranten-Stadt in Israel	Punkt	2,5
Murphy, 1978 ³	Ostkanada	Punkt	6,6
Uchimura, 1961 ⁴	Japan	Punkt	4,7
Tsugawa, 1941 ⁴	Japan	Punkt	2,2
Wijesinghe, 1974 ⁴	Sri Lanka	6 Monate	3,7
Eaton & Weil, 1955 ³	Hutteriten (in USA & Kanada)	ein Jahr	1,9
Murphy, 1978 ³	Vier südpazifische Inseln	ein Jahr	2,0
Kramer, 1970 ⁴	Rochester (USA)	ein Jahr	4,7
Camberwell, 1965 ⁴	England	ein Jahr	3,4
National Survey, 1963 ⁴	Japan	ein Jahr	2,3
Nielsen & Nielsen, 1977 ⁴	Dänemark	18 Jahre	2,2
Sjogren, 1944 ⁴	Schweden	45 Jahre	4,6
Larsson & Sjogren, 1944 ⁴	Schweden	45 Jahre	6,3
Book, 1946-49 ⁴	Schweden	48 Jahre	9,5
Lynge & Jacobson, 1995	Grönland	Lebenszeit	9,4
Roy, 1968 ⁴	Kanadische Indianer	Lebenszeit	5,7
Bremer, 1939-44 ⁴	Norwegen	Lebenszeit	5,3
Mayer-Gross, 1948 ⁴	Schottland	Lebenszeit	4,2
Lin, 1946-48 ⁴	Taiwan	Lebenszeit	2,2
Dube, 1970 ⁴	Indien	Lebenszeit	2,3
Eastwell, 1975 ⁴	Australien	Lebenszeit	4,4

Tabelle 2: Ermittelte Prävalenzraten für Schizophrenie (pro 1000 Menschen) (1 nach Cabot, 1990; 2 Hammond, Kauders & MacMurray, 1983; 3 (ab 15. Lebensjahr) nach Murphy, 1982; 4 nach Torrey, 1980)

beit auch kaum noch zitiert wurde. Als einer der ersten afrikanischen Psychiater versuchte Lambo (1969, zit. n. Boroffka, 1981) das Gegenteil zu beweisen, indem er Fälle paranoider Schizophrenie in Afrika schilderte. Darüber hinaus stellte er fest, daß die prognostischen Kriterien europäischen Ursprungs nur bei denjenigen Afrikanern anzutreffen sind, die in Kontakt mit der

westlichen Kultur waren, für den Rest gelte eine weitaus bessere Prognose (s. Unten).

Als Regionen mit den höchsten Prävalenzraten werden meist die Republik Irland und Teile von Kroatien bezeichnet und viele Erklärungen wurden dafür gesucht. Es sollen hier kurz einige Beispiele möglicher Ursachen für Irland gegeben werden.

Zunächst vermutete man diagnostische Unterschiede, was jedoch als Ursache durch Vergleiche mit der englischen Praxis ausgeschlossen werden konnte (Kelleher & Copeland, 1974, zit.n. Torrey, 1980).

Die Emigrationstheorie besagt, daß die kräftigeren Menschen, meist nach Amerika, ausgewandert sind und die Schwachen und Kranken einschließlich der Schizophrenen zurückließen. Wenn man bedenkt, daß sich die irische Bevölkerung in den letzten 100 Jahren halbierte, während sich andere Völker verdoppelten, scheint diese Erklärung plausibel. Und obwohl Walsh (1978, zit. n. Torrey, 1980) eine Korrelation zwischen Migration und Hospitalsierung aufgrund von Schizophrenie feststellte, sprechen hohe Schizophrenieraten von emigrierten Iren, zum Beispiel in Kanada (Murphy, 1982), gegen diese Annahme.

Weiterhin wurde vermutet, daß es sich bei den hohen Raten um einen statistischen Fehler aufgrund der irischen Altersstruktur handelt. Es wurde jedoch gezeigt, daß das Gegenteil der Fall ist und in Irland bei gleicher Alterstruktur wie in anderen europäischen Ländern noch einmal deutlich mehr schizophrene Fälle auftreten müßten. Es leben dort also vor allem mehr alte Menschen als sonst in Europa, was wiederum eine Folge der Migrationsbewegungen sein dürfte (Torrey, 1980).

Die Möglichkeit, daß in den irischen Krankenhäusern auch viele mildere Fälle aufgenommen wurden, und dadurch die Raten steigen, dürfte nicht zutreffen, da die Hospitalisierungsdauer dort im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ähnlich oder sogar länger war. In manchen ländlichen Gegenden wurden dazu viele bislang unerfasste Fälle gezählt (Scheper-Hughes, 1979, zit.n. Murphy, 1982).

Vermutete Auslöser wie seltene Mineralien oder langsame Viren fallen ebenfalls außer Betracht, da die nordirische Bevölkerung

nicht betroffen ist und emigrierte Iren über mehrere Generationen höhere Raten zeigten. Ein einflußreicher genetischer Auslösefaktor wird ebenfalls für unwahrscheinlich gehalten, weil ein ungewöhnlich hoher Prozentsatz der irischen Schizophrenen ledig bleiben und uneheliche Kinder in Irland extrem selten vorkommen (Murphy, 1982).

Murphy (1982) versucht sich an einer soziokulturellen Erklärung, in der zwei Faktoren eine Rolle spielen: die verbale Beweglichkeit und große Ambivalenzen in der Sprache.

Für ein so kleines Volk hätten die Iren einen ungewöhnlich hohen Beitrag zur Weltliteratur geleistet und zwar in zwei Richtungen: Fantasie (z.B. Yeats und Swift) und Wortjonglage (z.B. Shaw und Joyce). Diese Leistungen beträfen jedoch nicht nur die literarische Elite, sondern seien im Volk verwurzelt, was sich zum Beispiel an der wichtigen Rolle des Barden zeige, der viele phantastische Geschichten von Sagen, Geistern und Übernatürlichem zu erzählen wußte.

Dazu wurde Irland als das Land des "double--think" und "double-speak" bezeichnet, wobei man sich bei einem Iren niemals sicher sein dürfe, ob er etwas ernst meint oder nicht. Murphy (1982) folgert daraus: "it is clear, that the double speak increases the complexity and reduces the clarity of information to which people are exposed, while the particular type of ridiculing imposes on the victim a demand that he respond to that unclear information. Furthermore, the other side of the Irish verbal mastery, the use of fantasy, suggests that reality testing may not be highly valued or thoroughly taught in this society, with the result, that schizophrenia-prone individuals may have greater difficulty in Irish society than in some other cultures in distinguishing hallucinations and delusions from the testable realities".

Eine derartige Ursachenzuschreibung läßt sich wissenschaftlich jedoch kaum durchleuchten und soll hier auch nur als gedankliche Anregung verstanden werden.

Wenn man hohe Raten findet, so wäre zu erwarten, daß auch niedrige zu finden sind. Der Nachweis ist hier jedoch schwieriger zu führen, da bei kleinen Stämmen gesucht wird. Es existiert zwar eine

Vielzahl an anthropologischen Berichten, die von der Seltenheit oder gar dem völligen Fehlen schizophrener Phänomene bei kleinen Volksgruppen und Stämmen berichten, welche jedoch zu klein sind (meist handelt es sich nur um ein paar hundert Menschen), um zuverlässig epidemiologische Daten zu erheben. Besonders bei der Schizophrenie wird ja aufgrund der kleinen Raten eine besonders große Stichprobe benötigt. Beim Vergleich von Krankenhausdaten finden sich natürlich auch niedrige Raten für Schizophrenie, dies wird jedoch meist mit der mangelhaften Erreichbarkeit dieser Institutionen erklärt.

Die größte Zuverlässigkeit ist nur bei Felduntersuchungen, am besten bei Zensus-Erhebungen, zu erwarten, da alle gemeldeten Personen unabhängig von anderen Merkmalen erfaßt werden können.

In diesem Sinne untersuchte Murphy (1978, n. Murphy, 1982) vier Inseln im Südpazifik. Eaton und Weil (1955, n. Murphy, 1982) besuchten die nordamerikanische religiöse Minderheit der der Hutteriten, die weitgehend isoliert vom Rest der amerikanischen Bevölkerung lebt und fanden dabei sehr niedrige Prävalenzen (s. Tab.2). Auch hier spekuliert Murphy (1982) über mögliche Ursachen für die Ergebnisse. In Umkehrung der Schlußfolgerungen zu Irland benennt er eine Kongruenz im Denken und dem Umfeld ohne widersprüchliche Information als schützenden Faktor.

Darüber hinaus findet man in den untersuchten Gemeinschaften traditionelle Subsistenzwirtschaften, in denen nahezu keine Konkurrenz zwischen den Mitgliedern stattfindet. Auf den Gilbert-Inseln, die durchaus vergleichbar sind, findet mehr Konkurrenz statt und man findet höhere Raten, ebenso wie in Neu Kaledonien. Murphy macht eine schnelle soziokulturelle Umstrukturierung für erhöhte Raten verantwortlich.

Außerdem nennt Murphy die kollektiven Entscheidungen aller beteiligten Menschen sowie eine hohe Toleranz gegenüber geringeren Abweichungen im Verhalten als wichtige Schutzfaktoren gegen das gehäufte Auftreten des schizophrenen Phänomens.

Leider finden sich zu Regionen mit geringen Schizophrenie-raten wenig Arbeiten, vermutlich aus dem erwähnten Grund der schwierigen wissenschaftlichen Fassbarkeit dieser Beispiele.

Festzuhalten bleibt, daß die Prävalenzraten insgesamt recht stark variieren und die Ursachen dafür ziemlich unklar sind, was allerdings angesichts unklarer schizophrener Ätiologie nicht verwundert.

Die in vielen Lehrbüchern zitierte angeblich weltweit gültige 1%-Marke der Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie stammt aus der "WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders (DOSMED)" (Sartorius, Jablensky, Korten, Ernberg, Naker, Cooper & Day, 1986). Sie leitet sich wiederum aus der in dieser Studie erhobenen universellen Inzidenz ab. Nach den Autoren ist diese Studie die erste, welche die wichtigsten Kriterien zur Erhebung transkultureller epidemiologischer Daten erfüllt. Diese lauten nach Sartorius et al. (1986): (1) Die Datenerhebung muß auf großen, stabilen und demographisch erfaßten Populationen beruhen, in denen alle Fälle mit Krankheitsbeginn über eine hinreichend große Zeitspanne so vollständig wie möglich erhoben werden, (2) die Diagnosen müssen auf der Basis transkulturell standardisierter Instrumente gestellt werden, (3) zusätzlich zum Alter beim Erstkontakt sollte das Alter beim Ausbruch der Psychose ermittelt werden, (4) die Raten sollten pro Altersgruppe ermittelt und durch Standardisierung vergleichbar gemacht werden. Durch diese Vorauswahl werden, wie auch schon bei der IPSS, bestimmte Untersuchungsstandorte nicht berücksichtigt, wenn es sich nicht um große, stabile und demographisch erfaßte Populationen handelt. Der Untersuchung waren also wieder einmal nur Orte mit ähnlichen Bedingungen zugänglich; die transkulturelle Aussagekraft wird so erheblich abgeschwächt. Von den zunächst ausgewählten 13 psychiatrischen Krankenhäusern aus vier Kontinenten blieben letztlich nur acht übrig, deren Daten (nach Meinung der Autoren) geeignet waren: Aarhus (Dänemark), Chandigarh (Indien, Stadt und Land), Dublin (Irland), Honolulu (Hawaii), Moskau (Rußland), Nagasaki (Japan) und Nottingham (Großbritannien). Es handelt sich also fast nur um Großstädte, in denen traditionellen Lebensformen lediglich randständige Bedeutung zukommt.

Insgesamt wurden 1379 Patienten in die Studie aufgenommen. Sie mußten innerhalb der letzten zwei Jahre erstmalig Kontakt mit ei-

nem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen haben, zwischen 15 und 54 Jahre alt sein und im vorangegangenen Jahr Symptome einer psychotischen Störung gezeigt haben.

Den Berechnungen der Inzidenzraten wurde die Diagnosestellung nach dem CATEGO-Computerprogramm zugrundegelegt. Einmal wurden die Raten nur für jene Fälle berechnet, die von CATEGO die Diagnosekategorie "S+" erhalten hatten. Das andere Mal wurde eine Schizophreniediagnose auch dann vergeben, wenn die Diagnosestellung nach klinischen Kriterien erfolgt war oder wenn die Kriterien für "Paranoide Störung" (CATEGO P+) oder "Borderline Störung" (CATEGO 0+) erfüllt waren. Mit dieser weiten Schizophrenidefinition schwanken die Inzidenzraten der acht Zentren von 1,6/10000 (Aarhus) bis 4,2/10000 (Chandigarh Land). Mit der engen Schizophrenidefinition beträgt die Inzidenz über alle Zentren hinweg 1,0/10000, wobei die einzelnen Inzidenzraten nur noch zwischen 0,7 (Aarhus) und 1,4 (Nottingham) pro 10000 variierten, ohne daß diese Differenzen signifikant waren.

Mit der weiten Definition, mit einer (zumindest in westlichen Ländern) hohen Kriterienvolidität hinsichtlich klinischer Diagnose und Ausgangsprädiktion, wurden variierende Raten festgestellt. Die annähernd gleichen Raten finden sich nur bei der engen CATEGO-Klassifikation, bei der berücksichtigt werden muß, daß sie den Patientenpool erheblich einschränkt (in unterschiedlichem Ausmaß in den verschiedenen Zentren) und einem Kunstprodukt entspricht. Die Autoren bezeichnen die "S+"-Kategorie zwar als Kerngruppe, dies läßt sich allerdings nur aus der größten Übereinstimmung mit den vorherrschenden Annahmen über die Kernsymptome rechtfertigen. Daraus läßt sich schließen, daß in einigen großen Städten eine sehr ähnliche Anzahl an Patienten mit ähnlichen Symptomen beobachtet werden können, ob dies jedoch die schizophrenen Kernsymptome sind, ist eine ganz andere Frage. Die mehr oder weniger großen Gruppen an Schizophrenen, die nicht von der "CATEGO-S+"-Kategorie erfaßt wurden, werden nicht weiter berücksichtigt, obwohl deren Anteil denjenigen der sogenannten Kerngruppe in vielen Zentren übersteigt.

Ebenfalls anzweifelbar ist die Ableitung transkultureller Prävalenzraten aus diesen Inzidenzen. Hopper (1992) fragt: "If cross-cultural incidence is uniform but course and outcome are not, how can point-prevalence be one universal value? Moreover, if certain biological 'vulnerability' factors are relevant, ... such that certain otherwise 'at risk' individuals will fall prey to common Third World childhood disorders, then the pool of vulnerable young adults would appear to be quite different in developed and underdeveloped worlds, making uniform incidence rather unlikely".

Diese Zweifel erfordern in jedem Fall weitere Untersuchungen und warnen vor zu schnell getroffenen Schlußfolgerungen, die lang-ersehnte universelle Fakten auf dem Gebiet der Schizophrenie schaffen wollen. Der Bedarf nach derartigen Fakten scheint sehr groß zu sein, denn die Ergebnisse der zitierten Studie wurden in beinahe alle Lehrbücher aufgenommen, die nun die 1%-Prävalenzmarke der Schizophrenie weiter festschreiben, ohne die Voraussetzungen dieser Studie sowie andere Ergebnisse eingehend geprüft zu haben.

3.2.1.3 Verlauf und Ausgang

Wie schon erwähnt machte auch Lembo (1969, zit. n. Boroffka, 1981) die Aussage, der Verlauf der Schizophrenie sei in Afrika weitaus besser als in Europa. Diese Fragestellung wurde häufig auf einen Vergleich zwischen der westlichen Kultur und traditionelleren Gesellschaften ausgedehnt bzw. generalisiert und vielfachen Untersuchungen zugeführt. Die größte und bekannteste Studie, die dieselbe These verfolgt, finden wir in der "International Pilot Study of Schizophrenia" (IPSS) der Weltgesundheitsorganisation (s. 3.2.1.1, WHO, 1975, 1979, Leff, Sartorius, Jablensky, Anker, Korten, Gulbinat & Ernberg, 1990), Deren Ergebnisse zum Verlauf bzw. Ausgang sind in Tabelle 3 mit anderen Ergebnissen zusammengefaßt dargestellt.

Die dargestellten Studien benutzten bei der Beurteilung des Verlaufs oder des Ausgangs zwei- bis siebenfach gestufte Skalen, die zur Vereinheitlichung hier zu drei Abstufungen zusammengefaßt

sind. Dies geht von dem Gedanken aus, daß die beiden Extrempole noch am ehesten miteinander übereinstimmen. Auf der positiven Seite sprechen alle Autoren von Symptombefreiheit und uneingeschränkter Lebensführung (-0, wohingegen am negativen Pol meist ein chronisch unveränderter oder verschlechterter Zustand bezeichnet wird (-). Die mittlere Kategorie faßt alle Werte zwischen den veröffentlichten Extremwerten zu einem Skalenwert zusammen (+/-).

Durch die Unterschiede in der Durchführung der Studien sind die Daten, wie schon bei den Prävalenzen, nur begrenzt vergleichbar. Vollkommen in sich vergleichbar ist nur die IPSS.

Murphy und Raman (1971) verglichen ihre Studie direkt mit den englischen Daten von Brown (1966, nach Murphy & Raman, 1971) und stellten sowohl im Verlauf (59%:34% störungsfrei) als auch im Ausgang (s.Tab.3) bei der Follow-up-Erhebung signifikant bessere Ergebnisse für die mauritische Stichprobe fest (mit $p=0,001$ und $p=0,05$). Sie hielten die Studien für vergleichbar, da die Stichproben in etwa die gleiche Größe hatten und nach ähnlichen Kriterien ausgewählt wurden. Die Bewertungen für Verlauf und Ausgang entsprachen einander ebenfalls weitgehend. Die demographische Struktur war vergleichbar und das Verhältnis von Krankenhausbetten zur Bevölkerung war zum Studienzeitpunkt in England und Mauritius recht ähnlich.

Autoren und Jahr	Region	Follow Up i.J.	N	Bemerkungen	+	+/-	-
%	%	%					
Naka, 83	Japan	6	25	nur good&psychopath	72	--	28
Murphy & Raman, 71	Mauritius	12	90		64	19	16
IPSS, 79 ¹	Nigeria	2	58		57	38	5
IPSS, 90 ²	Nigeria	5	68	Verlaufsdaten	52	33	13
Yuasa, 78 ³	Japan	10-14	110		52	23	12
Brown, 66 ⁴	England	5	100		49	40	11
IPSS, 79	Indien	2	88		48	37	15
Hsia et al., 58 ³	Shanghai	21	879		46	48	6
Waxler, 79	Sri Lanka	5	44		45	24	31
IPSS, 90	USA	5	50	Verlaufsdaten	44	27	25
IPSS, 90	Indien	5	72	Verlaufsdaten	41	42	15
Miya, 84; Ogawa, 87 ³	Japan	16-21	130		41	41	2
IPSS, 90	Kolumbien	5	90	Verlaufsdaten	41	36	21
IPSS, 90	Rußland	5	65	Verlaufsdaten	36	40	23
Tsoi et al., 85 ³	Singapore	10	424		35	48	9
Kulhara & Wig, 78 ³	Indien	4,5-6	174		29	39	32
IPSS, 90	England	5	63	Verlaufsdaten	25	51	22
IPSS, 79	England	2	58		24	45	31
IPSS, 79	USA	2	31		23	58	19
IPSS, 90	Czech.	5	64	Verlaufsdaten	22	52	26
IPSS, 90	Dänemark	5	50	Verlaufsdaten	22	40	38
Lo & Lo, 77 ³	Hongkong	10	82		21	66	12
IPSS, 79	Kolumbien	2	72		21	64	15
Ichimiya, 86 ³	Japan	20-44	129		17	69	14
IPSS, 79	Taiwan	2	78		15	70	15
IPSS, 79	Czech.	2	44		14	56	30
IPSS, 79	Rußland	2	66		9	80	11
IPSS, 79	Dänemark	2	48		6	63	31
Lynge & Jacobson, 95	Grönland	7	37		3	52	45

¹WHO, 1979; ²Leff, Sartorius, Jablensky, Anker, Korten, Gulbinat & Ernberg, 1990;
³nach Lin & Kleinman, 1988; ⁴nach Murphy & Raman, 1971

Tabelle 3: Verlauf und Ausgang der Schizophrenie (siehe den erklärenden Text)

Die Chronizität ist in Mauritius weniger schwer, obwohl die psychiatrische Versorgung weitaus schlechter ist. Dies betrifft vor allem die Versorgung mit psychiatrischem Personal, die Verfügbarkeit psychotroper Drogen und die Situation der ambulanten Versorgung.

Bei der IPSS wurden die besten Verläufe und Ausgänge für Ibadan in Nigeria und Agra in Indien berichtet (WHO, 1979, Leff et al., 1990), wobei die Versorgungssituation ähnliche Merkmale wie in Mauritius aufwies.

