

Krankheitskonzepte und Gesundheitsvorstellungen als Mittler zwischen Kultur, Psyche und Gesundheit

Olaf Morgenroth

Zusammenfassung

Wissenschaftliche Krankheitskonzepte und Gesundheitsvorstellungen bilden für die Akteure in der gesundheitlichen Versorgung die Grundlage ihres professionellen Handelns. Sie sind jedoch auch von Bedeutung für Patienten und Angehörige, denn die Art der Grenzziehung zwischen Krankheit und Gesundheit spiegelt den Wertehorizont einer Gesellschaft wider und bestimmt die soziale Praxis. Empirische Studien und historische Analysen zeigen, dass Krankheitskonzepte einen Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung und das Verhalten gegenüber Kranken haben. Am Beispiel psychischer Gesundheit und Krankheit untersucht der Beitrag die vermittelnde Funktion dieser Konzepte zwischen Kultur einerseits und menschlichem Erleben und Verhalten im Kontext von Krankheit bzw. Gesundheit andererseits. Im Anschluss werden Konsequenzen für eine kultursensible Psychotherapie aufgezeigt und Konzepte vorgestellt, welche nützlich sein können, um die interkulturelle Kompetenz von Therapeuten zu fördern.

Schlüsselbegriffe: Krankheitskonzept, psychische Gesundheit, Looping-Effekt, ökologische Nische, interkulturelle Kompetenz, symbolisches Heilen

1 Einleitung

Seit dem neunzehnten Jahrhundert gelang es mittels der modernen Medizin überaus erfolgreich, Krankheiten zu bekämpfen und damit einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Lebensqualität zu leisten. Grundlage medizinischen Handelns ist bis heute vielfach das biomedizinische Krankheitsmodell. Das Modell postuliert, dass Krankheiten (*diseases*) universelle

Entitäten sind, die auf spezifischen organischen Ursachen beruhen und mit einem klar definierten klinischen Symptombild einhergehen. Auf dieser Basis können diagnostisch relevante Parameter festgelegt, Prognosen hinsichtlich des Verlaufes erstellt, Erfolgswahrscheinlichkeiten verschiedener Behandlungen abgewogen und medizinische Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden. Helman (2007, p. 121 ff.) nennt einige weitere Aspekte der biomedizinischen Perspektive: naturwissenschaftliche Rationalität, die Bevorzugung objektiver quantifizierender Messungen, ein ausgeprägter Leib-Seele-Dualismus sowie die Konzentration auf den Patienten als passiven Träger der Krankheit und Objekt medizinischer Behandlung. Psychologische, soziale und kulturelle Faktoren, die zu Krankheit und Gesundheit in Beziehung stehen, bleiben hingegen außen vor. Das biomedizinische Modell ist nicht das einzige wissenschaftliche Krankheitskonzept und jenseits wissenschaftlicher Konzepte verfügt jeder Mensch über subjektive Vorstellungen davon, was es bedeutet, krank bzw. gesund zu sein. Im Unterschied zum biomedizinischen Konzept von Krankheit repräsentiert *illness* das subjektive Krankheitserleben von Patienten und *sickness* die sozialen Folgen von Krankheit (Berry, Poortinga, Breugelmans, Chasiotis & Sam, 2011, p. 407 ff.). Dass das subjektive Krankheitserleben zum Teil erheblich von dem medizinisch feststellbaren Gesundheitsstatus abweichen kann, ist eine bekannte klinische Erfahrung und zeigt sich auch in empirischen Studien (Myrtek, 1998).

Konzepte von Krankheit und Gesundheit dienen dazu, zu erklären, was vor sich geht, sie triggern emotionale Reaktionen und sie sind handlungswirksam, kurz: Sie beeinflussen das Erleben und Verhalten aller Beteiligten. Daher ist damit zu rechnen, dass sie den Verlauf und die Ergebnisse von Krankheitsgeschehen, ebenso wie die Ausschöpfung von Gesundheitspotentialen beeinflussen.

Ziel dieses Beitrages ist es, für den Bereich der mentalen Gesundheit einige Aspekte der komplexen Wechselbeziehungen zwischen Krankheitskonzepten, Kultur und Gesundheit aufzuzeigen und beispielhaft zu erörtern, welche Konsequenzen sich daraus für die psychotherapeutische Behandlung ergeben. Dabei wird die Hypothese vertreten, dass Krankheitskonzepte sowohl von der jeweiligen Kultur beeinflusst werden, umgekehrt aber auch kulturelle und medizinische Vorstellungen und Praktiken beeinflussen und damit letztlich auch ihren Gegenstand, psychisches Erleben und Verhalten im Kontext von Krankheit verändern. Diese Hypothese grenzt sich gegenüber einem szientistischen Ethnozentrismus ab, welcher Wissenschaft als universell gültiges, rein rationales und wertfreies System der Weltbetrachtung versteht, während Kultur in Abgrenzung dazu als subjektive, wertgeladene, manchmal exotisch anmutende Gegenwelt zur Wissenschaft konstruiert wird. Vielmehr ist festzustellen, dass Wissenschaft selbst ein Teil von Kultur ist bzw. in kulturelle Kontexte eingebettet ist. Nur so kann ein notwendiges Verständnis der komplexen Wechselbeziehungen zwischen Kultur, mentaler Gesundheit und den

wissenschaftlichen Konzepten gewonnen werden und kulturelle Kompetenz gefördert werden, um eine erfolgreiche Behandlung psychischer Krankheiten in Settings, in denen Patient und Behandler über unterschiedliche kulturelle Hintergründe verfügen, zu gewährleisten.

Die Lancet Commission *Culture and Health* (Napier, Ancarno, Butler, Calabrese, Charter, Chatterjee et al., 2014) betont in ihrem Bericht, dass das Verhältnis zwischen Medizin und Kultur grundsätzlich überarbeitet werden sollte, um die aktuellen globalen gesundheitspolitischen Herausforderungen meistern zu können. Die Vernachlässigung von Kultur heben sie als die, einzeln betrachtet, wichtigste Barriere für die Verbesserung der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung hervor.