Als Ursachen für diese scheinbar generellen Unterschiede meint Murphy (1982) sieben Faktoren ausmachen zu können:

1. Soziale Zurückweisung. Je mehr eine Gesellschaft das Schizophrenie fürchtet und zurückweist, desto schwieriger wird die Wiedereingliederung.
2. Rigide Rollenideale. Je strikter eine Gesellschaft festlegt, was die Eigenschaften eines "echten" Mannes oder einer "echten" Frau sind, desto eher wird ein Schizophrener rückfällig, wenn er merkt, daß er von diesen Idealen abweicht.
3. Verteilung von Verantwortung. Je stärker der Schizophrene für seine Störung selbst verantwortlich gemacht wird, desto leichter wird er rückfällig beim Versuch sein Erleben und Verhalten zu verstehen.
4. Wirklichkeitsprüfung. Je vieldeutiger eine Gesellschaft trennt, was sie für real und was für unreal hält, desto schwieriger ist die Eingliederung für den Schizophrenen mit beeinträchtigtem Wirklichkeitsempfinden.
5. Krankenrolle. Je mehr eine Gesellschaft glaubt, daß geistige Störungen chronisch sind, desto schwieriger ist es für den Patienten, sich aus dieser Rolle zu befreien, auch wenn es große Unterstützung und Toleranz gegenüber dieser Rolle gibt.
6. Akzeptanz von Abhängigkeit. Je mehr eine Kultur die Idee der Abhängigkeit toleriert, desto länger bleibt der Patient in der Krankenrolle, wenn die umsorgende Institution für wohlütig und die Umgebung für zu hart gehalten werden.
7. Soziales Netzwerk. Je mehr die Menschen in einer Gesellschaft untereinander in Kontakt stehen, desto mehr Hilfe bekommt ein Patient einem Rückfall zu widerstehen, indem er sich als bedeutenden Menschen innerhalb der Gesellschaft erlebt.

Nach diesen Faktoren können nach Murphy (1982) auch Unterschiede wie zum Beispiel zwischen den variierenden indischen Ergebnissen von Kulhara und Wig (1978, nach Lin & Kleinman, 1988, s.Tab.3) einerseits und der IPSS andererseits erklärt werden. Da hier eine städtische und eine ländliche Umgebung untersucht wurden,

wirken auch unterschiedliche Faktoren, wie zum Beispiel ein größerer Zusammenhalt der Menschen auf dem Lande.

Waxlers (1979) Studie in Sri Lanka (s.Tab.3) brachte ebenfalls bessere Ergebnisse für die untersuchte Population im Vergleich zu den Industrienationen. Sie ordnet das bessere Abschneiden drei Gründen zu:

1. Große, tolerante und starke Familien
2. Ein Behandlungssystem, das auf Kurzzeitpflege basiert und Patienten, die dazu neigen ihren Aufenthalt in die Länge zu ziehen, keine Unterstützung gibt.
3. Ein Glaubenssystem, das die Krankheit in Begriffen externaler Verursachung sieht, den Patienten nicht stigmatisiert und an die Heilung psychischer Störungen glaubt.

Neben diesen beiden Autoren machen auch andere vor allem sozio-kulturelle Faktoren für den besseren Verlauf und Ausgang in weniger entwickelten Gebieten verantwortlich. So finden auch Lin und Kleinman (1988) in ihrem Literaturüberblick folgende mögliche Ursachen: (1) Starke soziale Isolation ist ein guter

Prädiktor für schlechten Verlauf: In vielen Entwicklungsländern spielen soziale Beziehungen und der Zusammenhalt zwischen den Menschen eine sehr große Rolle. In diesem Sinne wurden solche Regionen "soziozentrisch" genannt und die westlichen Nationen "egozentrisch". (2) Große Familien schützen vor Rückfällen: Bei Schizophrenen mit großen Familien, die in Entwicklungsländern viel häufiger vorkommen, findet man weniger häufige "Expressed-Emotion" Kommunikation und geringere Rückfallraten. (3) Beschäftigung und soziopolitisches Milieu: In westlichen Ländern führt der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Angst davor oft zu Rückfällen. In Entwicklungsländern ist die Beschäftigung mehr in das gesellschaftliche Leben eingebunden und die Wiederaufnahme der Arbeit nach einer psychotischen Episode ist meist unproblematisch. Dies schützt vor weiteren Rückfällen. (4) Stigma, Selbstattribution und Krankenrolle: In Entwicklungsländern wird psychische Krankheit eher external attribuiert und für heilbar gehalten, wohingegen in

westlichen Ländern, etwa im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, Patienten vermittelt wird, die Ursache liege in ihnen selbst. Die externale Attribuierung macht es den Menschen einfacher, sich wieder normal zu fühlen. (5) Unterschiedliche Überlebensraten vulnerabler Individuen: In Entwicklungsländern mit schlechteren medizinischen Versorgungsmöglichkeiten könnten biologisch benachteiligte Menschen in ihren ersten Jahren eher sterben, so daß die stärkeren mit den besseren Verläufen übrigbleiben.

Die IPSS (WHO, 1979) äußert sich wesentlich zurückhaltender, kommt aber am Ende zu einer ähnlichen Schlußfolgerung: "At this point it is possible to state that the IPSS results clearly provide support for the contention that the course and outcome of schizophrenia is affected by sociocultural conditions and lead to hypotheses that can be tested in subsequent studies". Wir brauchen also wieder einmal mehr Daten. Ob diese jedoch in Zukunft noch ähnliche Ergebnisse bringen, ist äußerst fraglich, wenn man Al-Issas (1969) Behauptung glaubt, daß mit zunehmender Verwestlichung das Ende des "Goldenen Zeitalters" der transkulturellen Forschung begonnen hat.

Insgesamt herrscht also recht große Einigkeit, was die Ursachen für besseren Verlauf in unterentwickelten Regionen betrifft. Diese sind scheinbar vor allem in der soziokulturellen Struktur einer Gesellschaft zu suchen.

3.2.1.4 Symptome

Erstes Ziel der symptomatologischen Forschung im transkulturellen Kontext ist es, fundamentale Symptome der Schizophrenie, die immer vorhanden sind, auszumachen. Diese sollen abgegrenzt werden von den pathoplastischen Symptomen, die über Raum und Zeit variieren. Dies ist jedoch augenscheinlich sehr problematisch, da die Schizophrenie ja nur symptomatisch definiert ist und viele Psychiater in der Frage, was diese Störung konstituiert, anderer Meinung sind. Oft wird die Diagnose 'Schizophrenie' auch intuitiv gestellt und man liest in den Veröffentlichungen, daß der Psychiater weiß oder fühlt, daß es sich um die richtige Klassifikation handelt. Die-

ser Ansatz bietet also keine gemeinsame Basis, von der aus die beobachteten Symptome verglichen werden könnten. Da aber selbst in methodisch einheitlichen Studien wie der IPSS große Unterschiede in der klinischen Diagnose, die als wichtige Bezugsvariable dient, auftauchen, bleibt kein anderer Weg. Die klinische Diagnose bleibt also Ausgangspunkt, das weitere Vorgehen unterscheidet sich jedoch sehr.

Ein häufiges Vorgehen ist das Abfragen von Symptomlisten, welche wiederum zusammengefaßte Syndrome abbilden. Diese Syndrome orientieren sich entweder an gegebenen theoretischen Vorannahmen, etwa an Schneiders Symptome ersten Ranges (Ndetei & Vadher, 1984, Carpenter & Strauss, 1974) oder an empirisch gewonnenen Faktoren oder Clustern (Lorr & Klett, 1969), oder die Symptomlisten sollen helfen derartige Syndrome, die möglichst universell gültig sein sollen, aufzufinden (WHO, 1975). Da die IPSS, die sich sehr auf Symptome konzentriert, schon behandelt wurde, wenden wir uns nun den sonstigen Studien zu.

Oft wurde versucht, das Auftreten der Schneideeschen Symptome ersten Ranges (First Rank Symptoms, FRS) in verschiedenen Kulturen nachzuweisen. Diese wurden am Anfang dieser Arbeit bereits dargestellt (s. 2.3.3). Von anderen Forschern (z.B. Mellor, 1970) wurden diese später noch weiter ausdifferenziert und verfeinert, um sie für die Forschung besser anwendbar zu machen. Die Raten beziehen sich darauf, ob mindestens ein FRS auftritt. Ndetei und Vadher (1984) berichten über verschiedene Studien recht einheitliche Ergebnisse, bei denen Schizophrene in England zu 70 % FRS aufwiesen. Dies entspricht etwa auch den Raten, die bei Kontinentaleuropäern und englischsprachigen Nordamerikanern festgestellt wurden. Für Afrika und Asien liegen weniger einheitliche Ergebnisse vor, die zwischen 33 und 73 % variieren. In Nigeria wurde beispielsweise einmal bei 60 % mindestens ein FRS gefunden (Pela, 1982). Ndetei et al. (1984) erforschten verschiedene kulturelle Gruppen, die an einem Londoner Krankenhaus behandelt wurden. Die niedrigsten Raten für die FRS stellten

sie dabei für die Afrikaner fest (31 %), gefolgt von den Jamaikanern (43 %) und Menschen aus dem nahen Osten (50 %).

Carpenter und Strauss (1974) fassten im Rahmen der IPSS das Auftreten der FRS folgendermaßen zusammen: Taiwan (79 %), England (76 %), Kolumbien (64 %), Nigeria (63 %), Dänemark (62 %), Indien (48 %), USA (45 %), Tschechien (43 %), Rußland (31 %), durchschnittlich (57 %).

Derartige Studien dienen vor allem der Bestätigung oder Ablehnung der häufig verwandten Symptome ersten Ranges. Es ist jedoch fraglich, ob auf diese Art etwas bewiesen werden kann, wenn man bedenkt, daß die FRS in die meisten Diagnosesysteme zur Klassifikation bereits eingegangen sind. Es könnte sich also lediglich um die Bestätigung der Diagnose handeln, was sich zum Beispiel an den allgemein hohen Raten bei den englischen Patienten zeigt: "If the consultants followed the criteria for identifying schizophrenia given in the British glossary, one might expect a high prevalence of FRSs, since these symptoms were considered prominent indicators of schizophrenia in the glossary" (Carpenter & Strauss, 1974).

Lorr und Klett (1969) gingen einen anderen Weg und schufen sich durch Clusterung eigene Syndrome wie "Excitement", "Paranoid projection" oder "Disorientation" (Abbildung 4), die jedoch von anderen Forschern meines Wissens nicht angewandt wurden und deshalb keine weiteren Vergleiche finden, außer in den Studien der beiden Autoren. Sie führten mit diesen Syndromen transkulturelle Vergleiche in westlichen Ländern und Japan durch, wobei sich deren recht hohe Stabilität trans-kulturell erwies.

Insgesamt erschien die deutsche Stichprobe als am schwersten gestört, gefolgt von den Amerikanern. Auf den letzten Plätzen rangierten Frankreich und Schweden. Die einzelnen Werte für die verschiedenen Syndrome können aus der vierten Abbildung abgelesen werden.

SYNDROME RAW SCORES FOR FEMALES

Syndrome	Country						
	England	France	Germany	Italy	Japan	Sweden	United States
Excitement	16	14	27	21	18	24	25
Hostile belligerence	18	18	28	31	25	27	37
Paranoid projection	27	31	55	19	38	31	34
Grandiosity	8	5	12	3	7	5	8
Perceptual distortion	16	15	28	9	20	17	14
Anxious depression	49	23	51	68	26	31	40
Retardation	25	23	38	25	30	38	34
Disorientation	0	0	0	0	1	1	1
Motor disturbances	9	15	21	13	8	15	18
Conceptual disorganization	6	7	14	6	7	9	12

SYNDROME RAW SCORES FOR MALES

Syndrome	Country						
	England	France	Germany	Italy	Japan	Sweden	United States
Excitement	18	10	23	10	12	15	20
Hostile belligerence	20	18	30	22	15	18	31
Paranoid projection	35	26	41	24	39	34	33
Grandiosity	14	6	13	3	8	9	9
Perceptual distortion	15	12	18	9	20	15	13
Anxious depression	34	20	53	58	28	25	38
Retardation	26	28	40	28	25	34	37
Disorientation	0	0	0	0	1	1	1
Motor disturbances	11	15	21	12	6	11	18
Conceptual disorganization	8	5	14	8	4	8	11

Abbildung 4: Die Cluster von Lorr und Klett (1969) (nach Geschlecht getrennt)

Ein Forscherteam um Murphy (Murphy, Wittkower, Fried & Ellenberger, 1963) wählte einen komplett anderen Ansatz. Mit der Erkenntnis, daß ohnehin vieles von der subjektiven Perspektive des Untersuchers abhängt, blieben sie auf dieser Ebene und befragten 40 Psychiater in 27 Ländern systematisch nach ihren Eindrücken. Alle Befragten beschäftigten sich auch mit soziokulturellen und transkulturellen Fragestellungen und hatten in der Vergangenheit mit Patienten aus verschiedenen Kulturen gearbeitet. Sie wurden gebeten selbst zu vergleichen und lieferten ihre Daten speziell hinsichtlich dieses Vergleichs.

Features of schizophrenia	Sociocultural correlates	Significance (<i>P</i>)
Paranoid type	MOST frequent in urban middle classes	0.05
	LEAST frequent in rural populations	0.05
Catatonic type	LEAST frequent in Euro-Americans	0.05
Hebephrenic type	MOST frequent in Japanese and Okinawans	0.05
Simple type	MOST frequent in Asians	0.01
Visual hallucinations	MOST frequent in Africa and Near East	0.05
	LEAST frequent in urban Euro-Americans	0.01
Tactile hallucinations	MOST frequent in Africa and Near East	0.10
Delusions of grandeur	MOST frequent in rural populations	0.001
Delusions of destruction	MOST frequent in Christian populations	0.01
Religious delusions	MOST frequent in Christian populations	0.01
	LEAST frequent in Buddhists, Hindus and Shintoists	0.01
Delusions of jealousy	MOST frequent in Asian populations	0.05
Depersonalization	LEAST frequent in rural populations	0.01
Flatness of affect	MOST frequent in Japanese and Okinawans	0.01
	HIGH in South American peoples	0.05
Social withdrawal	MOST frequent in Japanese and Okinawans	0.01
Negativism	MOST frequent in India and South America	0.001
Excitement	MOST frequent in Africa and South America	0.05
	LEAST frequent in Anglo-Saxon cultures	0.05
Stereotypic behavior	MOST frequent in East Indians	0.05
	LEAST frequent in Euro-Americans	0.001
Catatonic rigidity	MOST frequent in East Indians	0.01
Suicidal behavior	MOST frequent in Japanese	0.001
Temper outbursts	MOST frequent in Christian populations	0.05

Abbildung 5: Symptomverteilung nach Murphy et al. (1963)

Die Forscher versuchten, ähnlich wie bei Prävalenzstudien, die Orte der höchsten und geringsten Raten aufzufinden, um daraus die Unterschiede zu erklären.

Im Gegensatz zu vielen anderen Studien wurden dabei neben der Region noch weitere mögliche Einflußfaktoren berücksichtigt, die in die Zusammenstellung miteinfließen. Diese sind (1) die Umgebung, also städtisch oder ländlich, (2) die Religion, (3) generelle, nichtschizophrene Merkmale und (4) die Bildung. Die Ergebnisse können aus Abbildung 5 abgelesen werden.

Besonders große Unterschiede findet man in den Arten des Wahns und den Wahnthemen, die meistens als die pathoplastischen Variablen verstanden werden. Pfeiffer (1994) hat die Häufigkeit der Wahnthemen für vier Kulturen zusammengestellt.

Gebiet und Autor	Zeit der Beobachtung	Zahl der paranoiden Psychosen	Wahnthemen					
			Verfolgung %	Größenwahn %	Schuld %	Eifersucht %	Hypo-chondrie %	Religion %
Taiwan (Rin, Wu, Lin)	1948/59	220	75	26	1,8	21	9	8
Japan (Asai)	1941/61	926	41,7	9,8	3,4	3,3	4	1,4
Bombay (Sukthankar & Vahia)	1963	84	89,3	3,5	2,4		2,3	
Java (Pfeiffer)	1957/60 1966/67	351	34,8	31,6	4,6	4,3	8	27,9

Abbildung 6: Häufigkeit der Wahnthemen (aus Pfeiffer, 1994)

Inwiefern hier allerdings von andauernden kulturellen Unterschieden gesprochen werden kann ist äußerst fraglich, wenn man die Unterschiede, die in einer Kultur im Laufe der Zeit auftreten, betrachtet. Hinterhuber et al. (Hinterhuber, Madlung-Kratzer & Waibl, 1995) führten zu diesem Zweck eine retrospektive Langzeituntersuchung von 1904 bis 1994 nach den Akten des Innsbrucker Krankenhauses durch (Abbildungen 7 und 8).

Es wird deutlich, daß intrakulturelle Ereignisse, wie zum Beispiel Kriege oder technische Entwicklungen, Wahnthemen beträchtlich verändern können. Diese Erkenntnis relativiert die transkulturellen Ergebnisse und macht deutlich, daß kaum generelle dauerhafte Aussagen gemacht werden können, wenn die betrachteten Merkmale nicht stabil sind.

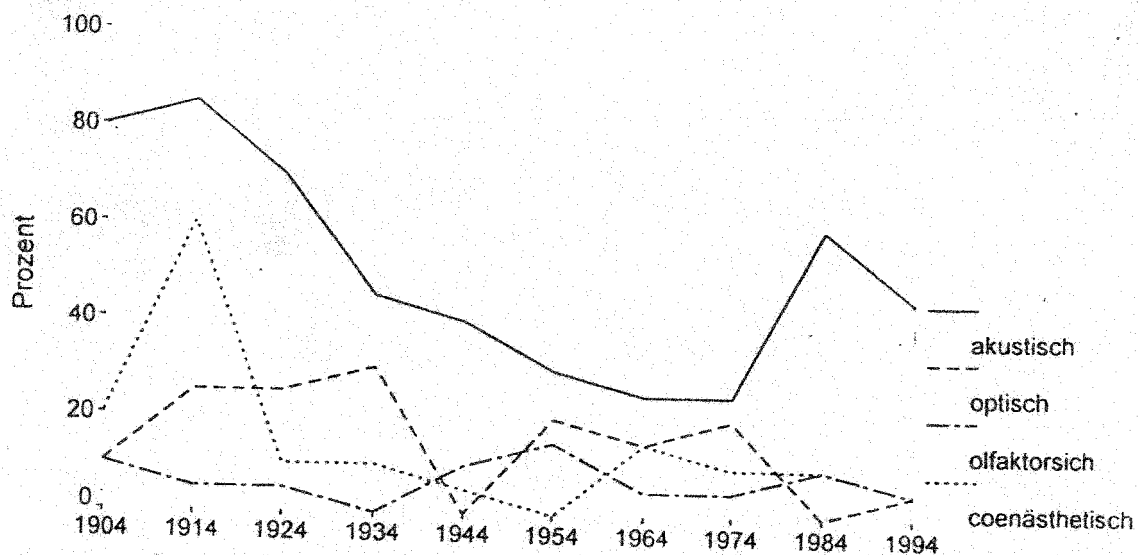


Abbildung 8: Inhalte des Wahns über hundert Jahre
(aus Hinterhuber et al., 1995)

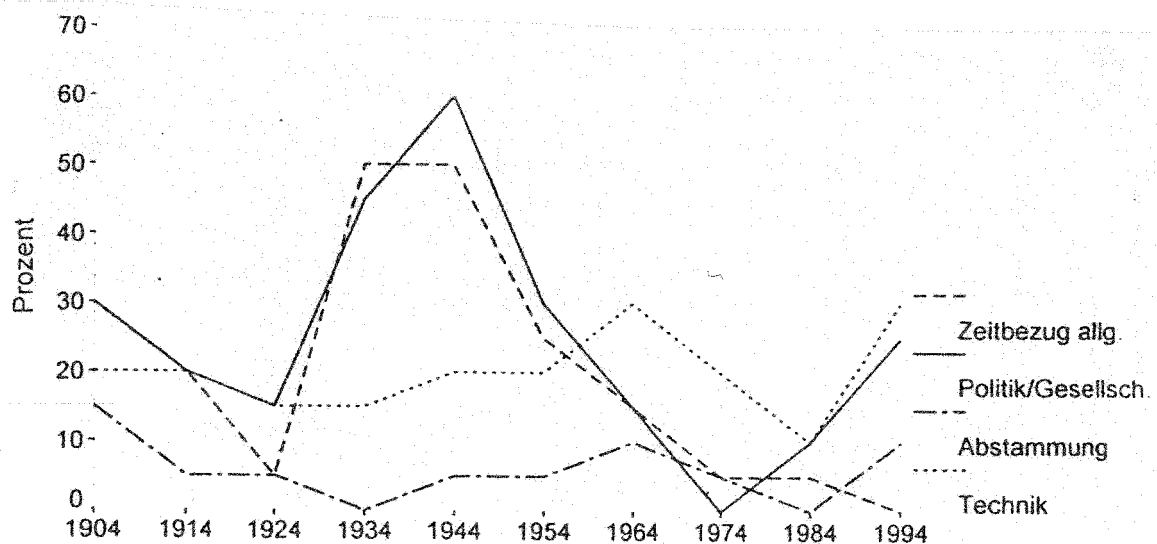


Abbildung 7: Halluzinationen: Veränderungen im Laufe des Jahrhunderts (aus Hinterhuber et al., 1995)

3.2.2 Transkulturelle Ergebnisse in der Diskussion

Zusammenfassend betrachtet lieferte uns die transkulturelle Forschung folgende Ergebnisse:

Bei Prävalenzstudien wurde in allen Bereichen der Welt ein Phänomen angetroffen, das in einigen Merkmalen auf das Konzept der Krankheitsentität "Schizophrenie" zu passen scheint. Die Häufigkeit des Auftretens variiert jedoch in verschiedenen Kulturen.