2 Konzepte psychischer Krankheit und Gesundheit

Allgemein lässt sich zunächst feststellen, dass Kultur Grenzziehungen festlegt zwischen normalem und abnormalem sozialen Verhalten, sowie zwischen psychischer Krankheit gegenüber anderen Formen abweichenden Verhaltens, z. B. kriminellen Verhaltens, aber auch positiv sanktionierter Formen abweichenden Verhaltens, z. B. im Rahmen religiöser Riten. Dabei handelt es sich nicht um starre Grenzen, sondern eher fließende Übergänge, die situativ, d. h. kontextabhängig wirksam werden. So kann dasselbe Verhalten, je nach Kontext als Werk Gottes bzw. des Teufels erscheinen, Naturoffenbarung sein oder als Krankheit interpretiert werden. Der soziokulturelle Wandel der Grenzziehungen zwischen Normalität und psychischer Krankheit ist von Michel Foucault 1961 in seiner Arbeit „*Wahnsinn und Gesellschaft*“ thematisiert worden. Foucault versuchte zu zeigen, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen beginnend mit dem Ende des Mittelalters nach und nach das Schicksal der Leprakranken als sozial Ausgegrenzte erbten. Für Foucault stehen Vernunft und Wahnsinn in einem dialektischen Verhältnis zueinander, bedingen sich also gegenseitig. Im Zuge der Aufklärung im 17. Jahrhundert wurde jedoch die Vernunft als grundlegender, weil natürlicher Zustand des menschlichen Bewusstseins definiert und damit vom Wahnsinn abgetrennt. Zwischen beiden fehlte fortan eine gemeinsame Sprache, d. h. Wahnsinn konnte nicht länger als eine alternative Form von Erfahrung, als Schattenseite der Vernunft verstanden werden. Die sich entwickelnde Psychiatrie stellt für Foucault einen Monolog der Vernunft über die Unvernunft dar. In der Konsequenz wurden psychisch Kranke neuen Formen disziplinierender Behandlung unterworfen, wie dem *moral treatment* von Samuel Turke oder dem *régime moral* von Phillippe Pinel. Das therapeutische Ziel bestand darin, den Kranken wieder zu Vernunft zu bringen. Foucaults Analyse hat durchaus Widerspruch gefunden. So betonen Schott und Tölle (2006), dass die historische Entwicklung der Psychiatrie während der Aufklärung sehr viel heterogener verlief als

von Foucault dargestellt. Dennoch verdeutlicht seine Arbeit, dass Grenzziehungen zwischen Normalität und abweichendem Verhalten weder objektiv gegeben noch statisch, d. h. ahistorisch sind, sondern immer an die kulturelle Dynamik einer Gesellschaft gebunden bleiben (Goddemeier, 2011).

Jenseits der fundamentalen Bedeutung von Kultur für die Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit hebt Helman (2007, p. 245) den Einfluss kultureller Faktoren auf die Ätiologie psychischer Krankheiten, auf das klinische Symptombild sowie die Häufigkeit von Diagnosen hervor. Schließlich hat Kultur einen Einfluss darauf, wie mittels Vorstellungen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit psychisches Leiden wahrgenommen, begrifflich gefasst, erklärt und behandelt wird. Solche Krankheitskonzepte bzw. Gesundheitsvorstellungen sind daher von besonderem Interesse, weil sie eine Schnittstelle darstellen zwischen Gesellschaft, individueller Lebenswelt und Gesundheit.

Kleinman (1980) hat das Konzept der *Exploratory Models* (EMs) vorgeschlagen, um zu systematisieren, wie Patienten, Angehörige und professionelle Behandler auf eine Krankheit reagieren. EMs liefern Antworten auf Fragen wie: Was ist passiert? Warum ist es (mir) passiert? Was geschieht, wenn ich nichts unternehme? oder Was sollte man tun? Ein verwandter Ansatz ist das *Common-Sense Model* (CSM) von Leventhal und Mitarbeitern (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, Bodnar-Deren, Breland, Hash-Converse, Phillips, Leventhal & Cameron, 2012). Es beinhaltet die Identität, d. h. die Gruppierung und Bewertung bestimmter Merkmale und Beschwerden als Symptome einer Krankheit, die Ursache(n), die Prognose zum Krankheitsverlauf und die wahrscheinlichen Konsequenzen sowie mögliche Behandlungsmethoden. Solche kognitiven Modelle sind nicht statisch, sondern ändern sich in Abhängigkeit vom sozialen oder wissenschaftlichen Kontext. Sie sind mehr als nur Post-hoc-Erklärungen für das subjektive Krankheitserleben. Empirische Studien haben gezeigt, dass die Faktoren des CSM zu relevanten Größen wie Krankheitszustand, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Art des Copings in Beziehung stehen (Hagger & Orbell, 2003). Indem Krankheitskonzepte die Kognitionen, Emotionen und das Verhalten von Patienten und deren sozialer Umwelt beeinflussen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Rückwirkung auf das Krankheitsgeschehen kommt. Auf derartige Looping-Effekte (Hacking, 1999) wird weiter unten eingegangen.

Trotz der Entwicklung und Ausdifferenzierung medizinischen Wissens sind die EMs professioneller Behandler und ihrer Patienten keineswegs unabhängig voneinander. In einer Studie von Leeman, Fischler und Rozin (2011) wurde untersucht, wie Ärzte und medizinische Laien über die Beziehung zwischen Ernährungsweise und Gesundheit denken. Dazu wurde verglichen, wie Angehörige beider Gruppen aus verschiedenen Kulturen 25 vorgegebene Aussagen bewerten. Bei 22 Items konnten interkulturelle Unterschiede bei den Befragten festgestellt werden, aber nur bei

drei Items existierten bedeutsame Unterschiede zwischen Medizinerinnen und Laien. Ferner stellte sich heraus, dass Ärzte stärker mit Laien übereinstimmten, mit denen sie einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund teilten, als mit Ärzten aus anderen Ländern. Die kulturelle Zugehörigkeit der befragten Laien und Mediziner war also für die Ähnlichkeit der EMs bedeutsamer als die medizinische Ausbildung.

Ähnlich wie in anderen Bereichen menschlichen Erlebens und Verhaltens lassen sich in Bezug auf psychische Erkrankungen und mentale Gesundheit bei interkulturellen Vergleichen zwei grundlegende Positionen einnehmen, die wiederum mit unterschiedlichen Konsequenzen verbunden sind. Nach dem universalistischen Ansatz (Berry et al., 2011) werden psychische Krankheiten als transkulturelle Entitäten definiert, die in jeder Kultur im Kern dieselben sind, auch wenn kulturelle Faktoren lokal das klinische Symptombild beeinflussen können. Dieser Universalismus basiert auf der Annahme der Dominanz biologischer Faktoren bei der Pathogenese und erlebt seit einiger Zeit eine Renaissance in Gestalt der modernen Neurowissenschaften. Der universalistische Ansatz stützt sich zudem auf die beiden Klassifikationssysteme, die *International Classification of Diseases* (ICD) der World Health Organization sowie das *Diagnostic and Statistic Manual* (DSM) der American Psychiatric Association. Nach dem DSM IV handelt es sich bei psychischen Krankheiten um Cluster psychischer Merkmale oder Verhaltensweisen, die Beschwerden hervorrufen und mit Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in einem oder mehreren Bereichen einhergehen. Ferner soll einschränkend berücksichtigt werden, dass die Krankheit nicht ausschließlich eine verständliche Reaktion auf ein Ereignis sein darf. Abgesehen davon, dass der Begriff der „Verständlichkeit“ sehr unscharf ist, verweist er implizit auf soziale Normen über die Angemessenheit von Reaktionen in konkreten Situationen. Dieser Aspekt wurde schon früh in soziogenetischen Ansätzen psychischer Krankheiten herausgearbeitet (Goffman, 1972; Keupp, 1972; Szasz, 1960). Die Klassifikation eines psychischen Zustandes oder Verhaltens als gesund oder krank ist demnach nicht allein aus dessen Merkmalen ableitbar, sondern steht zugleich immer in Relation zum Bezugssystem dessen, der die Klassifikation vornimmt (Keupp, 1972, S. 80). Ein methodologisches Problem der Anwendung dieser Klassifikationssysteme im Rahmen kulturvergleichender Studien zu psychischen Krankheiten ist deren ungeprüfte Validität in nichtwestlichen Kulturen, deren Fehlen u. a. zu Verzerrungen bei der Stichprobenziehung führen kann, was wiederum falsche Ergebnisse zur Folge hätte. In diesem Sinn kritisierte Kleinman (1988) das Vorgehen bei der WHO-Schizophreniestudie, in welcher Personen, deren Symptombild vom westlich geprägten Klassifikationssystem abwich, von der Studie von vornherein ausgeschlossen wurden.

Die Gegenposition zum universalistischen Ansatz ist der kulturellrelativistische Ansatz.¹ Psychische Krankheiten sind gemäß dieser Position sozial konstruiert. Daher lassen sich verschiedene Varianten dieser Position auch zusammenfassend als sozialgenetisch bezeichnen. So sprach Thomas S. Szasz (1960) von einem Mythos bezüglich der Vorstellung, dass es sich bei psychischen Störungen um Krankheiten vergleichbar anderen organischen Erkrankungen handele. Die scheinbar objektive Kennzeichnung eines Merkmals menschlichen Erlebens oder Verhaltens als Symptom einer Krankheit sei unmöglich ohne Bezug auf den sozialen Kontext. Von besonderer Bedeutung für die kulturellrelativistische Sichtweise von Krankheitskonzepten ist der Labeling-Ansatz, wie er u. a. von Erving Goffman (1972) entwickelt wurde. Demnach entsteht abweichendes Verhalten erst durch die Anwendung eines Labels in Form einer Diagnose. Die Zuschreibung einer Diagnose zieht bestimmte Interpretationen des abweichenden Verhaltens nach sich und legitimiert Maßnahmen sozialer Kontrolle und Ausgrenzung. Bekannt geworden ist in diesem Zusammenhang das Experiment von Rosenhan (1973) zum Nachweis von Labeling-Prozessen bei Schizophrenie. Gesunde Versuchspersonen, die trainiert wurden, sich so zu verhalten, wie das Krankheitskonzept der Schizophrenie es erwarten lässt, wurden auf diese Weise in psychiatrische Einrichtungen eingeschleust. Nach ihrer Aufnahme veränderten sie ihr Verhalten. Sie verhielten sich nun völlig unauffällig im Sinn der diagnostischen Kriterien. Trotzdem wurden sie weiterhin als schizophren diagnostiziert und entsprechend therapeutisch behandelt. Zweifel an der Diagnose wurden nur von Mitpatienten geäußert, nicht aber von den Behandlern oder dem Pflegepersonal. Krankheitskonzepte sind nach dem soziogenetischen Ansatz sozial konstruiert und daher nicht ohne weiteres auf andere Kulturen übertragbar. Biologische Aspekte psychischer Krankheiten sind in diesem Ansatz von untergeordneter Bedeutung. Der sozialgenetischen Perspektive ist vor allem Beliebigkeit vorgehalten worden. Dabei geht es diesen Ansätzen jedoch primär um die Anerkennung der Perspektivität jeder Form von Konzept psychischer Krankheit bzw. Gesundheit. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Vernachlässigung biologischer Faktoren psychischer Krankheiten auch dort, wo diese nachgewiesenermaßen eine zentrale Rolle spielen. Dem soziogenetischen Ansatz kommt aktuell in der Psychiatrie keine große Bedeutung zu. Allerdings hat er im Kontext der Globalisierung jüngst neue Aufmerksamkeit durch die Berichte von Ethan Watters (2016) erhalten. Watters zeigt anhand verschiedener Beispiele auf, wie die Verbreitung und Anwendung westlicher Konzepte psychischer Erkrankungen, wie Anorexia nervosa, Depression, posttraumatischer Belastungsstörung oder Schizophrenie sich auf die Behandlung und die Kultur in nichtwestlichen Gesellschaften auswirkt. Ferner haben Schott und Tölle (2006) aufgezeigt, dass sozialgenetische Ansätze in der Geschichte

¹ Vgl. dazu auch die Beiträge von Allolio-Näcke sowie von Seipel und Rippl in diesem Band.

der modernen Psychiatrie immer wieder aufkamen, so z. B. schon frühzeitig in Form der Psychohygiene, später der Sozialpsychiatrie oder der transkulturellen Psychiatrie und nicht nur im Kontext der antipsychiatrischen Bewegung von Bedeutung waren.

Berry et al. (2011, p. 8) stellen fest, dass die Dichotomie zwischen einer streng universalistischen Position und einer radikal kulturelrelativistischen Position zunehmend an Bedeutung verloren hat und durch die Vorstellung eines Kontinuums ersetzt wurde. Helman (2007, p. 253) bezieht eine ähnliche Position, indem er sich für eine Ergänzung des universalistischen, biologisch orientierten Ansatzes durch die soziogenetische Perspektive ausspricht.