Die Ursachen dieser Variation können nicht zufriedenstellend erklärt werden. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, daß Volksgruppen existieren oder existierten, in denen schizophrene Phänomene unbekannt sind, da sich diesbezügliche Beweise der epidemiologischen Methodik entziehen. Davon, daß Schizophrenie, so wie wir sie kennen, überall und in gleichem Maße auftritt, kann jedoch nicht die Rede sein.

Forschungen zu Verlauf und Ausgang brachten oft bessere Ergebnisse für weniger weit entwickelte Gesellschaften. Diese Unterschiede wurden von vielen Autoren mit soziokulturellen Faktoren erklärt, die den Zusammenhalt zwischen den Menschen und die gegenseitige Wertschätzung als Schutz vor dauerhafter Erkrankung betonen.

Eine einheitliche Gruppe von Kernsymptomen zu identifizieren, erwies sich als schwieriges Unterfangen, das sehr stark von den Vorannahmen und Konzepten in der jeweiligen Studie abhängt. Unterschiede in den auftretenden Symptomen zwischen Kulturen wurden zwar festgestellt, aber ebenso eine starke intrakulturelle Variation über die Zeit. In der IPSS fand man die mangelnde Krankheitseinsicht als das mit Abstand übereinstimmendste Symptom.

Den Variationen in den Ergebnissen der verschiedenen Studien können zahlreiche Ursachen zu Grunde liegen. Um die Annahme einer tatsächlich vorhandenen Varianz in den verschiedenen untersuchten Populationen treffen zu können, müssen übereinstimmende theoretische und methodische Voraussetzungen erfüllt sein. Ist dies nicht der Fall, können variierende Ergebnisse auf Unterschiede in den Definitionen und im methodischen Vorgehen zurückgehen. Die Beschäftigung mit den theoretischen und methodischen Problemen und Möglichkeiten verlangt besondere Aufmerksamkeit. Im Folgenden werden wir uns diesen Fragen zuwenden.

3.2.3 Hürden der transkulturellen Forschung

Grundsätzlich wird in der transkulturellen Forschung versucht, mit Hilfe statistischer Verfahren, Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in Syndromen, Symptomen, in Verlauf und Häufigkeit schizophrener

Phänomene in verschiedenen Kulturen oder Volksgruppen aufzuspüren. Die Kultur zählt dabei als unabhängige Variable, die durch die Heranziehung verschiedener Kulturen variiert werden kann. Die Auswirkungen auf die abhängigen Variablen können dann beobachtet werden. Wie muß jedoch vorgegangen werden, damit Kultur wirklich als unabhängige Variable betrachtet werden kann? Diese Frage wird besonders dann wichtig, wenn man berücksichtigt, in welchem Ausmaß sich die Kulturen heutzutage im Zuge der Globalisierung vermischen und gegenseitig beeinflussen. Schließlich erhöht sich mit jeder Verbindung zwischen den Kulturen die Kovarianz der als unabhängig gedachten Variablen. Daraus läßt sich folgern, daß mit zunehmender globaler Vereinheitlichung wirkliche trans-kulturelle Studien immer schwieriger, wenn nicht ganz unmöglich werden. Erstes Ziel der Forschung muß es also sein, so viele Kovarianten wie möglich zu identifizieren, sie zu operationalisieren und zu erheben, um sie am Ende während der statistischen Prozedur auspartialisieren zu können.

Wenn nun alle Faktoren, die nicht zur Kultur gehören, herausgenommen werden sollen, stellt sich natürlich zuerst die bedeutsame Frage, was Kultur ist.

Eine Frage, die kaum exakt zu beantworten ist, obwohl viele sich daran versuchten. Boroffka (1993) berichtet von bis zu 160 verschiedenen Definitionen. Nach Littlewood (1990, zit.n. Boroffka, 1993) fassen europäische Sozialanthropologen unter dem Begriff "Kultur" alle die Verhaltensweisen zusammen, die nicht biologisch vererbt sind, während die Amerikaner sich eher beschränken auf die Formen des Denkens, Fühlens und Verhaltens, die Einzelindividuen im Laufe ihres Lebens erwerben. Pfeiffer (1994) beschreibt Kultur als einen Komplex, "der überlieferte Erfahrungen, Vorstellungen und Werte umfaßt, sowie gesellschaftliche Ordnungen und Verhaltensregeln. Es geht um die Kategorien und Regeln, mit denen die Menschen ihre Welt interpretieren und woran sie ihr Handeln ausrichten".

Einfach anzuwenden wäre eine solche Definition auf nach außen klar abgegrenzte ethnische Gruppen, die über längere Zeit hinweg verhältnismäßig einheitliche Ordnungen und Verhaltensweisen zeig-

ten. Isolierte Gruppen im Hochland von Neuguinea oder auf abgelegenen Inseln stellten deshalb auch so etwas wie die "Lieblingskinder" der ethnologischen Forschung dar (Pfeiffer, 1994).

Heute sind derartige Gruppen jedoch lediglich Randerscheinungen und aufgrund ihrer geringen Bevölkerungszahl nicht statistisch verwertbar. "Demgegenüber sind die Kulturen, mit denen wir in der Realität psychiatrischer Arbeit zu tun haben, komplexe Systeme, im Innern vielfältig gegliedert, nach außen so unscharf konturiert, daß die Abgrenzung fast willkürlich ist. Zudem sind sie in ständigem Austausch und damit in rascher Wandlung begriffen" (Pfeiffer, 1994).

Die kulturellen Effekte, die entstehen, wenn grundlegend andere Glaubenssysteme und Wertvorstellungen im Austausch der Kulturen aufeinander treffen, besonders im Hinblick auf die zunehmende Verwestlichung oder auch Amerikanisierung der restlichen Welt, kennt kein Mensch. An einem oft vermuteten Kulturschock, wie ihn traditionellere Gesellschaften erleiden könnten, wenn die Basis ihres Zusammenlebens durch das Vordringen westlicher Gepflogenheiten gefährdet wird, finden sich wohl wahre Aspekte. Auch auf das Auftreten psychischer Störungen dürften Auswirkungen zu beobachten sein. "With Westernization, societies are starting to change rapidly and the author feels that this is the end of the Golden Age for cross-cultural research before the evergrowing contact between cultures has lessened the differences between societies" (Al-Issa, 1969).

Da es heute also sehr schwierig ist, von Kulturen, im Sinne von abgrenzbaren Einheiten, zu sprechen, soll das Konzept der Kultur und des kulturellen Vergleichs hier sehr konkret verstanden werden. Wenn der Begriff der Kultur verwandt wird, hat er einen konkreten Bezug zu einer bestimmten Bevölkerung und einer bestimmten Region zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb bestimmter religiöser, staatlicher und anderer sozialer Systeme. Kultur bezeichnet also einen klar umgrenzten Raum-Zeit-Punkt, einen bestimmten Kontext, der durch die jeweils betrachtete Studie definiert wird. Vergleiche zwischen verschiedenen derartigen Punkten sind dann entlang von Ähnlichkeiten möglich, die beispiels-

weise in den soziodemographischen Daten, der religiösen Gestaltung oder der psychiatrischen Diagnose bestehen. Lassen sich zwischen bestimmten Raum-Zeitpunkten große Ähnlichkeiten finden, so können diese zu Komplexen zusammengefaßt werden. Wenn also beispielsweise von der westlichen Kultur die Rede ist, handelt es sich um viele Gesellschaften mit noch mehr Kontexten, die sich durch ein hohes Maß an Ähnlichkeit auszeichnen. Diese Ähnlichkeiten finden wir beispielsweise in den Tagesabläufen der Menschen, in der Gestaltung des Lebensumfeldes oder in der Kommunikation. Entscheidend ist dabei, daß nicht aufgrund nur eines Parameters, wie zum Beispiel der vorherrschenden Religion oder der Region, Kulturen abgesteckt werden. Der angetroffenen Komplexität muß durch deren Beschreibung und Berücksichtigung in der Interpretation Rechnung getragen werden. Für die meisten Fälle bedeutet dies, daß sehr verallgemeinernde Aussagen mit wissenschaftlicher Begründung nur möglich sind, wenn der Komplex, in den die verschiedenen Gesellschaften und Kontexte eingehen und über den etwas gesagt werden soll, innerlich auf verschiedenen Parametern sehr ähnlich ist.

Die westliche Kultur ist m.E. die größte Gruppe von Menschen und Gesellschaften, die nach Ähnlichkeit zu einem Komplex zusammengefaßt werden können. Dies könnte darauf beruhen, daß das westliche Gesellschaftssystem innere Ähnlichkeit durch sehr weit entwickelte Massenkommunikation selbst erzeugt. Andere Komplexe, wie zum Beispiel der kommunistische, haben ähnliche Funktionen. Mit dessen fortschreitender Auflösung verliert er jedoch an Bedeutung. Weitere Komplexe finden sich möglicherweise in einzelnen Staaten, wie z.B. China oder Glaubenssystemen, wie zum Beispiel im Islam der arabischen Welt. Derartige Systeme können bei entsprechender Kenntnis als Kulturen verstanden werden. Es ist m.E. jedoch falsch, der westlichen Kultur die nicht-westliche Kultur, gegenüberzustellen, was in der transkulturellen Forschung häufig geschieht, da letztere in sich nicht sehr ähnlich ist, sondern, im Gegenteil, höchst verschieden.

3.2.4 Transkulturelle Methodik

Um Studien im transkulturellen Vergleich durchführen oder nachvollziehen zu können ist die Kenntnis der methodischen Probleme sowie der Möglichkeiten unerlässlich. Diese Aufgaben der Forschung lassen sich in fünf Bereichen ansiedeln:

- Kriterien und Klassifikation für gestörtes Verhalten
- Stichprobengewinnung
- Verfahren
- Auswahl der bedeutsamen Variablen
- Interpretation

3.2.4.1 Definition gestörten Verhaltens

'Was soll untersucht werden?' ist meist die erste Frage, die sich dem Forscher stellt. In der allgemeinen transkulturellen Forschung geht es also zunächst um Klärung dessen, was gestörtes oder abnormes Verhalten im jeweiligen Kontext bedeutet und wer davon betroffen ist. Die meisten Forscher machen es sich dabei allzu einfach: "Typically, the investigators in this area have proceeded on the basis on the judgements of abnormality already made for them at the sites of their research. Operationally, their concept of abnormality has in many studies been equated with psychiatric hospitalization and/or the use of other psychiatric services" (Draguns, 1980). Dieses Vorgehen führt zur Anwendung einer sehr engen Definition von Abnormalität. Unterschiede in der Rolle psychiatrischer Einrichtungen in verschiedenen Kulturen bleiben dabei unberücksichtigt.

Im Gegensatz dazu benutzen epidemiologische Studien meist eine sehr weite Definition der Abnormalität, wie zum Beispiel das Vorhandensein eines psychiatrisch relevanten Symptoms. Auf diese Weise stellte man etwa beim vielzitierten Midtown Manhattan Projekt fest, daß nur 18 % der Untersuchungsteilnehmer psychiatrisch unbeeinträchtigt und symptomfrei genannt werden konnten (Srole, Langner, Michael, Opler & Rennie, 1962). Ob eine engere oder breitere Abnormalitätsdefinition für eine Untersuchungsgruppe angemessen ist, kann nur im Zusammenhang mit Überlegungen über das Normale in der jeweiligen Umgebung diskutiert werden, da beides voneinander abhängig ist.

Wie bereits erwähnt, soll auf die Normalitätsdiskussion jedoch erst unter der ethnopsychologischen Perspektive eingegangen werden, da sich der größte Teil der Forschung ohnehin nach pragmatischen Gesichtspunkten ausrichtet und dazu neigt, eine derartige Debatte nur kurz abzuhandeln oder gar ganz zu umgehen.

Hauptsächlich fanden bisher sechs unterschiedliche Klassifikationen Verwendung, um die Untersuchungsgruppen zu definieren.

Besonders die Weltgesundheitsorganisation (aber auch z.B. die American Psychiatric Association) ist bemüht einen weltweit akzeptierten Katalog aller möglichen Störungen durchzusetzen. Mit der "International Classification of Diseases (ICD)" wurde mit der zehnten Auflage (ICD-10, WHO, 1993) ein neuer Meilenstein gelegt. Es kommt dabei jedoch meist mehr darauf an, versöhnliche Kompromisse zwischen allen Beteiligten auf der ganzen Welt zu finden, wobei auch politische Gegebenheiten nicht unerheblichen Einfluß haben.

Eine Alternative bildet die Anwendung traditioneller, indigener Klassifikationsysteme, wobei eine direkte Vergleichbarkeit jedoch mit der Explikation und der Nähe zum westlichen Wissenschaftssystem stark variiert (vgl. z.B. für Japan: Takahashi, 1994). So wurde ein derartiges Vorgehen auch meist nur dann benutzt, wenn eine hohe Ähnlichkeit zwischen den Kulturen bestand, Es ist jedoch vielleicht auch möglich und fruchtbar, diesen Ansatz auf Kulturen größerer Unterschiedlichkeit anzuwenden.

Eine Möglichkeit, die über die klinische Diagnose hinausgeht, besteht in der Anwendung der Faktorenanalyse auf eine große Anzahl von Einzelsymptomen, wie sie zum Beispiel von

Lorr und Klett (1968, 1969a, 1969b) zur Anwendung kam. Sie extrahierten dabei mehrere Faktoren, die gleichermaßen in den untersuchten Kulturen auftauchten. Die Residuen wurden dabei aber um so größer, je mehr die Ähnlichkeit abnahm zwischen der untersuchten Kultur und der Kultur, in der das Erhebungsinstrument für die einzelnen Symptome seinen Ursprung hatte, den USA.

In einer Faktorenanalyse ist es auch möglich, einzelne Länder bezüglich ihrer Symptommuster zu untersuchen (z.B. Caudill & Schooler, 1969, zit.n. Marsella, 1979). "As a result, factor analy-

sis lends itself to efforts to understand symptom patterns in different cultures as it reduces the risks of automatically adopting Western notions about the existence of certain patterns of psychiatric disturbance" (Marsella, 1979).

Den Versuch, durch eine theoretische Herangehensweise, neue Klassifikationsmöglichkeiten für den transkulturellen Bereich zu finden, unternahm Phillips (1968, zit.n. Draguns, 1980). Er stellt dabei zwei Dimensionen auf: Rolle und Bereich (sphere). "There are three roles: turning against self, turning against others, and avoidance of others. Spheres are classified in terms of action, affect, somatization, and thought. The advantage of Phillips's system is that it proceeds from the symptom as the basic building block, thus using an objective, public, mathematical method of establishing symptom dominance patterns rather than the highly complex, inferential, private process of traditional diagnostic attribution" (Draguns, 1980). Diese Technik wurde vor allem von Forschern um Draguns und Phillips angewandt.

Neben dem traditionellen klassifikatorischen Ansatz wäre es auch möglich, verhaltensanalytische Verfahrensweisen zu verwenden, um abnormes oder deviantes Verhalten zu beschreiben. Kanfer und Saslow (1965) trennen beispielsweise gesuchtes Zielverhalten in drei Kategorien: a) Symptome, d.h. dysfunktionales Verhalten, das erlernt, wiedererlernt oder gelöscht werden kann; b) Defizite, d.h. Reaktionsmöglichkeiten, die im individuellen Verhaltensrepertoire fehlen; c) Potentiale (assets), d.h. aktuelle individuelle Reaktionsmöglichkeiten. Es ist dabei möglich all diese relevanten Verhaltensweisen, sowie den Kontext und das vorherige und anschließende Geschehen, sowie die subjektive Repräsentation zu dokumentieren. "The framework of behavioral assessment, moreover, provides a potent antidote to the excessive preoccupation with the symptoms and syndromes as self-contained and autonomous entities; maladaptive behavior is viewed as but a link in the chain of an ongoing interaction between the individual and his or her social milieu" (Draguns, 1980). Ein Versuch, diesen Ansatz im transkulturellen

Bereich umzusetzen, wurde jedoch meines Wissens bis jetzt nicht unternommen.

3.2.4.2 Stichprobengewinnung

Neben der Definition der Kriterien zur Klassifikation psychischer Störungen ist die transkulturelle Forschung auch mit dem Problem der Stichprobengewinnung konfrontiert. Das Ideal ist natürlich immer, eine für die zu untersuchende Kultur repräsentative Beobachtungsgruppe herauszugreifen, damit die Aussagen, die anhand letzterer gewonnen wurden, auf die gesamte Kultur übertragbar sind. Dies ist im psychiatrischen Bereich und besonders beim schizophrenen Phänomenen nicht ganz einfach, da teilweise sehr geringe Häufigkeiten bestehen und sehr große Stichproben benötigt würden. Das ist vielen jedoch zu anstrengend: "The bulk of the cross-cultural studies of psychopathology that have been published are based upon samples selected for availability or convenience, rather than their representativeness or randomness" (Draguns, 1980).

Wenn Zufallsstichproben aus der Bevölkerung genommen werden, zum Beispiel nach Geburtsregistern, "(then) Migration is a serious methodological problem, since migration and many forms of psychopathology are often correlated" (Westermeyer, 1989).

Besonders Längsschnittstudien, aber auch Erhebungen, die z.B. aufgrund des komplexen Diagnoseprozesses längere Zeit in Anspruch nehmen, sind von diesem Problem betroffen. Es muß außerdem berücksichtigt werden, wie oben schon erwähnt, daß psychische Auffälligkeiten und Migration zusammenhängen können, zum Beispiel in der Form des gehäuften Zuzugs dieser Menschen in Gegenden der unteren sozialen Schichten. Dazu kommt es, weil die betroffenen Menschen durch ihre Störung nicht mehr in der Lage sind einen höheren Status zu halten, wie im zweiten Kapitel schon unter der "Hypothese der sozialen Selektion" besprochen.

Um diesem Problem zu begegnen schlägt Westermeyer (1989) drei Strategien vor:

"(1) Making allowances for the uneven community distribution of the particular psychiatric disorder under study; (2) Awareness of the uneven mortality for the disorder; (3) Appreciating any

migration effects for the particular disorder (such as paranoia, which is higher among certain types of migrants)."

Techniken, wie sie zur Stichprobengewinnung benutzt wurden, hat Draguns (1980) identifiziert und fünf Bereichen zugeordnet:

- Gegebene Populationen
- Kontrolle demographischer Variablen
- Multivariate Forschungspläne
- Einheitliche Diagnosegruppen
- Inversion der Abhängigen und Kontrollvariablen

Gegebene Populationen

Bei dieser Vorgehensweise werden Krankenhauspopulationen untersucht, wie sie vorgefunden werden. Es wird kein Versuch unternommen, soziologische, demographische oder biographische Variablen auszupartialisieren oder anders zu kontrollieren. Wenn daraus Rückschlüsse auf Gegebenheiten in der Gesamtpopulation gezogen werden sollen, beruft man sich, wie zum Beispiel die IPSS (WHO, 1975, 1979), besonders gern auf Odegdrd, der 1962 feststellte, daß alle an Psychosen erkrankten Personen mindestens einmal im Laufe ihres Lebens mit der Psychiatrie in Kontakt kommen. Für Norwegen und Amerika, wo diese Studie durchgeführt wurde mag das auch gelten, aber "this is not the case in all countries especially in areas with limited psychiatric facilities. In a field survey of 30 several mentally ill persons in Laos, only eight subjects (27 percent) had been seen by a psychiatrist, and then primarily as outpatients. Certain psychiatric disorders appear frequently in nonpsychiatric settings, at times more often than in psychiatric settings. Substance abuse, paranoia, mania, and personality disorders cases are often seen in courts, jails, and prison. Availability of psychiatric services and traditional utilization of alternate services (e.g., traditional healers) may decrease the apparent prevalence rates of a disorder if such services are effective in eliminating the disorder" (Westermeyer, 1989). Die allzueinfache Annahme der Repräsentativität von Klinikpopulationen für schizophrene Menschen kann also zu großen Verzerrungen der Ergebnisse führen. Besonders die

Gleichsetzung psychiatrischer Kliniken in verschiedenen Gesellschaften ist problematisch, da die Psychiatrie in verschiedenen Ländern mit vollkommen anderen Werten besetzt sein und andere Funktionen einnehmen kann.

Von diesem Ansatz ausgehend, müssen nach Draguns (1980) drei Bedingungen erfüllt sein, um universelle Aussagen treffen zu können: Eine genaue und detaillierte Beschreibung der soziologischen, demographischen und persönlichen Merkmale der untersuchten Personen, genaue Kenntnisse der Kultur im Allgemeinen sowie der direkten Umstände vor Ort und eine genaue Beschreibung aller möglichen anderen Variablen, die in die Ergebnisse miteinfließen können.

Die letzte Bedingung vollständig zu erfüllen dürfte dabei besonders schwierig, wenn nicht unmöglich sein, da diese Einschätzung einerseits nicht unabhängig vom Beobachter und seinem Wissen ist und andererseits nicht erschöpfend beleuchtet werden kann, da unendlich viele Variablen eine Rolle spielen können.

So ist dieser Ansatz besonders dann geeignet, wenn ein Untersuchungsgebiet in Pilotstudien erst einmal erkundet werden soll. An seine Stelle müssen danach andere Verfahren treten.