Die bisherigen Ausführungen zu Krankheitskonzepten lassen sich auch auf Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit übertragen, wenn auch mit einigen Unterschieden. Zum einen hat sich das medizinische Denken und Handeln in der Vergangenheit primär auf den kranken Menschen bezogen und zur Grundlage gemacht. Aus dieser Perspektive erschien Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit. Diese Situation hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch die Bemühungen der WHO um einen positiven Gesundheitsbegriff, die Entwicklung der salutogenetischen Perspektive durch Aron Antonovsky (1979) sowie das Interesse am Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich verändert. Trotzdem ist festzuhalten, dass wissenschaftliche Gesundheitskonzepte immer noch diffus sind im Vergleich zu wissenschaftlichen Krankheitskonzepten. Auch in Bezug auf mentale Gesundheit mangelt es zwar nicht an Definitionen. So betrachtete Erich Fromm seelische Gesundheit universell gekennzeichnet durch

„die Fähigkeit zu lieben und schöpferisch zu sein; durch die Erhebung über die inzestuöse Bindung an Clan und Boden; durch ein Gefühl der Identität aufgrund des Erlebens seiner selbst als Subjekt und Organ der Eigenkräfte und durch die Erfassung der Realität in uns und um uns, d. h. durch die Entwicklung von Objektivität und Vernunft“ (1967, S. 65).

Andere Definitionen lesen sich als Listen innerpsychischer Merkmale, denen Relevanz für psychische Gesundheit zugeschrieben wird, z. B. Autonomie, Selbstaktualisierung oder Selbstwirksamkeit. Bereits 1972 bemängelte Heiner Keupp Willkürlichkeit und fehlende überzeugende Begründungen dieser Kriterienkataloge (Keupp, 1972, S. 71 ff.). Die WHO selbst definiert Mental Health als „State of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community“ (2018), schränkt aber an anderer Stelle ein, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen existiere und auch aus kulturvergleichender Perspektive sich keine allgemein gültige und erschöpfende Definition abzeichne (WHO, 2001, p. 5). Die Definitionsprobleme des Begriffes psychischer Gesundheit

verweisen erneut darauf, dass einzelne Merkmale nicht per se konstitutiv für psychische Gesundheit oder Krankheit sein können, sondern dass ihre Bedeutung erst aus sozial-evaluativen Urteilen hervorgeht. Anders formuliert: Es kommt immer auf das kulturelle Bezugssystem derjenigen Person an, welche die Definition erstellt (Keupp, 1972, S. 79 ff.).

Ein zweiter Unterschied von Gesundheitsvorstellungen ist, dass sie sich zu einem nicht unerheblichen Teil außerhalb der Medizin artikuliert haben und insofern auch weniger von dem dominierenden biomedizinischen Paradigma beeinflusst sind. Dass Gesundheit sich noch weniger als Krankheit auf biologische Prozesse und Marker beschränken lässt, war immer schon wenig umstritten. Dies wird besonders deutlich am Konstrukt der Lebensqualität. Zur Operationalisierung von Gesundheit wird häufig das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herangezogen, welches neben körperlichen auch emotionale, kognitive, soziale und spirituelle Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht des Betroffenen umfasst (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003, S. 10). Ferner verweist die QOL-Workgroup der WHO darauf, dass die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sich durch eine doppelte Perspektivität auszeichnet: Neben der Bezogenheit auf persönliche Ziele und Standards ist Lebensqualität immer gebunden an kulturelle Werte und Vorstellungen (WHO, 1997, p. 1).

3 Wechselwirkungen zwischen Kultur und psychischen Erkrankungen

Im Rahmen dieses Beitrages kann die Kulturabhängigkeit psychischer Erkrankungen nicht ausführlich dargestellt werden. Für gute Übersichtsarbeiten siehe z. B. Helman (2007), Heine (2016) oder Marcella und Yamada (2007). Zunächst wird unter 3.1 die Bedeutsamkeit kultureller Faktoren exemplarisch verdeutlicht, bevor unter 3.2 stärker auf Krankheitskonzepte als Vermittler zwischen Kultur und Krankheit eingegangen wird.

3.1 Zur Kulturabhängigkeit psychischer Erkrankungen

Die Frage der Kulturabhängigkeit psychischer Krankheiten und mentaler Gesundheit wird nicht erst im Kontext der Globalisierung gestellt, sondern begleitet die Psychiatrie und Psychologie seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Einer der Wegbereiter der modernen Psychiatrie, Emil Kraepelin, berichtete bereits 1904 nach seiner Südostasienreise, bei Patienten mit affektiven Störungen und Schizophrenie nicht nur psychopathologische Unterschiede zu seinen deutschen Patienten beobachtet zu haben, sondern propagierte darüber hinaus in Anknüpfung an Wundts Völkerpsychologie eine vergleichende Psychiatrie, welche sich ethnischen und soziokultu-

rellen Aspekten der menschlichen Psyche zuwenden sollte, die für Krankheit und Gesundheit von Bedeutung sind (Kraepelin, 1904; Jilek, 1995). Kraepelin stellte interkulturelle Unterschiede bei den Prävalenzraten psychischer Krankheiten fest und ging davon aus, dass kulturelle Faktoren vor allem das klinische Erscheinungsbild formen. Kraepelin machte die in Europa und Nordamerika stattfindende Modernisierung mit ihrem raschen sozialen Wandel und dem neuen urbanen Lebensstil mit seiner Rastlosigkeit und dem Konsum von Alkohol für die Zunahme von Suiziden und psychischen Erkrankungen in den westlichen Gesellschaften verantwortlich. Auf der anderen Seite ging er nicht davon aus, dass es sich bei kulturgebundenen Syndromen wie *Amok* oder *Lathah*, denen er erstmals auf seiner Asienreise begegnete, um neue Krankheiten handelte, sondern betrachtete sie als kulturspezifisch ausgeformte Varianten bereits bekannter Krankheiten (Jilek, 1995).

Kulturelle und historische Unterschiede hinsichtlich Prävalenz, klinischem Erscheinungsbild und Verlauf psychischer Erkrankungen verweisen darauf, dass diese sich nicht als automatisch und einheitlich ablaufendes psychopathologisches Geschehen verstehen lassen. Existenz und Ausmaß kultureller Unterschiede sind inzwischen durch empirische Studien hinreichend belegt. Besonders sichtbar werden kulturelle Unterschiede bei den sogenannten kulturgebundenen Syndromen. Ein aktuelles Beispiel dafür ist *Hikikomori*, d. h. eine radikale Form sozialen Rückzuges, welcher fast ausschließlich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Japan vorkommt. Betroffene verweigern jeden Kontakt zu Personen außerhalb des engsten Familienkreises und kommen ihren sozialen Rollen und Aufgaben nicht nach. Eine 2015 im Auftrag der japanischen Regierung durchgeführte Studie nennt eine Zahl von 540.000 Betroffenen in der Altersklasse 15-39 Jahre, wobei ca. 35 % sieben oder mehr Jahre in Isolation verbrachten (Kiyoshi, 2017). Die Besonderheit kulturgebundener Syndrome zeigt sich nach Heine (2016, p. 561) darin, dass a) das klinische Erscheinungsbild nicht mit den Klassifikationssystemen (DSM, ICD) übereinstimmt, b) für die Krankheit relevante Ursachen in anderen Kulturen nicht vorkommen oder unwahrscheinlich sind sowie c) die Reaktionen der sozialen Umwelt einschließlich der professionellen Behandler auf Patienten mit einer solchen Erkrankung kulturspezifisch sind. Im Fall von *Hikikomori* besteht eine Besonderheit darin, dass die Eltern betroffener Jugendlicher die Krankheit versuchen zu verheimlichen, da das Risiko der Stigmatisierung hoch ist. Ferner ermöglichen sie die Aufrechterhaltung des sozialen Rückzuges durch ihr Verhalten erst, da sie nicht konfrontativ intervenieren und den Zustand der Isolation beenden, sondern häufig praktische Unterstützung leisten und so den Zustand aufrechterhalten.

Am anderen Ende des Krankheitsspektrums stehen psychische Krankheiten, bei denen biologische Faktoren nachgewiesen sind. Bei diesen Erkrankungen ist häufig eine deutlich geringere interkulturelle Variabilität in den Prävalenzschätzungen zu

beobachten. Zu dieser Gruppe gehört auch die Schizophrenie. Dennoch sind auch hier kulturelle Unterschiede bekannt. Einer der auffälligsten kulturellen Unterschiede bei der Schizophrenie besteht darin, dass die Erkrankung in Entwicklungsländern günstiger verläuft als in westlichen Gesellschaften, obwohl gesundheitsbezogene Outcomes für Menschen in Ländern mit schwacher Wirtschaftskraft und hoher sozialer Ungleichheit im Allgemeinen schlechter ausfallen. Für diesen Unterschied sind unterschiedliche Erklärungen entwickelt worden, deren empirische Evidenz noch nicht hinreichend geprüft wurde (Heine, 2016, p. 584). Eine der Erklärungen nimmt an, dass die Ursache in stärker fatalistischen Kontrollüberzeugungen liegt, die dazu führen, dass erkrankte Personen nicht mit Verantwortlichkeitszuschreibungen konfrontiert werden und dadurch weniger sozialem Stress ausgesetzt sind. Ein anderer Erklärungsansatz geht davon aus, dass einige der vorkommenden Symptome in traditionellen Gesellschaften als wenig problematisch empfunden werden, weil für diese Symptome alternative kulturelle Symbole zu ihrer Deutung vorhanden sind. Beide Faktoren könnten ferner dazu beitragen, dass Familienangehörige und Personen aus dem sozialen Umfeld weniger stark zu dem sogenannten EE-Verhaltensmuster (*expressed emotions*) tendieren, also den Patienten häufig kritisieren und emotional überbesorgt reagieren. Die Dysfunktionalität dieses Verhaltensmusters für den Krankheitsverlauf der Schizophrenie ist empirisch belegt (Butzlaff & Hooley, 1998). Für eine Übersicht zu kulturellen Unterschieden und möglichen Erklärungsansätzen bei der Schizophrenie siehe Marcella und Yamada (2007).

3.2 Krankheitskonzepte als Vermittler zwischen Kultur und psychischen Erkrankungen

Krankheitskonzepten kommt für die Wechselwirkungen zwischen Kultur und psychischem Erleben und Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen eine entscheidende, vermittelnde Funktion zu. Wie bereits gezeigt wurde, stehen Krankheitskonzepte nicht außerhalb der Kultur, sondern sind immer kulturell beeinflusst. Dies trifft nicht nur auf die EMs von Patienten und Angehörigen zu, sondern auch auf die wissenschaftlichen EMs von Behandlern und Institutionen. Krankheitskonzepte bieten Patienten eine Möglichkeit, ihr Leiden selbst wahrzunehmen, zu verstehen und nach außen zu kommunizieren. Diese Funktionen der EMs erhöhen die Sichtbarkeit der Erkrankung in der Öffentlichkeit und damit auch für die Behandler, die sie dann häufiger diagnostizieren. Umgekehrt basieren Diagnostik und therapeutisches Vorgehen von Behandlern auf ihren EMs. Diese wirken auf die Patienten und ihre soziale Umwelt zurück und beeinflussen damit das Krankheitsgeschehen. Hacking (1999) spricht in diesem Zusammenhang von *Looping*-Effekten. Solche *Looping*-Effekte basieren auf der Unterscheidung zwischen natürlichen bzw. indiffe-

renten und interaktiven Kategorien. Hackings Unterscheidung bezieht sich auf die Relation zwischen einem Zeichen, z. B. dem Begriff Depression und dem, was er bezeichnet, d. h. dem beobachtbaren Verhalten und den sprachlichen Äußerungen des Patienten. Kategorien, die sich auf psychische Merkmale und Verhaltensweisen von Menschen beziehen, sind insofern interaktiv, da Menschen darauf reagieren können, wenn man sie in bestimmter Weise klassifiziert, z. B. als depressiv erkrankter Mensch. Ein Stein verhält sich hingegen indifferent gegenüber der Klassifikation als Stein. Diese Rückkopplung ist die Basis für klassifikatorische Looping-Effekte. Als Beispiel für einen solchen Looping-Effekt nennt Hacking unterschiedliche EMs der Schizophrenie. Für Kraepelin und Bleuler stand die Affektverflachung bei der Schizophrenie im Vordergrund, während akustische Halluzinationen als unspezifisch und wenig problematisch angesehen wurden. Diese Entstigmatisierung von Halluzinationen trug zu ihrer Verbreitung bei. Später stellte der Psychiater Kurt Schneider eine Liste der zwölf wichtigsten Symptome der Schizophrenie auf, die von akustischen Halluzinationen angeführt wurde. Dies führte in der Folgezeit dazu, dass akustische Halluzinationen sehr viel häufiger bei schizophrenen Patienten beobachtet wurden. Später verloren die Halluzinationen wieder ihre Stellung als Leitsymptom. Interaktive Kategorien beziehen sich also auf Merkmale sich ihrer selbst bewusster und agierender Menschen, wodurch eine Dynamik erzeugt wird, die indifferenten Kategorien fehlt. Nach Kirmayer und Bhura (2009) spielen Looping-Effekte bei psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle, z. B. in Form sich selbst erfüllender Prophezeiungen. Looping-Effekte können die Psychopathologie einer Person ungünstig, d. h. in Richtung einer Symptomverstärkung aber auch günstig beeinflussen.