Kontrolle demographischer Variablen

Diejenigen Variablen, die bei den gegebenen Populationen nicht berücksichtigt wurden, werden hier unter Kontrolle zu bringen versucht. Dies sollen nicht-kulturelle Variablen sein, wie zum Beispiel Familienstand, Bildung oder Beschäftigung. Anhand dieser wird die Bildung von Untergruppen aus der Gesamtstichprobe durchgeführt, die dann getrennt untersucht werden können.

Dieses Vorgehen wurde jedoch methodisch vielfach kritisiert. Drei Nachteile wurden besonders benannt: erstens bleiben bei diesem Vorgehen viele Versuchspersonen unberücksichtigt und große Probandenpools werden zu kleinen Stichproben; zweitens können Regressionseffekte auftreten, wenn die Kontrollvariablen Beziehungen zu den unabhängigen Variablen aufweisen, also zum Beispiel Eigenschaften, wie etwa Bildung, eine Kultur mitkonstituieren; zuletzt wird es schwierig, Generalisierungen aus der Untersuchung abzuleiten, weil die untersuchte Gruppe

eine künstliche ist und im wirklichen Leben nicht existiert (vgl. Brislin, Lonner & Thorndike, 1973).

Diese Methode ist natürlich ein Fortschritt im Vergleich zu den gegebenen Populationen, da einige vermutete Drittvariablen kontrolliert werden können und so verschiedene Stichproben an Vergleichbarkeit gewinnen. Die Grenzen müssen jedoch im Auge behalten und in die Interpretation einbezogen werden (vgl. Marsella, 1979, Draguns, 1980).

Multivariate Forschungspläne

Multivariate Verfahren scheinen für diesen Bereich am ergiebigsten zu sein, wenn sie auch aus praktischen, methodischen oder konzeptuellen Gründen oft nicht anwendbar sind. "The rather stringent requirements for the application of some of the classical research designs, such as the analysis of variance, are rarely met: control criteria may be interdependent, proportionality lacking, several of the cells hard to fill, arid experimental manipulations absent" (Draguns, 1980). In diesem Bereich stehen aber noch eine Reihe anderer Methoden zur Verfügung, die auch schon in transkulturellen Studien verwandt wurden (z.B. WHO, 1975).

Einheitliche Diagnosegruppen

Angesichts der Komplexität in diesem Bereich überrascht es nicht, daß ein Großteil der Forscher sich auf diagnostisch einheitliche Gruppen beschränkt. Diese Strategie ist dann am günstigsten, wenn die kulturellen Unterschiede sehr gering sind. "The extension of this model to the entire range of cultural variation brings up more difficult and searching questions. Above all, it may be asked whether the category in question is meaningful at all locations of the investigation and, if it is, whether it is diagnosed in a uniform and constant manner" (Draguns, 1980). Was den letzten Punkt betrifft wurde in den vergangenen Jahren viel getan, um die Diagnostik weltweit zu vereinheitlichen. Die Diagnosestellung wurde dadurch immer expliziter, nachvollziehbarer und objekti-

ver, da in Klassifikationssystemen Kriterien für die einzelnen Störungen festgelegt wurden.

Inversion der Abhängigen und Kontrollvariablen

Meistens wird in Studien die Gestalt gestörten Verhaltens als eine Funktion kultureller Variablen untersucht, während soziale, demographische und biographische Faktoren als Kontrollvariablen konstant gehalten werden. Wenn man diese Abhängigkeit umkehrt, ergibt sich die Möglichkeit bei Konstanthaltung der Diagnose Auswirkungen auf die vormaligen Kontrollvariablen festzustellen. Auf diese Weise können in der Gesamtpopulation Gruppen identifiziert werden, die sich in bestimmten Symptomen oder Symptomgruppen unterscheiden. Diese einfache Möglichkeit zu weiteren Ergebnissen zu kommen wird mittlerweile vermehrt angewandt (vgl. Draguns, 1980).

3.2.4.3 Verfahren

Bevor nun die Anwendbarkeit von Erhebungsinstrumenten in verschiedenen Kulturen diskutiert wird, stellt sich eine grundlegendere Frage. Möglicherweise ist der Vorgang der Beobachtung und Beschreibung von Verhalten durch einen mutmaßlichen Experten vielen Kulturen fremd. Bemühungen die Diagnostik weltweit zu vereinheitlichen gehen über dieses Problem hinweg. Sie fragen nicht, was der Forscher, der der westlichen Wissenschaft anhängen muß, um international Berücksichtigung zu finden, für Effekte bei den Untersuchten auslöst. Selbst wenn er aus der zu untersuchenden Kultur stammt, ist seine Rolle alles andere als tief verwurzelt oder traditionell integriert. Dies fällt besonders dann ins Gewicht, wenn die ihn umgebende Kultur ansonsten noch traditionellen Handlungsmustern folgt. Es existiert also eine künstliche Situation, die unechtes Verhalten hervorrufen kann. Dieses Problem wurde in der transkulturellen Forschung meines Wissens jedoch so gut wie nie bearbeitet.

Mehr Aufmerksamkeit wurde der Kulturabhängigkeit von Erhebungsinstrumenten geschenkt. Die transkulturelle Gültigkeit von Klassi-

fikationssystemen, die ja vor allem beobachtbares Verhalten im Blick haben, steht heute kaum noch in Frage. Viele Forscher sind sich jedoch auch einig, daß psychopathologisches Verhalten nicht allein von außen beobachtbar ist (vgl. Draguns, 1980). Wichtige Rollen nehmen auch Einstellungen, Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen, Motive, Konflikte usw. ein. Diese wurden mit traditionellen Methoden der psychiatrisch-psychologischen Forschung, wie Fragebogen und projektiven Tests zu erfassen versucht.

Um Fragebogen in verschiedenen Kulturen anwenden zu können müssen diese mindestens übersetzt werden. Dies reicht jedoch nicht aus, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, da bestimmte Worte oder Sachverhalte nicht übersetzbar sind oder anders verstanden werden, als vom Forscher intendiert.

Brislin (1976) beschreibt die Methode der Dezentralisierung (decentering) und Rückübersetzung, die häufig angewandt wird. Sie besteht darin, daß die Formulierung des Items in der Originalsprache zunächst in die Zielsprache übersetzt wird. Diese Übersetzung wird dann von einem zweiten Übersetzer blind in die Originalsprache rückübertragen. Die beiden Versionen der Originalsprache können dann verglichen werden. Wenn die Abweichungen zu groß sind, wird bei der Dezentralisierung entweder das Item der Rückübersetzung in die Originalversion aufgenommen oder es wird weiter versucht eine Formulierung zu finden, die sich in beiden Sprachen adäquat abbilden läßt. "Decentering refers to a process by which one set of materials is not translated with as little change as possible into another language. Rather, material in one language is changed so that there will be a smooth, natural-sounding version in the second language. The result of decentering contrasts with the awkward, stilted versions common when material in one language is taken as the final content that must be translated with minimal change into another language. 'Decentering' means that the research project is not centered around any one culture or language. Instead the idiosyncrasies of each language under study contribute to the final version of the questionnaire" (Brislin, 1976).

Neben dieser Methode hat Triandis (1976, zit.n. Brislin, 1976) eine noch kulturimmanentere entwickelt. Es werden dabei für ein übergreifendes Konzept in jeder Kultur eigene Items gebildet, von Forschern, die zu der zu untersuchenden Kultur gehören. Diese verschiedenen Fragebogen werden dann direkt oder durch faktorenanalytische Verfahren miteinander verglichen. Wenn dann sehr ähnliche Faktoren oder Konzepte zum Vorschein kommen, können durch Untersuchungen mit den Fragebogen generalisierende Aussagen getroffen werden.

Projektive Tests wurden vielfach ohne weitere Angleichung an die jeweilige Kultur angewandt, da davon ausgegangen wurde, daß sie kultur-frei sind. "When projective techniques, which were regarded as culture-free, were applied to non-Western peoples, the test records regularly showed signs of psychopathy as if everybody in those communities were sick but the tester" (Al-Issa, 1969). So untersuchte zum Beispiel Jahoda (1956, zit.n. Al-Issa, 1969) afrikanische Analphabeten und Alphabeten mit dem Godstein Scheerer Cube Test. "These results appear to support the assumption that illiterate Africans are characterized by concreteness and lack of abstraction which is similar to Western brain-damaged or schizophrenic subjects. ... Tests may differ in their appropriateness to a certain culture, as well as in the degree to which they are influenced by cultural differences. While the choice of appropriate test items may be possible, it is doubtful that there are tests that are completely culture-free" (Al-Issa, 1969).

Zubin (1966) beschreibt, wie Kultur die Untersuchung beeinflussen kann: "Though no measures can be said to be completely culture-free, the way in which culture affects certain measures (as pupillary response to light stimuli) is indirect, unlike the direct way in which it influences primarily conceptual measures like vocabulary. The major way in which culture will tend to influence the culture-free or culture-fair tests is probably not in the function under measurement, but in the subject's approach to testing situation: e.g., in the subject's understanding of the purpose of the test, in the degree of fear, in his

motivation, attention, and cooperation, etc. In other words, the influence of culture is specifically on those variables which also tend to contaminate comparisons of schizophrenics and normals even when they come from the same cultural background".

Angesichts auch dieser Überlegungen kommt Al-Issa (1969) zu dem Schluß, daß es das Beste sei, klinische Beobachtungen mit einer Untersuchung im psychophysiologischen Labor zu kombinieren. Er nimmt an, daß bei derartigen Messungen die Reaktionen des Subjektes innerhalb der ersten Sekunde unbeeinflußt von Kultur sind. Jedoch wird sich auch hierbei die Situations- wahrnehmung zwischen verschiedenen Kulturen unterscheiden und eventuell das Ergebnis beeinflussen.

3.2.4.4 Interpretation

Wie bei der Besprechung der Methoden augenfällig wurde, ist sehr schwer zu sagen, welche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten im Verhalten und Empfinden auf kulturelle Dimensionen bezogen werden können, was durch eine unklare Abgrenzung der Kultur von anderen Faktoren bedingt ist. Besonders im Fall der sehr vielgesichtigen modernen Staaten und staatsübergreifender Systeme werden gültige Vergleiche immer schwieriger. "Not surprisingly, the discussion sections of most of the research reports in question are more dependent upon the personal and artistic sensitivity of their authors to the shades and nuances of the culture involved in the comparisons than upon an empirical and objective assessment of cultural characteristics" (Draguns, 1980).

3.2.5 Methodendiskussion

Einen Königsweg des Vergleiches scheint es nicht zu geben. Alle Verfahren sind auf die eine oder andere Weise bei der transkulturellen Anwendung zweifelhaft. Die meisten Probleme kreisen um die Möglichkeit der Anwendung unserer wissenschaftlichen Methoden auf andere Kulturkreise. Auch die besondere Komplexität und schwierige Eingrenzbarkeit der Untersuchungsgegenstände im transkulturellen Bereich machen große Schwierigkeiten.

Es kann nur empfohlen werden, daß der Forscher sehr sorgfältig auf seine eigenen kulturellen Prägungen achtet, besonders was das Verständnis gestörten Verhaltens betrifft. Sein Vorgehen sollte in allen Bereichen, besonders bei methodischen und konzeptuellen Entscheidungen, ausführlich dargestellt werden und nachvollziehbar sein. Eine genaue Beschreibung des Kontextes in dem das beobachtete Verhalten auftritt ist unerlässlich und es sollte die Möglichkeit bestehen, zwischen verschiedenen methodischen und konzeptuellen Perspektiven zu wechseln. "Finally, they should remember that while disturbed behavior is real, the constructions imposed upon it are man-made; as such, they are fit to be examined for their appropriateness, revised or replaced" (Draguns, 1980).

Leider scheint es jedoch oft so zu sein, als ob die Methoden, die neu entwickelt werden, die Forschungsrichtung mehr bestimmen als philosophische Überlegungen, welcher Weg erkundet werden soll. Die transkulturelle Forschung ist m.E. von der Idee her generellen Fragen, wie etwa der Angemessenheit bestimmter Krankheitsentitäten, zuzuordnen. Schließlich eröffnen sich auf diesem Gebiet Fragen, die, wenn sie konsequent und aufrichtig bearbeitet werden, unser Handeln und Denken in Schranken weisen und in einen größeren Kontext vieler Denk- und Handlungsarten stellen. Vorgefaßte Glaubenssätze werden jedoch fast nie in Frage gestellt und man findet kaum einen Forscher, der Bereitschaft signalisiert hätte, ein kognitives Konzept, wie etwa das der Schizophrenie, nach der Entdeckung widersprechenden Informationen über Bord zu werfen. Ebenso wird meist mit den Methoden der wissenschaftlichen Forschung verfahren: Anstatt die Unangemessenheit in einigen Bereichen einzuräumen, vertröstet man sich stets auf die Zukunft, für die verfeinerte Methoden versprochen werden.

3.2.6 Transkulturelle Psychologie in der Diskussion

Aufgrund der rein symptomatologischen Definition der Schizophrenie erscheint es zweifelhaft, ob unsere Einschätzungen von angemessenem oder normalem Verhalten auf andere Kulturen angewandt werden können. Auch unsere Einschätzung wie Wissenschaft zu sein

hat oder wie man rationell (oft gleichbedeutend mit "richtig") denkt, geht aus unserer Kultur hervor. Da andere Kulturen unsere Einschätzungen nicht unbedingt teilen, müssen m.E. die Grenzen unserer Interpretationen stets im Bewußtsein behalten werden: Sie gelten nur im Rahmen unseres Verständnisses. Sobald aber daraus Konsequenzen für die untersuchte Kultur abgeleitet werden sollen, ist größte Vorsicht geboten. Auch uns wäre es vermutlich nicht recht, nach den Maßstäben einer anderen Kultur be- oder gar verurteilt zu werden.

Das Festhalten an in unserer Kultur verankerten Konzepten, wie dem schizophrenen, verstellt oft den Blick auf andere Interpretationen ähnlicher Phänomene, die zu Grunde liegen. Andere Kulturen bieten uns andere Erklärungen für derartige Phänomene. Wenn wir uns nicht weiterhin über andere Kulturen stellen wollen, um sie aus unserem System heraus zu beurteilen, müssen wir uns mit deren Auffassungen über die Abläufe der Welt beschäftigen und sie gleichrangig neben den unseren einordnen. Diesem Vorhaben kommt m.E. besondere Bedeutung zu, wenn wir uns das Ziel gesetzt haben, leidenden Menschen zu helfen und bisher keinen zufriedenstellenden Ansatz dazu gefunden haben, wie es bei der Schizophrenie der Fall ist. Schließlich besteht die Möglichkeit, Informationen über den Umgang mit Phänomenen wie dem schizophrenen in Jahrtausende alten Kulturen zu finden, die den Betroffenen eine bessere Hilfe ermöglichen, als wir bislang zu bieten haben. Ein punktueller Einblick soll im Folgenden gegeben werden.

3.3 Ethnopsychologien

"In Western civilisation we are obsessed with finding causes. We believe in general that if a cause or causes of any problem can be defined, correction is usually easier than when we simply act empirically. Furthermore, assigning a cause makes us feel both intellectually satisfied and in control. Our culture is not, however, the only one with explanations for mysterious events, such as mental illness. Peoples in cultures without Charcot-Freud-Jung tradition or even a written language have their own interpretations of events when one of their indigens acts abnormally. It might be rewarding to compare their explanations with our own" (Denko, 1966).

Nachdem das schizophrene Phänomen aus der transkulturellen Perspektive betrachtet wurde, soll nun ihr Standpunkt verschoben werden. Nicht der Blick des Psychiaters oder des Psychologen auf seine Krankheiten soll mehr vorherrschen, sondern eine Betrachtung traditioneller Kulturen und deren Menschen, die den Raum des Normalen verlassen. Da hier jedoch nicht der Platz ist, um einzelne Kulturen in ihrer Ganzheit zu beschreiben, und nur ein kurzer Einblick in andere Betrachtungsweisen der Welt und der Abnormalität gegeben werden soll, müssen wir uns auf einen Ausschnitt beschränken. Es sollen Phänomene in Kulturen beschrieben werden, die unserer Zeit der Schizophrenie ähnlich sind. Es ist dazu jedoch nötig unser Schizophreniekonzept zu relativieren, da es Symptome umfaßt, die in anderen Kulturen selbstverständlich sind und nicht abnorm.

Wir treffen auf das Problem der Unterscheidung zwischen Norm und Abnorm, das im Kontext der Schizophrenie besondere Bedeutung gewinnt: Zum einen ist bis heute kein eindeutiges somatisches Korrelat bekannt und die Diagnose fußt lediglich auf Symptomen, die transkulturell variieren. Andererseits fühlen sich schizophrene Menschen in der Regel nicht krank und kommen nur durch das Drängen der sozialen Umgebung in Behandlung. Der soziale Kontext trägt also mit seiner Beurteilung, ob ein Mensch verrückt ist oder nicht, wesentlich dazu bei, ob ein potentiell schizophrener

Mensch den diagnostischen Mechanismen überhaupt erst zugeführt wird. Die Eindrücke, die wir benötigen, um jemanden für verrückt zu halten, hängen davon ab, welches Verhalten wir als normal ansehen. Betrachteten wir Menschen in verschiedenen Kulturen nur mit unseren Kriterien, könnten ganze Gesellschaften psychopathologisch erscheinen, Kiev (1972) gibt dazu das Beispiel der Potlatch-Zeremonie einiger nordamerikanischer Indianerstämme, bei der Stärke und Macht demonstriert wird, indem der Häuptling seine wertvollsten Besitztümer, darunter auch sein Haus und seine Boote, zerstört oder großzügig den Anwesenden schenkt, um den Gast zu beeindrucken, der dann noch mehr hergeben müßte, wollte er ihn überbieten. Benedict (1932, zit.n. Kiev, 1972) beurteilte dies als psychopathologische Trends in dieser Kultur. Ähnlich deutete sie die we verbreitete Angst, das Mißtrauen und die vielen Tabus eines melanesischen Stammes als Zeichen einer zugrundeliegenden paranoiden Persönlichkeit. In gleicher Weise bezeichnet Dass (1985) das Beharren der westlichen Kultur auf das Ich als Sitz der Identität als psychotischen Zustand, da mit dieser Sichtweise die Realität verzerrt wahrgenommen wird und die Menschen von diesem Glauben nicht abrücken. Die Mitglieder der genannten Kulturen würden ihre Kultur jedoch kaum als komplett pathologisch bezeichnen. Die Einschätzung hängt also vom Standort des Betrachters ab.

Wenn bei der Schizophrenie Halluzinationen und Wahn als Hauptsymptome gelten sollen, würden wieder komplette Gesellschaften als schizophren klassifiziert, in denen der Kontakt mit Geistern, Gedankenübertragungen oder Hexerei als normal gelten. Kiev (1972) schreibt, daß sich diese Zustände meist in Form von Besessenheit oder Trance zeigen, "manifested as the spirit's entering the human being and taking control of his behavior, In ancient Greece, an oracle who could enter a trance was held in the highest regard; the Bible also records many instances of seizures, trances, and visions that were thought to be of divine origin. ... In various cultures, unusual mental conditions, such as hallucinations, hysterical seizures, and trance states, have held a central role in religious beliefs and practices".

Durch das Vorliegen von Wahn auf einen schizophrenen Zustand zu schliessen, erscheint ebenfalls sehr problematisch, wenn man bedenkt, daß dieser nur im Falle des Widerspruchs zu vorherrschenden Überzeugungen identifiziert werden kann. Wenn die Umgebung den Wahn jedoch teilt, fällt er innerhalb der Gruppe nicht auf. Wenn die Gemeinschaft jedoch klein ist und in einem größeren System anderer Überzeugungen existiert, was etwa bei Sekten der Fall ist, kann sie von der umgebenden Gruppe als wahnhaft bezeichnet werden. In unserer Kultur wird der Wahn zum schizophrenen Kriterium, wenn die wahnhaftige Überzeugung nur dem zu diagnostizierenden Individuum zu eigen ist. Es wäre jedoch mehr als überheblich ganze Kulturen oder Volksgruppen als dem Wahn verfallen zu bezeichnen, nur weil sie unsere Überzeugungen nicht teilen.

Es ist also nötig, eine Definition des schizophrenen Phänomens oder des psychotischen Zusammenbruchs zu finden, die helfen kann, kulturimmanente Phänomene als Schizophrenieäquivalente zu identifizieren. Wahn und Halluzinationen können keine Symptome zur Identifikation einer Krankheit sein. Im Folgenden soll als Hauptmerkmal die plötzliche und schwerwiegende Veränderung in Verhalten und Empfinden im Lebenslauf junger his mittelalter Menschen, die vom direkten sozialen Kontext identifiziert wird, benutzt werden. Es liegt dabei die Annahme zu Grunde, daß es sich beim schizophrenen Phänomen hauptsächlich um einen veränderten Bewußtseinszustand handelt, der spontan eintritt. Dieses spontane und ungewollte Eintreten, sowie die mangelnde Kontrolle über diesen Zustand sollen hier als Hauptkriterien gelten, da das schizophrene Phänomen hierin von anderen Praktiken das Bewußtsein zu verändern (s.u.) unterschieden werden kann.