Looping-Effekte lassen sich besonders gut aus historischer Perspektive betrachten. Ein paradigmatisches Beispiel ist der Aufstieg und das Verschwinden der Hysterie, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Europa die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung war. Die Anzahl diagnostizierter Fälle sank rapide zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Im aktuellen DSM-V kommt Hysterie nicht mehr vor. Nach Shorter (1994) boten die Symptome der Hysterie Menschen zu jener Zeit die Möglichkeit, ihrem Leiden an repressiven sozialen Normen der Gesellschaft einerseits sowie dem rasanten sozialen Wandel andererseits Ausdruck zu verleihen. Zusätzlich verstärkt wurde der Aufstieg der Hysterie durch die wissenschaftlichen Kontroversen zwischen Charcot, Bernheim und Freud. Insbesondere für die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und ihres Neurosebegriffes war die Hysterie von entscheidender Bedeutung. Heine (2016) zählt die Hysterie daher zu den kulturgebundenen psychischen Krankheiten. Nach Stone et al. (2008) lässt sich das Verschwinden der Hysterie aber nicht nur auf eine Veränderung des Symptom pools infolge kulturellen Wandels zurückführen, sondern auf einen Wandel der Klassifikation und damit der Diagnostik. Diese Argumentation widerspricht jedoch nicht

notwendigerweise Hackings Looping-Konzept, da Rückkopplungseffekte sowohl von Seiten der Patienten als auch der wissenschaftlichen Konzepte und der damit verbundenen medizinischen Praxis ausgehen können. Ein weiteres Beispiel für einen Looping-Effekt ist die Ausbreitung der Anorexie in Hongkong, über die Watters (2016) berichtet. Watters stützt sich auf die Arbeiten des Psychiaters Sing Lee, der berichtet, dass die Prävalenzrate für Anorexie in Hongkong traditionell deutlich niedriger lag als in westlich geprägten Gesellschaften und dass zudem zwei zentrale Symptome, die Angst vor Gewichtszunahme verbunden mit der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick fehlten (Lee, Ho & Hsu, 1993). Seltenheit und das atypische Erscheinungsbild der Anorexie änderten sich in Hongkong ab Mitte der neunziger Jahre: Schon 1997 berichteten 80 % der von Lee behandelten Patientinnen von der Angst vor dem Dickwerden als zentraler Motivation für das Hungern, 2007 erreichte dieser Anteil 100 % (Watters, 2016, S. 54). Diese Zunahme ging einher mit einer Verbreitung des westlichen Krankheitskonzeptes der Anorexie in Hongkong, so dass die Ausbreitung der Anorexie in seiner westlich geprägten Form zumindest teilweise als Resultat eines Looping-Effektes verstanden werden kann. Heine (2016) macht darauf aufmerksam, dass selbstinduziertes Hungern zwar in vielen Kulturen und zu verschiedenen historischen Zeiten vorkam, dass dieses Verhalten aber zum Teil mit unterschiedlichen Zielen verknüpft war und daher von seiner Funktionalität nicht universell, sondern kulturspezifisch ist.²

Ein weiterer Aspekt der Wirkung von Krankheitskonzepten ist die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen. Betroffen davon sind insbesondere Menschen, die an einer Schizophrenie oder Depression leiden. So bemerkt der Psychiater Andreas Reif in einem Interview anlässlich des durch den psychisch erkrankten Co-Piloten absichtlich herbeigeführten Absturzes eines Airbus A320 am 24. März 2015, dass schon solche singulären Ereignisse ausreichten, um Angst und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten zu wecken (Schmidt, 2015). In einer Metanalyse haben Shomerus et al. (2012) untersucht, ob der aktuelle Trend, psychische Krankheiten vor allem biologisch, d. h. als Krankheiten des Gehirns, vergleichbar anderen organischen Erkrankungen zu konzeptualisieren, zu einer Veränderung des Verhaltens von Patienten und ihrer sozialen Umwelt geführt hat. Auf Basis von 33 Berichten aus 16 nationalen Längsschnittstudien konnten sie Folgendes feststellen: In dem Zeitraum 1990 bis 2006 war ein Anstieg der Zuschreibung biologischer Ursachen sowohl für Schizophrenie (20,1 %) als auch für Depression (19,2 %) in der Bevölkerung nachweisbar. Davon unbeeinflusst blieb Stress als psychosoziale Krankheitsursache zeitstabil auf einem hohen Zuschreibungsniveau. Weiterhin zeigte sich, dass das in der Bevölkerung vorhandene Wissen zu psychischen Krankheiten zugenommen hat. Als eine Konsequenz dieser Veränderungen

² Zur Äquivalenzproblematik vgl. den Beitrag von Seipel und Rippl in diesem Band.

hat die Bereitschaft, einen Psychiater wegen Schizophrenie oder Depression zu konsultieren, ebenfalls zugenommen und auch die Akzeptanz medikamentöser Behandlungen bei beiden Diagnosen erhöhte sich (1,7 % pro Jahr bei Schizophrenie und 1,3 % pro Jahr bei Depression). Im Unterschied dazu hat sich die Akzeptanz psychotherapeutischer Behandlung in dem Untersuchungszeitraum nicht signifikant verändert. Zwei Merkmale von Stereotypen gegenüber psychisch erkrankten Menschen, die in der Metaanalyse von Shomerus et al. (2012) untersucht wurden, waren Gefährlichkeit und die Schuldzuschreibung, selbst für die Erkrankung verantwortlich zu sein. Es ließ sich zwar eine leichte, nicht signifikante Abnahme der Zustimmung zu diesen Merkmalen über alle Studien hinweg belegen, wobei aber die Resultate in den einzelnen Ländern sehr inkonsistent waren und zwischen reduzierter bis gesteigener Zustimmung zu diesen Merkmalen reichte. Hinsichtlich der sozialen Distanz als ein Merkmal sozialer Diskriminierung war gegenüber Menschen mit der Diagnose Schizophrenie eine Verschlechterung festzustellen. Die Akzeptanz einer an Schizophrenie erkrankten Person als Nachbar sank für den Untersuchungszeitraum von 16 Jahren um 15,5 % und die Akzeptanz als Arbeitskollege sank um 17,8 %. Für die Akzeptanz als Freund oder angeheiratetes Familienmitglied waren keine Veränderungen festzustellen. Hier blieb die soziale Distanz auf einem unverändert hohen Niveau. Das Niveau sozialer Ablehnung gegenüber Menschen mit Depressionen blieb unverändert. Zusammenfassend zeigen diese Befunde auf der einen Seite die gestiegene Akzeptanz des biomedizinischen Modells für psychische Erkrankungen mit der Konsequenz, dass die Konsultation eines Psychiaters wahrscheinlicher geworden und die Akzeptanz medikamentöser Behandlung gestiegen ist. Auf der anderen Seite hat sich die Hoffnung auf eine Aufweichung der Stereotype gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht erfüllt und die soziale Exklusion gegenüber Menschen mit der Diagnose Schizophrenie sogar noch zugenommen. Stigmatisierung führt nicht nur zu sozialer Diskriminierung, sondern kann im Sinn eines Looping-Effektes auf das Krankheitsverhalten und die Symptomatik zurückwirken. So führt Stigmatisierung dazu, dass die Bereitschaft, Hilfe zu suchen und eine Behandlung zu beginnen, sinkt. Dadurch steigt wiederum das Risiko einer Chronifizierung. Ferner führt die Aktivierung eines Stereotyps nach der *Stereotype-Threat-Theorie* von Steele und Aronson (1995) bei Personen, die von dem Stereotyp betroffen sind in Testsituationen zu einer Leistungseinbuße im Sinne des Stereotyps. Solche Effekte wurden auch bei Personen mit der Diagnose Schizophrenie beobachtet (z. B. Henry, Hippel & Shapiro, 2010). Die Bedrohung durch das Stereotyp kann also die Symptomatik bei psychisch erkrankten Menschen verstärken.

Mit der Übertragung des Konzeptes der *ökologischen Nische* führt Hacking (1998) ein weiteres interessantes Konzept ein, um die Wechselwirkungen zwischen Kultur und psychischen Krankheiten zu analysieren. Ausgangspunkt ist die Beob-

achtung, dass psychische Erkrankungen zeitlich, örtlich und kulturell gebunden sein können (Heine, 2016). Hacking entwickelt sein Konzept am Beispiel der *dissoziativen Fugue*, welche sich in Kontinentaleuropa, nicht jedoch in England und den USA in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ausbreitete und nur kurze Zeit später wieder verschwand. Er überträgt das Konzept der ökologischen Nische auf kulturelle Umwelten, um zu verstehen, unter welchen Bedingungen das ziellose Umherwandern zum Symptom einer psychischen Krankheit werden konnte. Dabei legt die Metapher der ökologischen Nische nahe, dass immer mehrere Faktoren zusammenkommen müssen, um eine kulturgebundene psychische Erkrankung hervortreten zu lassen. Hacking identifiziert vier Faktoren, die günstige Bedingungen für die Entstehung der Fugue und deren Ausbreitung schufen. Erstens passte die Fugue in das damalige medizinische Klassifikationssystem, lud aber zugleich zu einer interessanten wissenschaftlichen Kontroverse ein, nämlich, ob es sich dabei um eine hysterische oder epileptische Erkrankung handelte. Auf diese Weise wurde Interesse in der scientific community für dieses Phänomen geweckt. Zweitens beschreibt die Fugue eine bestimmte Form von Mobilitätsverhalten. Mobilität war ein zu jener Zeit höchst aktuelles und kontroverses Thema. Zum einen waren damit romantische bürgerliche Vorstellungen des Reisens verbunden, zum anderen fürchtete man sich vor umherziehenden kriminellen „Vagabunden“. Diese kulturelle Polarität machte das Unterwegssein insbesondere für Menschen, die sozial zwischen diesen Extremen von Wohlstand und Unabhängigkeit einerseits und Kriminalität andererseits verortet waren, zu einer interessanten Option für ein Verhalten, das sich als Symptom einer Krankheit deuten ließ. Gleichzeitig bot diese Form von Mobilität Personen auch die Möglichkeit, sozialen Zwängen zu entkommen, worin Hacking einen weiteren begünstigenden Faktor sieht. Schließlich musste ein solches Verhalten auch bemerkt, d. h. für die Öffentlichkeit sichtbar werden. Möglich wurde dies erst durch die intensive polizeiliche Überwachung Reisender in kontinental-europäischen Ländern, die u. a. darauf abzielte, Deserteure zu identifizieren. Hacking zeigt auf, dass in Gesellschaften, in denen die Fugue zu jener Zeit nicht diagnostiziert wurde, meist mehrere der genannten Faktoren fehlten. So war in Großbritannien und den USA die kulturelle Spannung bezogen auf Mobilität nicht vorhanden. Ferner reduzierte die fehlende Pflicht, sich ausweisen zu können, die öffentliche Sichtbarkeit. Unterschiede hinsichtlich dieser Faktoren lassen sich auch für den Vergleich zur gegenwärtigen Situation aufzeigen, in der die dissoziative Fugue ebenfalls so gut wie keine empirische Bedeutung hat. Das Konzept der ökologischen Nische für psychische Erkrankungen ist interessant, weil es nicht einfach das Krankheitskonzept zur alleinigen Ursache für das Aufkommen einer psychischen Krankheit erklärt, sondern auf die Notwendigkeit des Zusammenspiels mit Umweltfaktoren verweist und so differenzierte Analysen erlaubt.

4 Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung

Was bedeutet interkulturelle Kompetenz in der Psychotherapie? Kulturelle Kompetenz hat zum Ziel, die kulturelle Distanz zwischen dem Behandler auf der einen Seite und dem Patienten auf der anderen Seite zu überwinden. Dazu ist es notwendig, die Explanatory Models von Krankheit und Wohlbefinden auf beiden Seiten wahrzunehmen. Kulturelle Kompetenz ermöglicht den Abbau von Barrieren für eine effektive Behandlung mittels Kommunikation im Kontext einer von Vertrauen gekennzeichneten Beziehung.³ Solche Barrieren können z. B. darin bestehen, dass Missverständnisse den Aufbau einer therapeutischen Beziehung behindern oder die Entwicklung und Umsetzung gemeinsam definierter Behandlungsziele erschweren. Evidenzbasierte Behandlung und klinische Erfahrung sichern allein noch keine optimalen Behandlungsergebnisse.