Diese Verhaltensänderung kann von der Umgebung sowohl negativ als auch positiv bewertet werden. Fabrega (1993) konzentriert sich mit seinem Konzept der "Human Behavior Breakdowns (HBB)" auf die negativ bewerteten Phänomene, die in den jeweiligen Kulturen auch als Krankheit betrachtet werden. Nach vielen Autoren (z.B. Kiev, 1972, Orley, 1970, Prince, 1964, Devereux, 1961) kann ein derartiger Zusammenbruch jedoch auch positive Folgen haben, was sich meist als Berufung zum Heiler und dem Erlangen einer "Super-Ge-

sundheit" äußert. Diese beiden Möglichkeiten sollen hier getrennt betrachtet werden. Zuerst die Krankheitskonzepte verschiedener Kulturen und dann die Erscheinungsformen der Berufung zum Heiler oder Schamanen.

3.3.1 Ethnopsychologische Konzepte

Indigene Krankheitskonzepte sind nur nachzuvollziehen, wenn sie im Kontext wichtiger Überzeugungen und Glaubenssysteme der jeweiligen Kultur gesehen werden. Es soll hier beispielhaft eine Kultur kurz aber auch möglichst umfassend hinsichtlich der wichtigsten relevanten Annahmen beschrieben werden. Berücksichtigt werden dabei allgemeine Vorstellungen zur Entstehung von Krankheiten, abgegrenzte Krankheitstypen, die Ähnlichkeiten mit unserem neudefinierten schizophrenen Konzept aufweisen, und angewandte Therapieformen. Als Grundlage dazu dient eine anthropologische Studie, bei der berücksichtigt werden muß, daß dabei die Sichtweise des sich um Objektivität bemühenden Forschers stets subjektiven Merkmalen unterliegt. Es ist stark von der Persönlichkeit und dem Auftreten des Forschers abhängig, was und wie von den Untersuchten über ihren Glauben berichtet und was verschwiegen wird.

3.3.1.1 Das Glaubenssystem der Yoruba

Die Darstellung folgt einer Beschreibung von Prince (1964), der von Mai 1961 bis September 1962 46 Heiler des Yoruba-Stammes in Nigeria ausführlich interviewte. Alle Zitate sind direkte Auszüge aus diesen Interviews, wie sie bei Prince zitiert sind. Folgerungen von Prince selbst sind besonders gekennzeichnet. (Eine weitere ausführliche Beschreibung der Yoruba findet sich bei Leighton, Lambo, Hughes, Leighton, Murphy & Macklin, 1963.)

Die Yoruba sind eine schwarze Volksgruppe mit damals etwa sechs Millionen Anhängern. Sie haben ein komplexes soziales System hervorgebracht, das große Städte, göttliche Königreiche, deren Macht vom Ältestenrat kontrolliert wird, ein weit entwickeltes Handelssystem mit vielen Märkten und einer Währung und Eisen- sowie

Messingverarbeitung umfaßt. Auf der anderen Seite sind Feuer und menschliche Muskelkraft die einzigen Energiequellen; technische Entwicklungen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Vor dem Kontakt mit Europäern waren ihnen Dinge wie das Rad oder Schrift unbekannt.

Die Entstehung von Krankheiten

Die Yoruba unterscheiden alles Unglück, das ihnen widerfahren kann, darunter auch die Krankheiten, bezüglich ihrer Ursache in drei Kategorien: natürlich, magisch und übernatürlich (Die letzten beiden werden im Englischen mit preternatural und supernatural bezeichnet, wofür deutsche Entsprechungen nur schwer zu finden sind.). Jedes Unglück hat jedoch meistens mehrere Ursachen und die Heiler wenden oft Heilverfahren verschiedener Ebenen an.

Natürliche Verursacher sind schlechte Nahrung, kleine Insekten und Würmer, schwarzes oder wässriges Blut, schlechter Geruch etwa von altem Fleisch, Hanfrauchen und andere Gifte oder erbliche Faktoren. Derart verursachte Krankheiten können jedoch durch Aktivitäten von Feinden oder Geistern erschwert, oder in der Heilung verlangsamt werden. Betroffen sind vor allem körperliche Krankheiten. Insgesamt werden etwa 20 % aller Unglücke natürlichen Ursachen zugeschrieben.

Als magische Ursachen von Krankheiten gelten bösartige Zauberei, Flüche oder Hexerei. Diese Faktoren gehen von anderen Menschen aus und spiegeln die Feindschaften und Eifersüchtigkeiten innerhalb der Gemeinschaft wieder.

Zauberei wird von einigen Heilern, den "babalawos", oder anderen älteren Männern ausgeübt. Sie kommt außer bei den Yoruba auf der ganzen Welt bei primitiven Volksgruppen häufig vor. Ein Beispiel: "Ori ode may be caused by bad medicine. You take the hair of a man's head. You prepare medicine and Put it with the hair and put them both in an ant hill. As the ants are circulating about the medicine, so the victim will feel it inside his head or you may put the medicine and the man's hair under an anvil, and every time the blacksmith strikes the anvil so he will feel it inside his head".

Flüche sind die häufigsten Ursachen psychischer Krankheiten die meist durch das Trinken einer Medizin, gefolgt von direkten Befehlen an das Opfer in dessen Anwesenheit, aktiviert werden. "With epe a man does what he is told to do. He may hang himself or run around the market showing his penis (or her vagina), or he may lay hold of a matchet and run about attacking people. He doesn't talk irrationally or see spirits, he does what he is told to do".

Hexerei wird von Frauen ausgeübt und ist sehr gefürchtet: "Witches can definitely cause mental illness. ... All the medicines in the world can be stopped by them. They are the rulers of the earth".

Übernatürliche Kräfte: Die Yoruba glauben, daß die Menschen von Gott in zwei Teilen geschaffen wurden, der Mensch auf der Erde und sein spiritueller Doppelgänger im Himmel. Bevor der Mensch die Erde betritt, macht er einen Vertrag mit seinem Doppelgänger. In diesem Vertrag werden die Dauer des Erdaufenthaltes, die Aufgaben, die Anzahl der Frauen und Kinder und alle wichtigen Entscheidungen festgehalten. Dieser Vertrag wird in allen Details auf den Innenflächen der Hände und der Füße festgehalten, bevor der Mensch den Baum des Vergessens umarmt und die Erde betritt. Wenn der Mensch auf der Erde nun im Einklang mit diesem Vertrag handelt, genießt er das Wohlbefinden und den Schutz seines Doppelgängers. Bricht er den Vertrag jedoch, entzieht letzterer seinen Schutz oder handelt sogar aktiv gegen ihn, mit der Folge des Auftretens von Krankheiten.

Die Ahnen sind bei den Yoruba nicht so erschreckend wie in anderen Kulturen. Prince fand in keinem Interview die Ahnen als Urheber psychischer Krankheiten erwähnt. Sie bringen lediglich Ruhelosigkeit, mangelnden Wohlstand und manchmal auch körperliche Krankheiten, wenn sie mit ihrem Totenritual oder dargebrachten Opfern nicht einverstanden sind.

Die Orisas sind eine große Gruppe kleinerer Gottheiten. Jede Abstammungslinie ist mit einem Gott verbunden. Aufmerksamkeit wird ihnen jedoch meist nur im Falle von Unglück oder Krankheit geschenkt. Einige Orisas, etwa Oyo, existieren gleichzeitig als kulturelle Helden in der Vergangenheit, andere haben keine körperliche

Entsprechung. Psychische Störungen können durch Mißachtung dieser Gottheiten hervorgerufen werden. "So pono or other Orisa, if it is in the family and is neglected, will cause illness and madness. All Orisas when they want to cause madness send Egunguns to the man. The man sees Egunguns in his dreams. ... The man seeing an Egungun chasing him in the dream will wake up frightened and become mad. Dreams of drowning in the water mean that certain water Orisas are after the man".

Die Sprache der Yoruba enthält eine große Anzahl an Begriffen für psychische Störungen, die ziemlich schnell sowohl von den Heilern als auch von der Bevölkerung benutzt werden. Die Belegung eines Menschen mit einem solchen Begriff scheint jedoch keine große Bedeutung für den Heiler zu haben. Auch ist nur eine mehr oder weniger große Übereinstimmung bei der Anwendung dieser Begriffe festzustellen.

Das bei weitem am häufigsten benutzte Etikett ist "Were". Es bezeichnet einen Menschen der nachlässig in der Kleidung ist, ohne Obdach, irrationell redet und unter akustischen oder visuellen Halluzinationen leidet. Die Harmlosigkeit des Patienten wird dabei betont.

"Asinwin" benennt ähnliche Erscheinungen, ist jedoch von größerer Gefährlichkeit, denn der Patient neigt eher zu Mord oder Selbstmord. "Dindinrin" bezeichnet einen sozial zurückgezogenen, mißtrauischen und unkommunikativen Menschen.

Eine gut erhaltene Persönlichkeit zeigt sich bei "Were alaso". "You may see him on the street and not realize he is mad. He is dressed properly and may speak sensibly at times, but he is still mad all the same".

Diese Kategorien haben jedoch für die Therapie keine große Bedeutung, da sich der Heiler ohnehin am Individuum orientiert und an dem was die herbeigerufenen Geister und Wahrsager für bedeutsam halten.

Das Phänomen des Verrücktwerdens ist bei den Yoruba sehr wohl bekannt. Es zeigt sich meist dadurch, daß Menschen, die bisher in dieser Hinsicht nicht aufgefallen sind, plötzlich tabuisierte Dinge tun, indem sie beispielsweise ihre Geschlechtsorgane

zur Schau steilen. Manche Menschen leiden auch unter dem spontanen und unkontrollierten Hören von Geisterstimmen. Sind diese Erscheinungen von Dauer und leidet der Betroffene oder die Umgebung unter seinem Verhalten, wird darüber beraten, ob der von den Geistern heimgesuchte einer Behandlung zugeführt wird. Die Gemeinschaft ist im Allgemeinen sehr tolerant und in der Lage Individuen über lange Zeiträume mitzutragen, wenn beispielsweise jemand seit Jahren nicht bereit ist, sich mit Arbeit zu beschäftigen. Verhält sich ein Mensch jedoch plötzlich gewalttätig gegenüber seinen Mitmenschen, wird sofort etwas unternommen: meist wird der Betroffene gefesselt und zu einem Heiler oder, in neuerer Zeit, in das nächste psychiatrische Krankenhaus gebracht.

Therapien

Bei den Yoruba gibt es hauptsächlich zwei Einrichtungen, die für die Heilung psychischer Störungen zuständig sind. Die Behandlungszentren und die Orisa Kultgruppen.

Die Behandlungszentren sind eine Art kleine private Krankenhäuser, die einem Heiler unterstehen. Entweder existieren dabei spezielle Räumlichkeiten für die Unterbringung und die Behandlung der Patienten oder der Heiler benutzt Räume seines eigenen Hauses. Prince beschreibt ein Behandlungszentrum ausführlicher, als einen Ort, an dem es immer sehr lebhaft zugeht.

Ständig sind viele Patienten und einige der Angehörigen, die Frauen und Kinder sowie einige Freunde anwesend, die mit diversen Tätigkeiten wie Kochen und Essen, Füttern der Kinder, dem Zubereiten von Medizin oder dem Schälen von Nüssen beschäftigt sind.

Verrückte Patienten werden bei der Aufnahme wenn nötig gefesselt, bis nicht mehr die Gefahr des Weglaufens besteht. Dann ist es ihnen erlaubt, sich frei zu bewegen und im Garten des Heilers oder woanders zu arbeiten. Die meisten Heiler verlangen von den Familienangehörigen Begleitung der Patienten oder, wenn nötig, die Übernahme von Pflegediensten. Bei der Aufnahme wird den Patienten meistens eine Medizin verabreicht, die zu Beruhigung und Schlaf führt. Kernelemente der Therapie sind meist aufwendige Rituale, besonders zur Entlassung, die Tod und Wiedergeburt symbolisieren,

als Metapher für den Übergang von der Krankheit zur Gesundheit. In diesen wird dem Patienten z.B. der Kopf rasiert, um Medizin durch kleine Schnitte in den Körper zu bringen, es werden Opfer dargebracht und Beschwörungsformeln gesungen und gesprochen. Das therapeutische Vorgehen variiert jedoch mit jedem Heiler. Anstatt nun einen einzigen Therapieablauf ausführlich darzustellen, sollen hier, nachdem noch kurz auf die Methoden des Orisa Kultes eingegangen wird, die wirksamen Elemente der indigenen Therapien, wie sie von Prince zusammengestellt wurden, wiedergegeben werden.

Die Orisa Kultgruppen sind, wie schon der Name sagt, vor allem für den übernatürlichen Aspekt der Krankheiten zuständig, denn sie nehmen Kontakt zu den niederen Gottheiten der Orisa auf. Sie sind meist die letzte Instanz, die zur Heilung einer Krankheit aufgesucht wird. Wenn jemand krank wird versucht man meist zunächst ihn zu Hause zu heilen oder es wird Medizin bei einem reisenden Händler gekauft. Wenn das alles nicht hilft, wird ein Orakel oder Wahrsager befragt was zu tun sei. Dies empfiehlt z.B. den Hexen, dem Doppelgänger, den Ahnen oder einem Gott ein Opfer zu bringen, eine bestimmte Medizin zu nehmen, den Wohnort oder die Arbeit zu wechseln, weil sie nicht im Einklang mit dem himmlischen Vertrag sind. Wenn auch dadurch keine Heilung zu erreichen ist wendet man sich an ein Behandlungszentrum und danach oder stattdessen an eine Kultgruppe der Orisas.

Diese Kultgruppen sind in erster Linie jedoch keine Behandlungsstätten, sondern bilden eine wichtige Macht innerhalb der Gemeinschaft, die religiös, politisch, gesetzlich und auch therapeutisch wirkt. Es existieren Männer- und Frauengruppen, wobei die Frauen meist Besessenheitsriten und die Männer eine Art Rollenspiel, Maskenrituale, durchführen. Der Patient wird in einer Initiationssitzung in den Kult aufgenommen und bleibt wie auch seine Familie in allen Generationen Mitglied der jeweiligen Gruppe.

Die wirksamen Elemente werden von Prince hinsichtlich ihrer psychotherapeutischen Wirksamkeit untersucht. Welcher Art der Einfluß der Götter und anderer übernatürlicher Kräfte auf die Krankheiten ist, entzieht sich schließlich weitgehend unserem Ver-

ständnis. Die physiologischen Wirkmechanismen, durch den Einsatz von Medikamenten, außer dem der Beruhigung und der Herbeiführung von Schlaf, sollen hier ebenfalls unberücksichtigt bleiben.

Suggestion ist wahrscheinlich das wichtigste Element der indigenen Psychotherapien. Prince identifiziert vier Faktoren: (1) Die vermittelte Allmacht der Heiler durch ihren Kontakt zur Welt der Geister. (2) Die beeindruckende Vorstellung des Heilers, der durch den Kontakt mit den Geistern oft sehr zutreffende Diagnosen macht, ohne mit dem Patienten über die Probleme gesprochen zu haben. (3) Der Gebrauch heiliger und magischer Formeln, Gesten und Gegenstände. (4) Die Angst des Patienten, die häufig vom Heiler geschürt wird, indem er ihm großes Unheil verkündet, wenn er den Anweisungen nicht Folge leistet. Diese Angst findet in der Sicherheit und Zuversicht des Heiler ihren Gegenpol.

"Many of these factors occur in Western healing (in fact in all healing) but, while the suggestive element (when it is recognized) is criticized as unscientific in official Western medicine, ^{it} is utilized to the fullest extent in Yoruba medicine" (Prince, 1964).

Das Darbringen eines Opfers ist von größter Bedeutung in der Psychotherapie der Yoruba. Es hat einen großen angstreduzierenden Effekt, da die Urheber der Krankheit beruhigt werden und so viele Patienten nach einem Opferritual gut entspannen oder schlafen können.

Die direkte Umgebung des Patienten wird verändert, wenn der Wahrsager sagt, daß der Wohnort gewechselt werden muß, da die Nähe zu bestimmten Hexen oder Zauberern sonst zu groß ist. Oder es wird geraten, eine neue Arbeit zu wählen, da die alte nicht dem himmlischen Vertrag entspricht.

Das Selbstvertrauen des Patienten wird gestärkt, indem er soziale Unterstützung bekommt. Dies wird vor allem in den Kultgruppen der Orisa erreicht, bei denen der Patient praktisch neue Freunde bekommt, die durch Initiation und gemeinsame Besessenheitserlebnisse sehr eng miteinander verbunden sind. Auch das Gefühl des Beschütztwerdens vom Doppelgänger, den Ahnen oder einem Gott der Orisa stabilisiert und stärkt. das Selbstvertrauen.

In Besessenheits- und Maskenritualen sieht Prince Parallelen zur Gruppentherapie und Ausagieren sonst kritischer oder tabuisierter Verhaltensweisen. Psychotherapeutische Elemente seien dabei das Erreichen eines hohen Status durch eine allgemein akzeptierte Rolle in einer Kultgruppe, das Ausagieren aggressiver und sexueller Verhaltensweisen, den Tausch der Geschlechterrollen und die zeitweise Nicht-Verantwortlichkeit für das eigene Handeln.

Einsicht in eigene Motive und die Persönlichkeit wird, im Gegensatz zur westlichen Psychotherapie, kaum erwähnt. Es wird fast überhaupt nicht versucht, den Patienten dazu zu bringen sich, in Erkenntnis der eigenen Fehler und Schwächen, in seinem Selbst zu verändern, "Of course the insight and personality-growth functions of psychotherapy are very recent elements in Western psychiatry" (Prince, 1964).

3.3.2 Anmerkungen

Erscheinungen des Verrücktwerdens finden sich bei den Yoruba, wie auch bei vielen anderen Volksgruppen. Eine Eingruppierung nach Art des schizophrenen Phänomens existiert jedoch nicht. Die gebräuchlichen Bezeichnungen für geistig verwirrte Menschen, werden locker gehandhabt und haben keine besondere therapeutische Bedeutung. Die mit der Behandlung beauftragte Person konzentriert sich vor allem auf den konkreten Fall und führt traditionell verankerte und individuell ausdifferenzierte Rituale durch, um eine Heilung herbeizuführen. Psychotherapeutische Wirkmechanismen, wie wir sie auch bei uns kennen, spielen eine wichtige Rolle.

Die meisten Erklärungen der Krankheiten haben übersinnlichen Charakter und verschließen sich einer empirischen Überprüfbarkeit. Der Anspruch, den Ursachen entsprechend Krankheiten zu heilen, ist stets vorhanden. Es existiert für die Angehörigen dieses Volkes keine Wissenslücke, die aufgefüllt werden müßte, da sich immer eine verantwortliche Macht finden läßt, die nach Besänftigung verlangt, etwa durch Opferrituale. Das Geschehen während einer Krankheit befindet sich dadurch immer in Kongruenz mit dem Glaubenssystem der gesamten Kultur und es kann nur gemutmaßt werden, welche Effekte dieser Glauben auf die Heilung hat.

Die Eingebundenheit sowohl des Heilers als auch der Heilung in die Kultur fällt beim Studium verschiedener indigener Kulturen auf. Der Heiler ist immer ein hoch angesehener Mann in der Gemeinschaft, der besondere Fähigkeiten und vor allem uraltes Wissen benutzt, um die Krankheitsursachen zu beseitigen. Einige Angehörige der Familie des Patienten sind meistens in den Heilungsprozeß eingebunden und übernehmen wichtige Funktionen. Der Patient ist nie sich selbst überlassen oder fremden Umgebungen ausgeliefert, die keine Verbindung zu seinem gewöhnlichen Leben haben.

Einer der wichtigsten Faktoren der Behandlung ist m.E. das ursächliche Vorgehen des Heilers. Es wird nicht versucht Verhaltensweisen als krankhafte Symptome zu identifizieren,

um diese dann zu behandeln. Stattdessen begibt sich der Heiler ebenfalls in veränderte Bewußtseinszustände, die denen des verrückten Patienten näher liegen, als die Alltagsrealität. Von dieser Ebene aus wird die Heilung unternommen. Der Heiler nähert sich dem schizophrenen Geschehen und versucht die Ursachen von innen heraus zu ergründen. Die Informationen, die der Patient gibt, spielen dabei eine wichtige Rolle. Das Erleben des Patienten wird, im Gegensatz zu unserer Kultur, nicht als krankhaft abgetan, sondern ernst genommen und für wirklich gehalten.

Es kommt jedoch auch vor, daß mit den Patienten nicht so liebevoll umgegangen wird und diese aus der Gemeinschaft ausgestoßen werden, was die schwerstmögliche Strafe ist, und sogar Tötungen von Verrückten wurden berichtet. Diese brutalen Seiten des Umgangs kommen jedoch nur dann zum Vorschein, wenn der betreffende Mensch sich unverbesserlich brutal verhält und für die Gemeinschaft nicht mehr tragbar ist.

Ähnliche Erklärungen und Behandlungsmethoden für psychische Krankheiten finden sich bei den meisten traditionellen Kulturen auf der ganzen Welt (vgl. z.B. Cawte, 1974, Field, 1960, Devereux, 1961, Denko, 1966, Orley, 1970).

Mit den Vorgehensweisen der Heiler, ihrer Berufung und deren Möglichkeiten andere Bewußtseinszustände hervorzurufen und zu kontrollieren, sowie den Parallelen zwischen Erlebnissen von

Heilern oder Schamanen und dem schizophrenen Phänomen wollen wir uns im nun folgenden Kapitel beschäftigen.

3.3.3 Schamanentum

Der Begriff "Schamane" stammt ursprünglich von dem Worte "semen" der sibirischen Tungusen ab und bezeichnete dort jemanden der erregt, bewegt oder erhoben ist. Shirokogoroff (1935, zit. n. Walsh, 1992) beschreibt die Bedeutung noch etwas genauer: "In allen tungusischen Sprachen bezeichnet dieser Begriff (semen) Menschen beiderlei Geschlechts, die zur Beherrschung der Geister gelangt sind, willentlich diese Geister in sich hineinrufen können und sich der Macht über diese Geister zu eigenen Zwecken bedienen können, speziell dazu, anderen Menschen zu helfen, die an den Geistern leiden." Er wird von Anthropologen als "Sammelbegriff für Heiler - Medizinmänner, Hexendoktoren, Zauberer, Magier, Seher - in den verschiedensten Kulturen" (Walsh, 1992) benutzt. Diese Generalisierung vereinfacht natürlich die große Verschiedenheit der kulturellen Ausformungen der Heiler, etwas ist jedoch allen schamanischen Traditionen gemein, das Tranceerlebnis bzw ein veränderter Bewußtseinszustand. Mircea Eliade, der die wohl bekannteste und umfassendste Abhandlung zum Schamanismus verfasste, erklärt: "Im Unterschied zum Christentum (wenigstens in seiner neueren Geschichte) messen die Völker, die sich als schamanistische zu erkennen geben, den ekstatischen Erlebnissen ihrer Schamanen eine erhebliche Bedeutung zu; sind es doch die Schamanen, die sie durch ihre Trancen heilen, die ihre Toten ins 'Reich der Schatten' geleiten und als Mittler zwischen ihnen und ihren Göttern, himmlischen und unterweltlichen, großen und kleinen, dienen. Diese mystische Elite lenkt nicht nur das religiöse Leben der Gemeinschaft, sondern wacht in gewisser Weise über ihre 'Seele'. Der Schamane ist der große 'Spezialist' für die menschliche Seele; er allein 'sieht' sie, denn er kennt ihre 'Gestalt' und ihr Schicksal" (Eliade, 1997). In diesem Sinne definiert Eliade den Schamanismus vorsichtig als "Technik der Ekstase".

Wie im vorhergehenden Kapitel gezeigt wurde, findet sich auch bei den Yoruba eine große Bedeutung der Geisterwelt und der Men-

schen, die mit ihr kommunizieren können, Auch dort nahm der Heiler eine wichtige Position in der Gemeinschaft ein und kommunizierte mit Geistern, um seine Patienten zu kurieren.

Allgemein gesprochen besteht eine Schamanensitzung aus den folgenden Elementen. Zuerst kommt der Patient in die Räume des Hei-

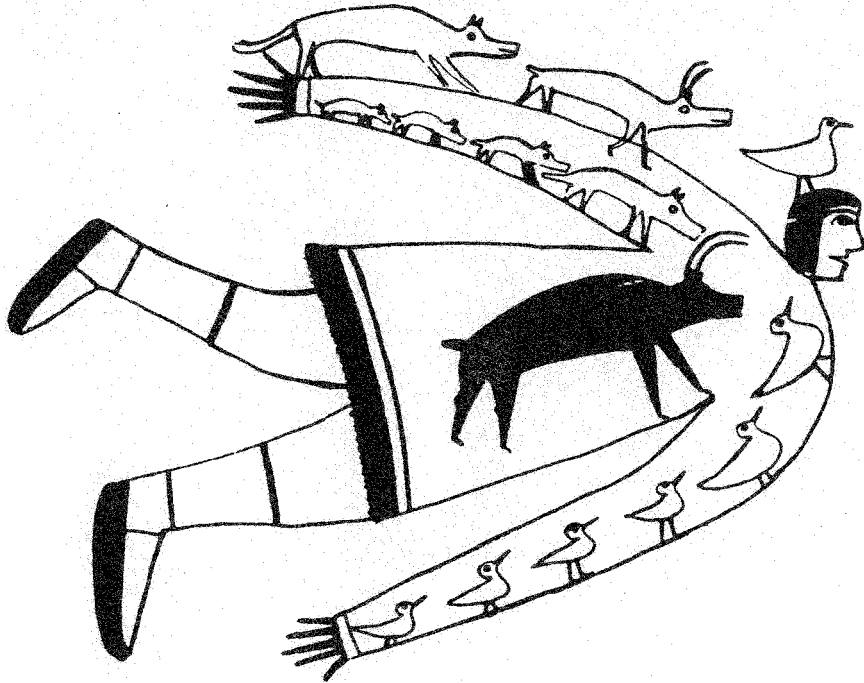


Abbildung 8: Darstellung einer Schamanenreise (aus Halifax, 1979)

lers oder an den ausgewählten Ort. Nach etwas Kommunikation und der rituellen Vorbereitung im normalen Bewußtseinszustand, nimmt der Schamane Kontakt zu seinen Geistern auf, um die Ursache des Leidens zu finden. Oft ist die Seele des Patienten abhanden gekommen und muß nun zurückgebracht werden. Der Schamane beginnt seine Reise, indem er sich in einen anderen Bewußtseinszustand begibt. Die Techniken dazu variieren sehr stark und werden später noch kurz erläutert. Auf seiner Reise, die in den Himmel oder in die Unterwelt führt, trifft der Schamane auf seine Geister und bittet sie um Hilfe die verlorene Seele zu finden. Manche Schamanen können aus diesem veränderten Bewußtsein mit den in der normalen Welt Anwesenden kommunizieren und zum Beispiel ihre Reise kommentieren oder bei Erfolg mit der Heilung beginnen, indem sie beispielsweise die Seele zurückbringen. Meistens berichtet der Schamane aber

erst nach seiner Rückkehr von seinen Erlebnissen und den Anweisungen der Geister an den Patienten. Eine andere Variante besteht darin, daß der Schamane nicht auf die Reise zu den Geistern geht, sondern diese herbeiruft.

Derartige Sitzungen können Stunden und Tage in Anspruch nehmen und auch mehrfach abgehalten werden, je nach der Schwierigkeit des gestellten Problems oder der Fähigkeit des Schamanen den Geisterkontakt herzustellen (vgl. Kalweit, 1987, Schenk, 1997, Eliade, 1997, Walsh, 1992).

Als Beispiel einer Schamanenreise soll hier die "örgiski", eine Reise in die Unterwelt der tungusischen Schamanen, wiedergegeben werden. Die "örgiski" wird bei den Tungusen selten durchgeführt, da sie als sehr gefährlich gilt. Sie findet sich im Original bei Eliade (1997), der eine Darstellung von Shirokogoroff zusammenfaßt.

"Am Tage vor dem örgiski bringt man die Gegenstände deren sich der Schamane auf seiner ekstatischen Reise bedient, darunter ein kleines Floß, auf dem der Schamane über das Meer (den Baikalsee) setzen wird, eine Art Lanze zum Durchbrechen der Felsen, kleine Darstellungen von zwei Bären und zwei Ebern, welche im Falle des Schiffbruchs das Boot halten und einen Pfad durch den dichten Jenseitswald schlagen sollen, vier kleine Fische, die vor dem Boote schwimmen, ein 'Idol', das den Hilfsgeist des Schamanen darstellt und ihm das Opfer tragen hilft, verschiedene Geräte zur Reinigung usw. Am Sitzungsabend legt der Schamane seine Tracht an, schlägt die Trommel, singt und ruft das 'Feuer' an, die 'Mutter Erde', und die 'Ahnen', denen man das Opfer darbringt. Nachdem geräuchert ist, geht man zur Wahrsagung über. Mit geschlossenen Augen wirft der Schamane seinen Trommelschlegel in die Luft; wenn er verkehrt zurückfällt, ist es ein gutes Zeichen.

Der zweite Teil der Zeremonie beginnt mit der Opferung des Tieres, im allgemeinen eines Rentiers. Mit seinem Blut bestreicht man die ausgestellten Gegenstände; das Fleisch wird später zubereitet. Es werden Pfähle in den wigwan gebracht, ihre Spitzen stehen zum Rauchloch heraus. Ein langer Faden verbindet die Pfähle mit den draußen auf der Plattform ausgestellten Gegenständen, das ist



Abbildung 9: Der mexikanische Schamane Matsúwa (aus Halifax, 1979)

der 'Weg' für die Geister. Nach diesen Vorkehrungen versammeln sich die Anwesenden im wigwan. Der Schamane beginnt zu trommeln, zu singen und zu tanzen. Er springt immer höher in die Luft. Seine Helfer singen mit den Zuschauern den Kehrreim des Liedes. Er hält einen Augenblick inne, trinkt ein Glas Wodka, raucht ein paar

Pfeifen und beginnt wieder mit dem Tanz. Er erhitzt sich mehr und mehr bis er zu Boden fällt leblos in Ekstase. Wenn er nicht zu sich kommt, besprengt man ihn dreimal mit Wasser. Nun erhebt er sich und beginnt mit gellender Stimme zu sprechen - Antworten auf gesungene Fragen, die zwei, drei Personen an ihn richten. Der Körper des Schamanen ist jetzt von einem Geist bewohnt und dieser antwortet an seiner Stelle. Der Schamane befindet sich ja in der Unterwelt. Wenn er zurückkommt, begrüßen alle mit Freudenschreien seine Rückkehr aus dem Totenland.

Dieser zweite Teil der Zeremonie dauert ungefähr zwei Stunden. Nach einer Unterbrechung von zwei bis drei Stunden, also beim Morgen grauen, schreitet man zur letzten Phase, welche der ersten gleicht und wobei der Schamane den Geistern dankt".

Im Kern des Rituals liegt des Schamanen Trance. Diese kann auch als Besessenheit, Ekstase oder einfach als veränderter Bewußtseinszustand bezeichnet werden. Jeder Schamane hat seine eigene Technik, die Bewußtseinszustände zu wechseln, eine "Technologie der Transzendenz" (Walsh, 1992). In Tabelle 4 sind die wichtigsten Methoden andere Bewußtseinszustände zu erreichen aufgeführt. Sie sind uralt und einige davon finden sich in jeder Kultur der Welt. Diese Techniken werden bei den Schamanen niemals isoliert angewandt, immer sind sie sorgfältig in ein Ritual eingebettet. Oft werden einzelne Techniken auch kombiniert, zum Beispiel bei dem Schamanen, der Pilze essend zur Trommel tanzt und sich dann selbst kasteit, um eine tiefe Trance hervorzurufen (Rätsch, 1993).

Technik**Traditionelle und neue Methoden**

Reizentzug	Höhlenaufenthalte; Einsamkeit (Askese); Einmauerung; Isolationstank (Samadhi-Tank); Tempelschlaf
Reizüberflutung	Las Vegas; Tekkno-Disko; Mindmachines
Schlafentzug	rituelle Wachen bei ethnischen Zeremonien; Initiationsriten nordamerikanischer Indianer; Leben im Zenkloster; tagelange Feste und Rituale in vielen Kulturen
Fasten	Askese; Visionssuche; Heilfasten; Ramadan
Atmen	Prana-Yoga; schamanischer Keuchatem; Hyperventilation; Rebirthing; Holotropes Atmen; Biofeedback
Körperübungen	Hatha-Yoga; Tai Chi Chuan; Bogenschiessen
Sex	Tantra-Rituale; Taoistische Alchemie; Sexmagick
Schmerz	Schmerzrituale; schmerzhafte Initiation; Sonnentanz; Tortur; Marter; Folter; Methoden der Fakire; Geißelung, Opfertod
Schwitzen	Schwitzhütte; Sauna
Musik	Singen; Trommeln; Musikhören; Rockkonzerte
Tanz	Ritualtänze; Ekstase-Tanz; Derwischentanz; Besessenheitstänze; Geistertanz
Hypnose	Zaubersprüche; Heilungsgesänge; Gebete
Selbsthypnose	Autogenes Training; mediale Trance
Meditation	Yoga, Kundalini-Meditation; Versenkung; Samadhi-Yoga; Mantren; Zaubersprüche; Japa-Yoga; Transzendente Meditation; Visualisation; Phantasie Reisen; Mandala-Meditation; Yantra; Koan
Drogen	Tabak; Tee; Kaffee; Maté; Guarana; Muskat; Fliegenpilz; Tollkirsche; Bilsenkraut; Alraune; Stechapfel; Hanf; Coca-Blätter und Kokain; Schlafmohn (Opiate); Meskalin; Peyote; Zauberpilze (Psilocybe spp.), Ayahuasca; psychedelische Kröten; Lachgas; LSD; Ecstasy; Alkohol

Tabelle 4: Techniken zur Bewußtseinsveränderung (nach Rätsch, 1993)

Welche Techniken letztlich benutzt werden hängt von der Verfügbarkeit in der jeweiligen Kultur und von den Vorlieben des jeweiligen Schamanen ab. Der Schamane lernt in seiner Ausbildung auch in kurzer Zeit in den veränderten Zustand einzutreten und benötigt nur noch Bruchteile der einzelnen Verfahren. Dies eine der großen Künste des Schamanen: Die willentliche Herbeiführung und Kontrolle des veränderten Bewußtseinszustands.

Drogen haben im Schamanentum und in der Menschheitsgeschichte eine lange Tradition. "Die Neandertaler von Shanidar haben vor 60.000 Jahren Ephedrakraut ... rituell mitbestattet. Im Südwesten von Nordamerika wurden in 8.000 Jahre alten prähistorischen Kivas,

indianischen Ritualräumen, die psychoaktiven Samen von roten Mescal-Bohnen ... und Stechäpfeln gefunden Ötzi, der gefrieretrocknete Gletschermann, der kürzlich im tauenden Eis des Similaun-Gletschers gefunden wurde, hatte psychedelische Pilze bei sich. Sein Alter: 5.300 Jahre" (Rätsch, 1993). Es wurden bis heute über hundert pflanzliche Halluzinogene identifiziert. Besonders bei den Drogen ist zu beachten, daß auch sie nur im Rahmen eines kulturell erarbeiteten Rituals verwandt werden. Ob der Bewußtseinszustand durch die Aktivierung endogener oder exogener Neurotransmitter zustandekommt, macht qualitativ keinen Unterschied (Walsh, 1992).

Wie wird der Schamane jedoch ausgewählt und wie kommt er zu seinen Fähigkeiten?

"Die Reise des Helden beginnt mit dem Ruf zum Abenteuer. Im Schamanismus erfolgt der Ruf meist in der Adoleszenz oder den frühen Erwachsenenjahren. Erkannt wird der künftige Schamane normalerweise an ungewöhnlichen Erfahrungen oder an Verhaltensweisen, die als Zeichen einer Berufung seitens der Geister interpretiert werden. Manche ergreifen den Beruf aus eigenem Antrieb. Gelegentlich wird auch das Kind eines Schamanen schon bei der Geburt dazu ausersehen, die Familientradition weiterzuführen" (Walsh, 1992). Für Sibirien und Nordostasien beschreibt Eliade vor allem zwei Berufsarten: (1) erbliche Übertragung und (2) spontane Berufung. In manchen Fällen gibt es auch selbstgewählte Schamanen (Eliade, 1997).

Die ungewöhnlichen Erfahrungen, eine Art erstes Tranceerlebnis, muß der zukünftige Schamane machen, um den zweiten Schritt zu seiner Anerkennung tun zu können: die schamanistische Ausbildung. Bei den ungewöhnlichen Erfahrungen finden sich vor allem Geistererscheinungen in Träumen und die Initiationskrise. Letztere tritt spontan auf oder wird willentlich herbeigeführt. Besonders die Schamanenschüler, die vom Stamm, zum Beispiel aufgrund der Erblinie, dazu ausgewählt wurden, erfahren in einigen Kulturen ein durch Tabu streng reglementiertes Leben und müssen ein Ekstaseerlebnis haben, findet "ein solches nicht statt, so wird der zum Nachfolger des erstorbenen Schamanen ausersehene Jüngling wieder fallen gelassen" (Eliade, 1997).

"Während die Berufung im Traum manchmal ignoriert und verdrängt werden kann, handelt es sich bei der Initiationskrise um etwas weitaus Unabweisbareres. Mit explosiver Gewalt gerät sie in das Leben des Erwählten, zerstört das alte Gleichgewicht und die alte Identität und fordert die Geburt des Neuen.

In der Regel kündigt sie sich bald nach der Adoleszenz mit einem Ansturm ungewöhnlicher psychologischer Erfahrungen an. Manchmal treten dabei neue Talente zutage (erhöhte Sensibilität, gesteigerte Wahrnehmung). Häufiger jedoch legt der werdende Schamane ein ungewöhnliches, mitunter sogar abstruses, gefährliches oder gar lebensbedrohendes Verhalten an den Tag. Dem kann ein wochen-, monate-, unter Umständen jahrelanges unberechenbares Chaos folgen, das das Leben des Schamanen, seiner Familie und seines Stammes völlig durcheinanderbringt" (Walsh, 1992). Ein Beispiel der Tschuktschen in Sibirien: "Bei Männern ist das vorbereitende Stadium der schamanischen Inspiration in den meisten Fällen sehr schmerzhaft und erstreckt sich über eine lange Zeit. Der Ruf kommt auf abrupte und mysteriöse Weise, der junge Novize ist davon sehr verwirrt ... Er fühlt sich 'schüchtern' und verängstigt; er bezweifelt seine Eignung und seine Kraft, wie es bei allen Sehern, angefangen bei Mose, der Fall gewesen ist. Halb unbewußt und halb gegen seinen Willen durchläuft seine ganze Seele eine seltsame und quälende Metamorphose. Diese Periode kann Monate und manchmal Jahre dauern. Der junge Novize, der 'Neuinspirierte', verliert alles Interesse an den gewöhnlichen Lebensangelegenheiten. Er hört auf zu arbeiten, ißt wenig und ohne Genuß, hört auf, mit Menschen zu sprechen, beantwortet nicht einmal mehr Fragen. Die meiste Zeit verbringt er im Schlaf.

Manche bleiben im Inneren der Behausung und gehen nur manchmal ins Freie. Andere wandern in der Wildnis umher, unter dem Vorwand auf die Jagd zu gehen oder die Herde zu hüten, haben aber oft keine Waffen und kein Hirtenlasso dabei. Auf einen solchen Wanderer muß man genau aufpassen, sonst legt er sich womöglich in der offenen Tundra hin und schläft drei, vier Tage, wobei er im Winter Gefahr läuft, unter Treibschnee begraben zu werden" (Bogoras, 1909, zit.n. Walsh, 1992).

"Welches nun die Art der Erwählung gewesen sei, anerkannt ist ein Schamane erst nach doppelter Unterweisung die 1. durch Ekstase (Träume, Trance), 2. durch Überlieferung (schamanische Techniken, Namen und Funktionen der Geister, Mythologie und Genealogie des Clans, Geheimsprache usw.) geschieht. Diese doppelte Unterweisung durch Geister und durch alte Schamanenmeister kommt einer Initiation gleich. Zuweilen ist die Initiation öffentlich und bildet schon für sich ein eigenständiges Ritual, doch bedeutet das Fehlen eines solchen Rituals keineswegs das Fehlen der Initiation; diese kann sich sehr wohl im Traum oder im Ekstaseerlebnis des Neophyten vollzogen haben" (Eliade, 1997).

Oft wollen sich die erwählten Menschen dem Ruf verweigern, da das Leben eines Schamanen hohe Anforderungen, vor allem an die Selbstdisziplin, stellt. Die Zurückweisung der Geister sei aber noch gefährlicher als die Annahme ihres Rufes. Derjenige, der den Ruf ablehnt riskiert Krankheit, Wahnsinn und Tod. Wenn der Berufene ein Tranceerlebnis gehabt hat oder auch an andauernden Halluzinationen, wie zum Beispiel Geister-stimmen, leidet, hat er die Wahl zwischen Schamanenberuf und geistiger Krankheit. In manchen Fällen gelingt jedoch auch eine Heilung ohne Schamane zu werden, dies ist jedoch sehr selten (Kaiweit, 1987, Kroeber, 1940).

Die wichtigste und erste Aufgabe des Schamanen ist die Selbstheilung mit Hilfe der Geister und der alten Schamanenmeister, die meist einem Muster folgt: "schweres, jahrelanges Leiden, keine Besserung und Hilfe durch die konventionelle Medizin, dafür aber Hilfe von einer undefinierbaren, nicht-humanen Quelle, die erstaunliche und von niemandem mehr erwartete Heilung, der Versuch, sich von den übermenschlichen oder unbewußten Kräften zu befreien, die Forderung der Kraft, einen bestimmten Lebensweg einzuschlagen, und die Kapitulation vor der unnachgiebigen Forderung, die Fügung ins Schicksal, Beginn einer neuen Laufbahn und Einwilligung, die latenten extra-sensorischen Fähigkeiten anzuerkennen und der Menschheit dienstbar zu machen, und schließlich die Entwicklung weiterer paranormaler Fähigkeiten" (Kalweit, 1987).

Diese weiteren Fähigkeiten der Schamanen sind für unsere Begriffe übersinnlich. Sie umfassen Dinge wie Fliegen, in die Zu-

kunft schauen und vor allem das Heilen anderer mit eigener und fremder Geisteskraft. Der Winnebago Indianer Thunder Cloud beschreibt seine Erlangung von übernatürlichen Kräften so: "Ich wurde zu einem Geisterdorf hinaufgehoben, zu jenen, die im Himmel wohnen, einem Medizinmandorf und dort wurde ich folgendermaßen ausgebildet. Ein abgestorbener und verrotteter Stamm, fast gänzlich von Unkraut überwuchert, wurde in die Mitte der Hütte gelegt. Diesen Stamm sollte ich behandeln als sei es ein kranker Mensch. Ich hauchte den Stamm an, und die Geister der Hütte unterstützten mich. Zwei-, drei-, viermal. Schließlich verwandelte sich der Stamm, der tot zu sein schien, in einen jungen Mann, der sich nun erhob und wegging" (Raclin, 1945, zit.n. Kaiweit, 1987).

Der Zustand des Schamanen Fähigkeiten dieser Art hervorzubringen, die über das Funktionieren des Menschen und Gesundheit weit hinausgehen, wurden oft als "Supergesundheit" bezeichnet.

3.3.4 Anmerkungen

Zwischen der Initiationskrise der Schamanen und dem schizophrenen Phänomen finden sich m.E. auffällige Parallelen. Der zukünftige Schamane tritt spontan in einen veränderten Bewußtseinszustand ein, hört oder sieht Geister und ist von diesen Erlebnissen meist sehr verwirrt. Seine Identität und sein

Ich lösen sich auf, alle inneren Strukturen gleiten davon und der Betroffene ist dem Chaos ausgeliefert. Dieses Geschehen ereignet sich meist im frühen Erwachsenenalter und der soziale Kontext hat Schwierigkeiten mit dem veränderten Menschen umzugehen. Dieser Zustand kann längere Zeit anhalten und hat meist zwei mögliche Ausgänge. Wenn sich der Mensch gegen seine Verwandlung wehrt und nicht gewillt ist diese neuen Erfahrungen in sein Selbst zu integrieren, endet er oft in Wahnsinn oder Tod. Ist er jedoch bereit, sich der ihm auferlegten Herausforderung zu stellen und seine außergewöhnlichen Erfahrungen, als zu ihm selbst gehörig, anzunehmen und zu akzeptieren, kann er mit Hilfe anderer Schamanen, denen diese veränderten Zustände wohlbekannt sind, eine neue Gesundheit erlangen, die Fähigkeiten beinhaltet,

welche über das normale Funktionieren des Körpers und des Geistes weit hinausgehen.

Die bedeutsamste Unterscheidung zwischen späteren Tranceerlebnissen der Schamanen und dem schizophrenen Phänomen liegt in der Kontrolle der veränderten Bewußtseinszustände (Walsh, 1992). Dies betrifft einerseits die willentliche Herbeiführung dieser Zustände und andererseits das gesteuerte Handeln innerhalb dieser. Der Schamane weiß um seine erhöhte Sensibilität übersinnlichen Reizen gegenüber und die Kultur stellt ihm Hilfe und eine gesellschaftliche Rolle zur Verfügung. Dadurch hat er die Möglichkeit, besondere Fähigkeiten zu entwickeln und zum Nutzen der jeweiligen Kultur einzusetzen. "Obwohl also die Symptome und Verhaltensweisen der schamanischen Initiationskrise sowohl nach westlichen als auch nach den eigenen Stammesnormen ungewöhnlich und seltsam anmuten mögen, genesen Schamanen nicht nur von ihrer 'Krankheit', sondern 'funktionieren' anschließend oft außerordentlich gut als Führer und Heiler ihres Volkes" (Walsh, 1992).

Wie wir auch schon beim Studium der Yoruba beobachtet haben, tritt die Kultur derart außergewöhnlichen Erfahrungen mit Verständnis entgegen, auch wenn der Umgang nicht unbedingt leicht fällt und einen großen Einsatz aller Betroffenen verlangt. Grundsätzlich sind den meisten Kulturen übersinnliche Erlebnisse nicht fremd, sondern gehören, neben anderem, zu den wichtigsten Elementen, die die jeweilige Kultur konstituieren.

Ein Vergleich zwischen dem Schamanentum und dem schizophrenen Phänomen ist nicht neu, sondern wurde im Laufe des Jahrhunderts oft gezogen. In der Freudschen Tradition stehend betrachteten viele Forscher die Psychose jedoch als Regression auf ein primitiveres Entwicklungsniveau. Der Schamane galt als der Schizophrene der traditionellen Gesellschaften und aufgrund der hohen Wertschätzung dieser durch ihre kulturelle Umgebung, gab dies die Rechtfertigung für die abwertende Beurteilung ganzer Gesellschaften als primitiv oder noch nicht weit entwickelt. Auch diese Interpretation "berechtigte" wiederum viele Formen des Imperialismus, wie etwa die Bekehrung der "heidnischen Primitiven" zum

Christentum oder den Druck zur Übernahme westlicher "rationeller" Denk- und Handlungsgewohnheiten.

Sich wehrend gegen diese allzueinfache Gleichsetzung von Schizophrenie und Schamanentum, lehnen heutzutage viele Anthropologen Überschneidungen ab und betonen die Unterschiede zwischen diesen beiden Erscheinungen (Walsh, 1992), um die Schamanen vor einer Reduzierung deren Erleben zu einfachem Krankheitsgeschehen zu schützen.

Es wäre m.E. jedoch sinnvoller, den Schizophrenen nicht einfach, durch die Interpretation als krankhafte Erscheinung, zu stigmatisieren, sondern die Potentiale des schizophrenen Phänomens zu beachten. Es ist immerhin denkbar, daß einige schizophrene Menschen, wenn ihnen verstanden wörend und nicht abwehrend gegenüber getreten wird und ihnen Menschen zur Seite gestellt werden, die Erfahrungen mit außergewöhnlichen Bewußtseinszuständen gemacht haben, Selbstheilungskräfte aktivieren können und eine neue Gesundheit entwickeln, indem sie ihren veränderten Zustand verstehen und kontrollieren lernen. Derartiges Wissen ist in unserer Kultur jedoch selten anzutreffen und in der Regel, außerhalb "wissenschaftlichen" Begreifens stehend, diffamiert und ignoriert. Wenn die Initiationskrise der Schamanen ein weltweit anzutreffendes Phänomen ist, muß schließlich gefragt werden, welche Formen des Auftretens dafür in unserer Kultur zur Verfügung stehen.

3.3.5 Ethnopsychologien in der Diskussion

Es wurde gezeigt, daß plötzliches Verrücktwerden oder, neutral ausgedrückt, der spontane Eintritt in einen veränderten Bewußtseinszustand in den meisten Kulturen der Welt vorkommt. Ein der Schizophrenie ähnliches Konzept finden wir jedoch nicht. Krankheitskategorien haben aber in traditionelleren Gesellschaften auch keinen besonderen Stellenwert, da der Umgang und die Heilung am Individuum ausgerichtet ist. Halluzinationen und wahnhaftes Erleben können in solchen Gesellschaften nicht als Kriterien für Schizophrenie benutzt werden, da eine Abgrenzung zu regional normalem Verhalten nicht zu rechtfertigen ist. Halluzinationen, im Sinne von Geistererscheinungen, etwa verschiedener Gottheiten oder ver-

storbener Vorfahren, gehören zu den konstituierenden Elementen der Glaubensvorstellungen fast aller Kulturen, auch der unseren (siehe die Gotteserscheinungen in der christlichen Bibel).

Verrückte Menschen werden einer Behandlung zugeführt, die aus zahlreichen sehr unterschiedlichen Elementen und Systemen besteht, bei denen die Einbeziehung der Familienangehörigen des Patienten eine wichtige Rolle spielt. Die Behandlungseinrichtungen sind ihrerseits ein fester Bestandteil der Kultur. Anthropologische Berichte und (in der transkulturellen Forschung beschriebene) bessere Verläufe sprechen für eine hohe Effizienz der untersuchten Gesellschaftssysteme und deren Behandlungsmöglichkeiten hinsichtlich einer Besserung und Integration in das alltägliche Leben.

In der schamanistischen Initiationskrise finden wir Parallelen zum schizophrenen Phänomen. Menschen, die in diese Krise geraten, werden mit Hilfe übersinnlicher Kräfte und alter Schamanenmeister selbst zu Schamanen ausgebildet. Sie überwinden ihre "Krankheit" und heilen sich selbst, indem sie lernen veränderte Bewußtseinszustände zu kontrollieren und als Teil ihres Selbstes anzunehmen. Schamanen versetzen sich bewußt in Trancen, in denen sie die Hilfe übersinnlicher Mächte erbitten, und heilen mit dem so erlangten Wissen ihre Patienten.

Wie wir sehen trifft schizophrenes Erleben in vielen Kulturen nicht auf völliges Unverständnis. Die gesellschaftliche Umgebung der Betroffenen hält Interpretationen und Handlungsweisen bereit, die eine Neuintegration in die Gesellschaft ermöglichen. Viele Kulturen sind flexibel genug, um den Bereich des Normalen verlassende Menschen mitzutragen. Diese Toleranz hat meist nur dann ein Ende, wenn sich ein Mensch als unverbesserlich gewalttätig erweist.

Veränderte Bewußtseinszustände bilden wesentliche Elemente bei der Heilung und Interpretation von Krankheiten und sind in den allgemeinen Glaubenssystemen zahlreicher Kulturen stets gegenwärtig.

4. Diskussion und Ausblick

Es wurden jetzt viele verschiedene Herangehensweisen an das schizophrene Phänomen dargelegt. In diesem letzten Kapitel soll eine mögliche Deutung und Integration aller dargestellten Ergebnisse versucht werden. Es handelt sich dabei nicht um eine schließend logische Operation, sondern um subjektive Erkenntnisse, die sich für den Autor, angesichts der bearbeiteten Literatur, einstellten. Während der Arbeit kam mir auch zu Bewußtsein, daß sich meine Einstellungen und Deutungen mehrfach während des Voranschreitens wandelten. Was jetzt hier wiedergegeben werden soll, ist die bisher integrativste Schlußfolgerung, der sicherlich weitere Entwicklung möglich ist.

Folgendes wurde bisher zu zeigen versucht:

Der Begriff der Schizophrenie ist sehr jung und über seine Grenzen herrscht bis heute Uneinigkeit. In den Zeiten vor der Etablierung der westlichen Psychiatrie finden wir keine Verhaltensbeschreibung, die unserem heutigen Konzept der Schizophrenie entspricht. Verrücktheit, Halluzinationen und Wahnzustände finden sich jedoch zu jeder Zeit.

Unsere heutige Kategorie in den Klassifikationssystemen entspricht immer noch weitgehend den ersten Definitionen, vor allem von Emil Kraepelin und Kurt Schneider. Seitdem wurde die Qualität der Schizophrenie als Krankheitsentität zwar oft in Frage gestellt, jedoch nie wirklich angetastet.

In der transkulturellen Forschung fallen die methodischen Schwierigkeiten bei der Durchführung aussagekräftiger Studien besonders auf. Dies widerspiegelt zum einen die Uneinigkeit der Forscher hinsichtlich den wesentlichen Begriffen wie Schizophrenie und Kultur und zum anderen die große Heterogenität dessen, was unter unserem schizophrenen Konzept beschrieben wird. Auch diese Probleme sprechen dafür, daß die Idee der Schizophrenie als Krankheitsentität unangemessen sein könnte.

Die Ergebnisse, insofern sie überhaupt deutbar sind, suggerieren, daß dem schizophrenen Phänomen ähnliche Erscheinungen in al-

len Kulturen der Welt vorkommen, wenn auch in verschiedenen Häufigkeiten und Gestalten. In traditionelleren Gesellschaften scheint das schizophrene Phänomen besser zu verlaufen und leichter auszuheilen als in westlichen Gesellschaften. Gründe dafür werden von vielen Autoren in soziokulturellen Faktoren gesehen.

Auch die IPSS läßt eine transkulturelle Gültigkeit des Konzepts "Schizophrenie" fragwürdig erscheinen. Die häufigsten Merkmale des schizophrenen Phänomens, wie sie in der IPSS gefunden wurden, sind mangelnde Krankheitseinsicht und Probleme in der Patient-Therapeut-Beziehung.

Beim Studium anthropologischer Beschreibungen indigener Glaubenssysteme, vor allem hinsichtlich der Krankheiten, können wir feststellen, daß auch dort Menschen auftauchen, die verrückt geworden sind. Derartige Verrücktheiten werden jedoch meist erst dann zum Problem, wenn der Betroffene gewalttätig wird. Ein schizophrenes Phänomen im Sinne einer abgegrenzten Krankheitsentität finden wir jedoch nicht, sondern eher Krankheiten und Erscheinungen mit verschwimmenden Grenzen.

Die Stammesgesellschaften verfügen über eine Vielzahl an Behandlungsmethoden und Heilern, bei denen zum einen psychotherapeutische und zum anderen magische Wirkmechanismen zur Anwendung kommen. Im magischen Teil der Behandlung dringt der Heiler in Bereiche vor, die auch vielen Schizophrenen nicht fremd sind. Die Patienten werden hinsichtlich ihres Wahns und ihrer Halluzinationen zumindest vom Heiler oder Schamanen ernst genommen. Phänomene wie Geister, Besessenheit, Gedankeneingebung, Töten durch Gedanken, Himmel und Unterwelt gehören jedoch auch zum Alltag vieler traditioneller Kulturen. Die indigenen Therapien werden als sehr effektiv beschrieben.

Die Initiationskrisen vieler Schamanen gleichen auffällig einem psychotischen Zusammenbruch. Sie heilen sich jedoch mit Hilfe anderer Schamanen und der Geister selbst und werden selber zum Schamanen.

Bei der Auslösung veränderter Bewußtseinszustände spielen exogene und endogene Neurotransmitter eine Rolle, die von soziokulturellen und konstitutionellen Faktoren in ihrer Wirkung beeinflusst

werden können. Dafür sprechen das Vorhandensein drogeninduzierten Psychosen, Vermutungen über kommunikative Strukturen innerhalb der Familie oder der allgemeinen sozialen Umgebung als Auslösefaktoren und Forschungen, die einen genetischen Anteil am Entstehen einer Schizophrenie nachweisen konnten.

Verrückt gewordenen Menschen finden sich in allen Zeitaltern und allen Kulturen. Halluzinationen und sogenannte Wahnvorstellungen, im Sinne von Geisterkontakt, genießen in den meisten Kulturen einen hohen Stellenwert. Nur in der westlichen Kultur existiert die Krankheitsentität "Schizophrenie", für die Halluzinationen und Wahnvorstellungen als wichtigste Symptome gelten. Gleichzeitig findet sich in der westlichen Kultur, außer der schizophrenen, keine gesellschaftlich akzeptierte Rolle, in der Erfahrungen mit Halluzinationen und Wahn gelebt werden können.

Schlußfolgerungen

Die westliche epidemiologische Forschung setzt als Begründung für ihre umfangreichen und kostspieligen Forschungsunterfangen die Hoffnung, durch Entdeckung der kausalen Ursachenzusammenhänge der Schizophrenie, diese Krankheit effektiv behandeln zu können. Aus der epidemiologischen Forschung sind bis heute jedoch kaum wirksame Behandlungsmethoden hervorgegangen. Die Therapiepraxis gleicht eher einem breiten Versuchsfeld für immer neue Theorien und Therapien. Wenn ein sehr wirksames Element seine Effektivität erweist, wie zum Beispiel die Familiennachbetreuung zur Rezidivprophylaxe, sehen wir dieses in noch größerem Umfang bei traditionelleren Gesellschaften längst verwirklicht. Wenn es also darum gehen soll den Betroffenen zu helfen und nicht darum, wieder unsere Kontrolle der Natur zu demonstrieren, indem wir sie unserer materiell-kausalen Perspektive unterordnen, halte ich es für ratsam neben unserer Forschung auch Ethnopsychologien zu beachten und Therapieverfahren auszuprobieren, die sich über Hunderte von Jahren bewährt haben.

Neben der ethnopsychologischen zeigt sich auch in der transkulturellen Forschung, daß die soziale Unterstützung bei Krankheiten eine große Rolle spielt. Die Patienten werden nicht aus dem

Blickfeld entfernt, sondern können ganz normal einer Arbeit nachgehen; die Hilfe der Familie ist notwendig, sie übernimmt beispielsweise die Pflegeaufgaben, solange der Patient im Therapiezentrum weilt. Einer der wichtigsten Faktoren zur Behandlung von Psychosen ist demnach die Integration in die für das Individuum bedeutsame soziale Umgebung. Dies erfordert jedoch, daß die Umgebung vom Verhalten des Patienten nicht überfordert ist. In traditionellen Gesellschaften funktioniert das oft, bis ein Mensch gewalttätig wird. Bei uns herrscht die Angst vor fremdem Verhalten vor. Es wird nicht versucht schizophrene Menschen zu verstehen, sondern nur sie wieder unauffällig zu machen. Die Krankenrolle ist dabei eine vielgeliebte Einrichtung, die uns davor schützt, Phänomene als wirklich anzuerkennen, die auch uns selbst verwirren könnten; der Schizophrene könnte unsere schöne kognitive Welt recht stark ins Wanken bringen, wenn wir ihn zu uns hereinließen. Wir konzipieren sein Erleben nicht als wirklich, sondern als krankhaftes Geschehen und halten es so von "uns Gesunden" fern.

Die Ursache der empfundenen Fremdheit schizophrener Menschen liegt m.E. in unserer Unkenntnis und Abwehr veränderten Bewußtseinszuständen gegenüber. Durch die Erfahrung derartiger Zustände relativieren sich die Realitäten. Die bei uns in allen Bereichen vorherrschende normale Alltagsrealität, in der rationales Denken möglich ist, welches als Maß aller Dinge gilt, wird durch Bewußtseinsveränderungen als nur ein Aspekt des Seins oder eine Interpretationsmöglichkeit der Welt wahrgenommen. Schizophrene Menschen erleben veränderte Bewußtseins-zustände, in denen ihnen andere Realitäten als die Alltagsrealität offenbar werden. Weder sie selbst noch ihre Umgebung haben jedoch Interpretationsmöglichkeiten für diese Erfahrungen zur Verfügung. Da keine adäquaten Erklärungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, bleibt der betroffene Mensch mit seiner Erfahrung allein und sieht sich zunehmend von seiner sozialen

Umgebung isoliert. Die zugeschriebene Krankenrolle, die als einzig mögliche Erklärung übrig bleibt, verstärkt diese Isolation und trägt weiter zur Abgrenzung der Erfahrungen unter verändertem

Bewußtsein von "normalem" Verhalten bei. Schizophrenes Erleben wird noch immer wie ein reduzierter Zustand behandelt, da die Alltagsrealität für den Betroffenen an Wert verliert. Die Möglichkeit der Bewußtseinserweiterung, in der sich die Alltagsrealität relativiert, also an Wert verliert, wird meist nicht in Betracht gezogen.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der einer Integration Schizophrener entgegensteht, besteht in der zunehmenden Vereinzelung der Menschen in der westlichen Welt (auch Individualisierung genannt). Es ist durchaus verständlich, daß eine Kleinfamilie mit drei, vier Personen, in der alle ihren eigenen Tätigkeiten nachgehen, nicht in der Lage ist, eine schizophrene Person zu tragen. Das ist schade.

Transpersonale Psychologie

In der transpersonalen Psychologie wird eine Integration aller Ethnopsychologien (auch der von unserem Kulturkreis hervorgebrachten) versucht und es ist dabei ein Modell des Bewußtseinsspektrums entstanden, mit dem sich das schizophrene Phänomen recht leicht erklären läßt.

Eine Grundannahme ist, daß sich das Bewußtsein im Laufe eines Lebens entwickeln kann und immer integrativere Ebenen erreichen kann, falls etwas für sein Wachstum unternommen wird. Eine Stufe in diesem Prozeß finden wir beim Kleinkind, das innerhalb des ersten Lebensjahres lernt, sich als unabhängig von der Umwelt zu betrachten und seinen Körper als Werkzeug zur räumlichen Positionierung einzusetzen. Ebenso kann der Erwachsene lernen, daß sein Ich oder Ego nur einen Teil seines Selbstes ausmacht und er sein Ich als Werkzeug innerhalb der sozialen Umwelt benutzen kann. Dies erreicht ein Mensch jedoch nur, wenn er in der Lage ist ichrelativierende Bewußtseinszustände einzunehmen. Einige Methoden diese Zustände zu erreichen wurden bereits vorgestellt.

In unserer Kultur sind jedoch nur wenige Bewußtseinszustände toleriert, wobei das rationale Wachbewußtsein (oder der "gesunde Menschenverstand") stets als Realitätsmaßstab herhalten muß, auch

wenn die Kognitive Psychologie längst dessen zahlreiche Wahrnehmungsverzerrungen und erfahrungsabhängigen Interpretationen identifiziert hat. Darüber hinaus finden wir bei uns nur unumgängliche Bewußtseinsveränderungen wie den Schlaf oder die Sexualität akzeptiert, wenn auch nicht ohne Schwierigkeiten. Nur die Drogen sind toleriert, die die Funktion des Einzelnen in der Arbeitsgesellschaft nicht einschränken, sonder häufig steigern, wie Kaffee, Tee oder Tabak. Weitere akzeptierte Drogen und Bewußtseinsveränderungen, schränken das Bewußtsein eher ein und lassen den Menschen in einen Dämmerzustand verfallen, der der Integration mehrerer Realtätsebenen nicht fähig ist. Dies betrifft hauptsächlich Stoffe wie Alkohol und Beruhigungsmittel, aber auch Süchte wie Arbeitssucht, Spielsucht, Fernsehsucht, Autofahrsucht oder Beziehungssucht. Wirkliche Bewußtseinserweiterungen sind in der Regel kriminalisiert: bei Drogen etwa Zauberpilze, LSD, Cannabis; andere Verfahren zur Bewußtseinserweiterung werden entweder als Esoterik diffamiert und nicht ernsthaft diskutiert oder zur Identifikation von Sekten benutzt, wie zum Beispiel bei der Transzendentalen Meditation.

Wenn man nun Menschen betrachtet, die spontan eine Bewußtseinsveränderung erleben, gibt es bei uns keine Möglichkeit, dies in die Gesellschaft zu integrieren. "Sehen Stammeskulturen, aber auch asiatische Hochkulturen die menschliche Bewußtseinsumwandlung als heilig und erstrebenswert an, so nimmt in unserer Kultur das innere Berufungs- und Wandlungserlebnis einen besonderen Verlauf, den einzigen, den eine aller urtümlichen Bindung und spirituellen Weltsicht enthobene Kultur bieten kann: den negativen Weg. ...

Die Verzerrung und Entstellung der transpersonalen Erfahrung im Rahmen unserer Alltagskultur zeigt sich auch in der Haltung des Mediums gegenüber ihrem eigenen Erleben: sie wehrt und sträubt sich gegen die Transformation, versucht sich in nichtssagenden Allerweltserklärungen, übernimmt gängige psychologische und psychiatrische Deutungsmuster und verschließt sich nach Möglichkeit jeglicher von der Norm abweichenden Bewußtseinsveränderung. Diese Abwehr trifft in allen Kulturen auf Angst, überwältigt und ver-

schlungen zu werden, steigert sich mittels der westlichen Krankheitslehre jedoch ins Gigantische. ... Die meisten Berichte spontaner geistiger Selbstverwirklichung enthüllen die Furcht verrückt zu werden, eine Vermutung, die durch die Außenwelt reichlich Nahrung erhält. Führen Eltern, Verwandte oder Ehepartner die Person zum Neurologen, ins EEG-Zimmer, zum Psychoanalytiker und wissen diese aus dem engmaschigen Raster der Konvention heraus keine angemessene Diagnose zu stellen, fällt der Mensch wieder auf sich selbst zurück. ... Der Einweihungsweg wird im Westen als degeneriert gebrandmarkt, der des Schamanen dagegen ist geduldet, ja erwünscht, findet Unterstützung von Seiten aller Stammesmitglieder, und der Lehrer hilft dem Schüler, seine Erfahrung mittels der kulturellen Symbole zu entschlüsseln. Die Symbole unserer Kultur für mentale Umwandlung dagegen sind negativ: Krankenhaus, Schizophrenie, Gehirnwellenuntersuchung, betäubende Psychodrogen, Ausschluß aus der Gesellschaft" (Kalweit, 1987).

Auch das schizophrene Phänomen muß nicht als Krankheit verstanden werden, schon wenn man berücksichtigt, daß sich fast alle derart Klassifizierten nicht krank fühlen, sondern kann auch als veränderter Bewußtseinszustand beschrieben werden. Schamanen und Psychotiker machen durchaus ähnliche Erfahrungen, "nur bezieht letzterer diese Erfahrungen auf die Ebene des Ego - tatsächlich kommen sie aber nur für höhere Bewußtseinszustände in Frage. Der Psychotiker verwechselt Selbst und Ich, Unbewußtes und Überbewußtes und bildet zudem, was die erste Übung des Schamanen wäre, kein starkes Ich aus. Deshalb erfährt er Icherfahrungen als schamanische Erfahrungen und zieht transpersonale Erlebnisse auf die Ebene des Personalen hinunter, was sich dann auf der Ich-Ebene als religiöser Wahn darstellt. Normale Ichgefühle deutet er als transpersonale Offenbarung und wird so zum 'nachäffenden Mystiker" (Kaiweit, 1987), wie Eliade (1997) den schizophrene Menschen bezeichnete.

Der schizophrene Mensch macht Erfahrungen auf einer anderen Ebene des Selbstes, die über das Ich hinausgeht, es aber vollkommen integriert. Auf dieser Erfahrungsebene erfährt das Ich also eine Relativierung, die seinen Wert hinsichtlich universaler Erkenntnis

erheblich reduziert. Die schizophrene Erfahrung ähnelt damit anderen Erfahrungen aus veränderten Bewußtseinszuständen, etwa bei der buddhistischen Erleuchtung (sartori). Der schizophrene Mensch besitzt und bekommt jedoch meist kein Wissen über diese verschiedenen Ebenen der Erfahrung und bezieht all seine Erkenntnisse auf die Ich-Ebene. Dort ist eine Integration jedoch nicht möglich, da die Grenzen des rationalen Wachbewußtseins überschritten werden. Wenn der Betroffene zudem kein starkes Ich ausgebildet hat, zu dem er im Normalzustand zurückkehren kann, ist eine chronische Entwicklung vorgezeichnet, besonders wenn er weiteren spontanen Bewußtseinsveränderungen ausgeliefert ist. All sein Wissen auf der Ich-Ebene wird durch schizophrene Erfahrungen in höchste Unordnung gebracht und verliert für ihn an Bedeutung, obwohl es auf dieser Ebene durchaus Berechtigung haben mag, jedoch nicht für andere Ebenen.

Diese Perspektive lehnt den Versuch einer repressiven Beseitigung der schizophrenen Symptomatik ab und verlangt eine unterstützende Beziehung zum Betroffenen, die ihm hilft ein starkes Ich auszubilden und seine Erfahrungen in sein Selbst zu integrieren, anstatt sie als krankhaft abzuweisen. Solange wir jedoch keine Erfahrungen mit erweiterten Bewußtseinszuständen machen können oder wollen und es uns nicht gelingt, das Ich als nur einen Teil unseres Selbstes zu erkennen, wird uns der Zugang zu einer verstehenden Beziehung mit dem schizophrenen Phänomen versperrt bleiben.

Die Grundlagen der transpersonalen Psychologie finden sich z.B. in folgenden Veröffentlichungen: Walsh & Vaughan, 1985, Dittrich, Hofmann & Leuner, 1993, Dittrich & Scharfetter, 1987, Grof, 1987, Tart, 1978.

Es ist letztlich denkbar, daß die Entstehung der Krankheitsentität "Schizophrenie" mit der Abkehr von religiösen Erfahrungen in erweiterten Bewußtseinszuständen einher ging. Halluzinationen und Wahnzustände passten nicht mehr in ein rationales, "aufklärerisches" und die "Natur unterwerfendes" materielles Weltbild. Die Stimmen der Götter und unserer Geister wurden nicht länger als real anerkannt.

5. Literatur

- Al-Issa, I. (1969). Problems in the cross-cultural study of schizophrenia. Journal of Psychology, 71, 143-151.
- Altschule, M.D. (1967). Whichophrenia, or the confused past, ambiguous present, and dubious future of the schizophrenia concept. Journal of Schizophrenia, 1, 8-17.
- American Psychiatric Association (APA) (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual PsIshischer Störungen: DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Andreasen, N.C. & Carpenter, W.T, (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 199-214.
- Andreasen, N.C. & Olsen, S. (1982). Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. Archives of General Psychiatry, 39, 70-88.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J.H. (1956). Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264.
- Birley, J.L. & Brown G.W. (1970). Crises and life changes preceding the onset or relapse of schizophrenia: Clinical aspects. British Journal of Psychiatry, 116, 327-333.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In G. Aschaffenburg (Hrsg.), Handbuch der Psychiatrie,. Leipzig: Deuticke.
- Bleuler, M. (1972). Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme.
- Boroffka, A. (1981). Concepts of Schizophrenia - the African point of view. Vortrag gehalten beim Kongreß der World Psychiatric Association in Köln, Oktober, 1981.

- Boroffka, A. (1993). Transkulturelle Psychiatrie - Überblick and Probleme. Curare, 16, 47-63,
- Brislin, R.W. (1976). Comparative research methodology: Cross-cultural studies. International journal of Psychology, 11, 215-229.
- Brislin, R.W., Lonner, W.J. & Thorndike, R.M. (1973). Cross-cultural research methods. New York: Wiley,
- Cabot, M.R. (1990). The incidence and prevalence in the Republic of Ireland. Social Psychiatry and Epidemiology, 25, 210-215.
- Carothers, J.C. (1953). The African mind in health and disease. Genf: WHO.
- Carpenter, W.T. & Strauss, J.S. (1974). Cross-cultural evaluation of Schneider's First-Rank Symptoms of Schizophrenia: A report from the IPSS. American Journal of Psychiatry, 131, 682-687.
- Cawte, J. (1974). Medicine is the law. Studies in Psychiatric Anthropology of Australian Tribal Societies. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Comer, R.J. (1995). Klinische Psychologie. Heidelberg: Spektrum.
- Crow, T.J. (1980). The molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? British Medical Journal, 280, 66-68.
- Dass, R. (1985). Relative Wirklichkeiten. In R.N. Walsh &
- F. Vaughn (Hg.). Psychologie in der Wende (S. 156 - 159). Bern: Scherz Verlag.
- Denko, J.D. (1966). How preliterate peoples explain disturbed behavior. Archives of General Psychiatry, 15, 398-409.

- Detlefs, G. (1993). Wilhelm Griesingers Ansätze zur Psychiatriereform. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Devereux, G. (1939). A sociological theory of schizophrenia. Psycho-analytic Review, 26, 315-342.
- Devereux, G. (1961). Mohave Ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an Indian tribe. Washington: Government Printing Office.
- Dittrich, A., Hofmann, A. & Leuner, H. (Hg.) (1993). Welten des Bewusstseins, Band 1-4, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Dittrich, A. & Scharfetter, C. (Hg.)(1987). Ethnopsychotherapie. Stuttgart: Enke.
- Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S. (1976). Sex differences and psychiatric disorder. American Journal of Sociology, 81, 1447-1454.
- Draguns, J.G. (1980). Psychological disorders of clinical severity. In H.C. Triandis & J.G. Draguns, Handbook of Cross-Cultural Psychology, Vol.6 (S. 99 - 174). Boston: Allyn & Bacon.
- Eliade, M. (1997). Schamanismus und archaische Ekstasetechnik (9. Aufl.). Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Fabrega, H. (1989). On the significance of an anthropological approach to schizophrenia. Psychiatry, 52, 45-65.
- Fabrega, H. (1993). A cultural analysis of Human Behavioral Break-downs: An approach to the ontology and epistemology of psychiatric phenomena. Culture Medicine and Psychiatry, 17, 99-132.
- Field, M.J. (1960). Search for Security. An ethno-psychiatric study

of rural Ghana. Evanston, Ill., Northwestern University Press.

Forster, E.F.B. (1957). Schizophrenia as seen in Ghana. 2. International Congress of Psychiatry, Vol.1, Zürich: Orell Füssli.

Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. Psychiatry, 11, 263-273.

Gottesman, I.I. & Shields, J. (1972). Schizophrenia and genetics. New York: Academic Press.

Griesinger, W. (1871). Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten (3. Auflage). Stuttgart: Krabbe.

Grof, S. (1987). Das Abenteuer der Selbstentdeckung: Heilung durch veränderte Bewußtseinszustände. München: Kösel.

Häfner, H. (1987). Epidemiology of schizophrenia. In H. Häfner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Hrsg.), Search for the causes of schizophrenia (S. 47-74). Berlin: Springer.

Hahlweg, K., Dose, M., Feinstein, E. & Mueller, U. (1989). Familienbetreuung schizophrener Patienten: Rückfallprophylaxe und Änderung der familiären Kommunikationsmuster. In W. Böker, H.D. Brenner & D.M. Waldvogel (Hrsg.), Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie. (S. 243-255) Bern: Huber.

Hammond, K.W., Kauders, F.R, & MacMurray, J.P. (1983). Schizophrenia in Palau: A descriptive study. International Journal of Social Psychiatry, 29, 161-170.

Haslam, J. (1809). Observation on Madness and Melancholy. London: J. Callon.

Heinroth, I.C.A. (1818). Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens

oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Anhang: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken. Leipzig: Vogel.

Hell, D. (1995). 100 Jahre Ringen um die Schizophrenien. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 146, 189-194.

Heston, L.L. (1966). Psychiatric disorders of foster home reared children of schizophrenic mothers, British journal of psychiatry, 112, 819-825.

Hinterhuber, H., Madlung-Kratzer, E. & Waibl, E. (1994). Menschen, Mächte und Maschinen: Die Pathoplastik schizophrener Psychosen im Licht der soziokulturellen Entwicklung der letzten 100 Jahre. In H.G. Zapotoczky, H. Hinterhuber, M. Heuser & W. Poeldinger (Hg.). Mensch - Macht - Maschine (S. 89-100). Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie.

Hopper, K. (1992). Cervantes' Puzzle - A commentary on Alex Cohen's "Prognosis for schizophrenia in the Third World: A reevaluation of cross-cultural research". Culture, Medicine and Psychiatry, 16, 89-100.

Ideler, K.W. (1835). Grundriß der Seelenheilkunde (Teil 1). Berlin: Enslin.

Kalweit, H. (1987). Urheiler, Medizinleute und Schamanen. Die Wiederkehr archaischer Lebenstherapie. München: Kösel.

Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. Archives of General Psychiatry, 12, 529-538.

Kiev, A. (1972). Transcultural Psychiatry. New York: Free Press.

Kraepelin, E. (1883). Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (1. bis 8. Aufl. 1913). Leipzig: Barth.

- Kraepelin, E. (1904a). Vergleichende Psychiatrie. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 27, 433-437.
- Kraepelin, E. (1904b). Psychiatrisches aus Java. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 27, 468-469.
- Kraepelin, E. (1919). Dementia Praecox and Paranehrenia. Edinburgh: Livingstone.
- Kringlen, E. (1987). Contributions of genetic studies on schizophrenia. In H. Häfner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Hrsg.). Search for the causes of schizothrenia. Berlin: Springer.
- Kroeber, A.L. (1940). Psychosis or Social Sanction, Character and Personality, 8, 204-215.
- Laing, R.D. (1972). Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Leff, J., Sartorius, N., Jableusky, A., Anker, M., Korten, A., Gulbinat, W. & Ernberg, G. (1990). The international Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings. In H. Häfner & W.F. Gattaz (Hg.), Search for the Causes of Schizophrenia (Vol. II) (S. 57-66), Berlin: Springer.
- Lehmann, H.E. (1984). Schizophrenie: Geschichte. In A.M. Freedmann (Hrsg.), Psychiatrie in Praxis und Klinik (S. 20-32). Stuttgart: Thieme.
- Leighton, A.H., Lambo, T.A., Hughes, C.C., Leighton, D.C., Murphy, J.M. & Macklin, D.B. (1963). Psychiatric disorder among the Yoruba. New York: Cornell University Press.
- Lin, K.M. & Kleinman, A.M. (1988), Psychopathology and Clinical Course of Schizophrenia: A cross-cultural perspective. Schizophrenia Bulletin, 14, 555-567.

- Lorr, M. & Klett, C.J. (1968). Major psychotic disorders. Archives of General Psychiatry, 19, 652-658,
- Lorr, M. & Klett, C.J. (1969a). Cross-cultural comparisons of psychotic syndromes. Journal of Abnormal Psychology, 74, 531-543.
- Lorr, M. & Klett, C.J. (1969b). Psychotic behavioral types. Archives of General Psychiatry, 20, 592-597.
- Lyngé, I. & Jacobson, J. (1995). Schizophrenia in Greenland: a follow-up study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, 414-422.
- Marsella, A.J. (1979). Cross-cultural studies of mental disorders. In A.J. Marsella, J.S. Thayer & T. Caborowski (Hg.), Perspectives on Cross-cultural Psychology (S. 233-262). New York: Academic Press.
- Mellor, C.S. (1970). First-rank symptoms of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 117, 15-23.
- Menninger, K.A. (1963). The Vital Balance: The Life Process in Health and Mental Illness. New York: Viking Press.
- Murphy, H.B.M. (1982). Culture and Schizophrenia. In I. Al-Issa (Hg.), Culture and Psychopathology (S. 221-249). Baltimore: University Park Press.
- Murphy, H.B.M. & Raman, A.C. (1971). The Chronicity of Schizophrenia in Indigenous Tropical Peoples. British journal of Psychiatry, 118, 489-497.
- Murphy, H.B.M., Wittkower, E.D., Fried, J. & Ellenberger, H. (1963). A cross-cultural survey of schizophrenic symptomatology. International Journal of Social Psychiatry, 9, 237-249.
- Naka, S. (1985). Schizophrenics are curable! There are no schizophrenics in these age. International Journal of Social

Psychiatry, 31, 85-91.

Ndetei, D.M. & Vadher, A. (1984). A cross-cultural study of the frequencies of Schneider's first rank symptoms of schizophrenia. Acta Psvchiatrica Scandinavica, 70, 540-544.

Ødegård, Ø. (1953). Marriage and mental health. Acta Psychiatrica Scandinavica, 80, 153-161.

Ødegård, Ø. (1952). The incidence of mental disease as measured by census investigations versus admission statistics. Psychiatric Quarterly, 26, 212-218.

Orley, J.H. (1970). Culture and mental illness. A study from Uganda. Nairobi, Kenya: East African Publishing House.

Pauleikhoff, B. (1983). Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie (Bände 1 & 2). Hürtgenwald: Guido Pressler.

Pela, Ø.A. (1982). Cultural relativity of first rank symptoms in schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry, 28, 91-95.

Pfeiffer, W.M. (1994). Transkulturelle Psychiatrie (2.Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Pike, K. (1954). Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. The Hague: Mouton.

Prince, R. (1964). Indigenous Yoruba Psychiatry. In A. Kiev (Hg.). Maic, Faith, and Healing (S. 84-120). New York: Free Press.

Propping, P. (1989). Psychiatrische Genetik. Berlin: Springer.

Quekelberghe, R. van (1991). Klinische Ethnopsychologie: Eine Einführung in die transkulturelle Psychologie, Psychopathologie

und Psychotherapie. Heidelberg: Asanger.

Rätsch, C. (1993). Zur Ethnologie veränderter Bewußtseinszustände. In A. Dittrich, A. Hofmann & H. Leuner (Hg.). Welten des Bewußtseins (Bd. 1) (S. 21-45). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Reinecker, H. (Hrsg.) (1998). Lehrbuch der Klinischen Psychologie, 3. Auflage. Gottingen: Hogrefe.

Rey, E.R, & Thurm, I. (1998). Schizophrenien. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie (S. 503-526). Gottingen: Hogrefe.

Rosenthal, D. & Kety, S.S. (1968). The transmission of schizophrenia. London: Pergamon Press.

Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, C. Naker, M., Cooper, J.E. & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: a preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders. Psychological Medicine, 16, 909-928.

Savage, C., Leighton, A.H. & Leighton, D.C. (1965). The problem of cross-cultural identification of psychiatric disorders, In J.M. Murphy & A.H. Leighton (Hg.), Approaches to Cross-cultural Psychiatry. New York: Cornell University Press.

Schenk, A. (1997). Was ist Schamanentum? Löhrbach: Pieper.

Srole, L., Langner, R.S., Michael, S.T., Opler, M.K. & Rennie, T.A.C. (1962). Mental health in the metropolis. New York: McGraw-Hill.

Scharfetter, C. (1990). Schizophrene Menschen (3. Aufl.), München: Urban & Schwarzenberg.

- Sherrington, R., Brynjolfsson, J. & Peturson, H. (1988). Localisation of susceptibility locus for schizophrenia on chromosome 5. Nature, 336, 164-167.
- Slater, E. & Cowie, V. (1971). The genetics of mental disorders. London: Oxford University Press.
- Szasz, T.S, (1974). Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten: Walter.
- Takahashi, S. (1994). Diagnostic classification of psychotic disorders in Japan. In J.E. Mezzich, Y. Honda & M.C. Kastrup (Hg.), Psychiatric Diagnosis: A World Perspective (S. 87-93). New York: Springer.
- Tart, C. (1978). Transpersonale Psychologie. Olten: Walter.
- Torrey, E.F. (1980). Schizophrenia and civilisation. New York: Jason Aronson.
- Walsh, R.N. (1992). Der Geist des Schamanismus. Olten: Walter.
- Walsh, R.N. & Vaughan, F. (1985). Psychologie in der Wende. Bern: Scherz.
- Waxier, N.E. (1979). Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka. Journal of Nervous and Mental Diseases, 167, 144-158.
- Weingarten, M.A. & Orron, D.E. (1983). Schizophrenia in a Yemenite Immigrant Town in Israel. International Journal of Social Psychiatry, 29, 249-254.
- Westermeyer, J. (1989). Psychiatric epidemiology across cultures: Current issues and trends. Transcultural Psychiatric Research Review, 26, 5-25.
- Whitewell, J.R. (1936). Historical Notes on Psychiatry. London: Le-

wis.

- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. American Journal of Psychiatry, 150, 399-410.
- Wing, J.K., Cooper, J.E. & Sartorius, N. (1974). Measurement and classification of psychiatric symptoms; an instruction manual for the PSE and catego program. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organisation (WHO) (1975). Schizophrenia: A multinational study. Genf: WHO.
- World Health Organisation (WHO) (1979). Schizophrenia: An international follow-up study. New York: Wiley.
- World Health Organisation (WHO) (1990). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F). Bern: Huber.
- Zilboorg, G. & Henry, G.W. (1941). A History of Medical Psychology. New York: Norton.
- Zubin, J.A. (1966). A cross-cultural approach to psychopathology and its implications for diagnostic classification, In L.D. Eron (Hg.), The classification of behavior disorders. Chicago: Aldine.
- Zubin, J.A. (1988). Chronicity versus vulnerability. In H.A. Nasrallah (Hg.), Handbook of schizophrenia, Vol.3. Amsterdam: Elsevier.