4.1 Kultursensible Psychotherapie

Kultursensible Psychotherapie geht davon aus, dass die Einbeziehung kulturspezifischer Besonderheiten seitens des Patienten von Bedeutung ist, wenn es darum geht, die Chancen auf eine effektive Behandlung zu optimieren (von Lersner & Kizilhan, 2017). Zur Umsetzung dieses Ziels ist interkulturelle Kompetenz auf Seiten des Therapeuten erforderlich. Da die Adressaten von Psychotherapie letztlich immer Individuen sind, kann interkulturelle Kompetenz sich in diesem Handlungsfeld nicht darauf beschränken, statische kulturelle Stereotype über Angehörige anderer Kulturen anzuwenden oder Checklisten abzuarbeiten. Vielmehr geht es darum, ein individualisiertes und dynamisches Verständnis von Kultur und seiner situativen Bedeutung im Kontext psychotherapeutischer Behandlung zu entwickeln. Ein solches dynamisches Verständnis ist hilfreich für die Diagnostik, aber auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Ein nützliches Instrument hierzu ist im Kontext des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) entwickelt worden: Das „*Cultural Formulation Interview*“ (APA, 2015). Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung des „*Outline of Cultural Formulation*“ (OCF) des DSM-IV. Mit dem OCF wurde erstmals die Bedeutung kultureller Faktoren für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen seitens der American Psychiatric Association anerkannt. *Cultural Formulation* bezeichnet die Aufforderung an den Patienten oder Angehörigen, im Gespräch mit dem Behandler aus seiner kulturspezifischen Perspektive heraus eine biographische Erzählung mit Bezug zu seiner Erkrankung

³ Zum Konzept interkultureller Kompetenz vgl. den Beitrag von Thomas in diesem Band.

zu konstruieren. Dazu werden insgesamt 16 offene Fragen gestellt, die folgenden Bereichen zugeordnet sind (vgl. von Lerner & Kizilhan, 2017, S. 40):

1. Kulturelle Definition des Problems: Hier werden Anliegen und Art des Leidens, aber auch die persönliche Sichtweise auf das Problem, erwartete Unterschiede zu der medizinischen Perspektive sowie Perspektiven des sozialen Umfeldes thematisiert.
2. Kulturelle Wahrnehmung von Ursachen, Kontext und Unterstützung: Hier wird dem Patienten Gelegenheit gegeben, spezifische Ursachen für sein Problem zu benennen, spezifische Stressoren und die Art und Weise sozialer Unterstützung. Explizit wird die Bedeutung kultureller Identität als Stressor, aber auch als Ressource angesprochen.
3. Kulturelle Einflussfaktoren auf Selbsthilfe und früheres Hilfesuchverhalten: Hier wird geklärt, was der Patient unternommen hat, um sein Problem selbst zu bewältigen, welche Hilfe er extern gesucht hat und welche Barrieren dabei möglicherweise auftraten.
4. Kulturelle Einflussfaktoren auf das aktuelle Hilfesuchverhalten: Hier werden persönliche Präferenzen, aber auch diejenigen des sozialen Umfeldes für die weitere Behandlung erfragt. Eine weitere Frage thematisiert Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung.

Ein Vorteil des CFI besteht darin, dass es aufgrund seiner offenen Form dem Patienten Raum bietet, sein Gesundheitsproblem in einer kulturell eingebetteten Weise darzustellen, aus welcher der Behandler Informationen zur Relevanz kultureller Faktoren entnehmen kann, ohne dabei auf kulturelle Stereotype zurückgreifen zu müssen. Zugleich zielt das CFI darauf ab, die Beziehung zwischen Behandler und Patient zu fördern, indem der Kontext der Person thematisiert und mit in die Behandlung einbezogen wird. Obwohl sich das CFI immer noch in der Entwicklung befindet, liegen bereits positive Befunde vor (z. B. Mika, Abdallah-Steinkopff & Gavranidou, 2015; Paralikar, Sarmukaddam, Patil, Nulkar & Weiss, 2015).

Ein weiterer wichtiger Schritt zu einer systematischen Erhöhung der Kultursensibilität psychologischer Interventionen sind Modelle, die theoretisch und methodologisch formulieren, wie Interventionen kulturell adaptiert werden können. Eines davon ist das Modell ökologischer Validität von Bernal, Bonilla und Bellido (1995). Das Modell unterscheidet acht Komponenten, die kulturell angepasst werden können: Sprache, Patienten-Behandler-Beziehung, Metaphern (z. B. Geschichten, Beispiele, Symbole), Inhalt, Konzepte, Ziele, Methoden und Kontext (sozial, ökonomisch, politisch). In einer Metaanalyse zu therapeutischen Minimalinterventionen wie z. B. Patientenratgeberliteratur konnten Harper Shehadeh, Heim, Chowdhary, Maercker und Albanese (2016) zeigen, dass kulturell adaptierte Interventionen wirksam waren und dass die Stärke des Effektes mit der Anzahl der nach dem Modell ökologischer Validität berücksichtigten Faktoren anstieg.

4.2 Psychotherapie als kulturspezifische Variante symbolischen Heilens

Analog zu der Unterscheidung zwischen *disease* und *illness* lässt sich auch bei der Behandlung zwischen *curing* und *healing* unterscheiden (Berry et al., 2011, p. 408; Helman, 2007, p. 272 ff.). Während die kurative Behandlung primär auf die Beseitigung pathophysiologischer Zustände und Prozesse abzielt, bezieht sich Heilung auch auf symbolische Aspekte, die psychologische, soziale und spirituelle Aspekte einschließt. Das ethnologische Konzept des symbolischen Heilens lässt sich nicht nur auf Praktiken außerhalb der westlichen Zivilisation anwenden, sondern auch auf die moderne, westlich geprägte Psychotherapie. Symbolisches Heilen zeichnet sich nach Helman (2007, p. 274 ff.) durch folgende Komponenten aus:

1. Der Heiler verfügt über ein kohärentes System der Welterklärung, welches in der Lage ist, Erfahrungen, die mit psychischen Erkrankungen einhergehen, zu deuten, d. h. ihr Wesen zu verdeutlichen, Ursachen zu benennen und zu identifizieren sowie Lösungen für die Probleme des Patienten anzubieten. Dieses System der Welterklärung, die sogenannte *mystische Welt* (Dow, 1986) kann viele Formen annehmen, z. B. als religiöse Kosmologie des Ayurveda, als Volksglaube der Besessenheit durch Geister, aber auch in Form der psychoanalytischen Theorie Freuds oder des verhaltenstherapeutischen Ansatzes.
- 2, Die mystische Welt muss dem Patienten Deutungsschemata, sogenannte *symbolische Brücken* (Kleinman, 1988) zur Verfügung stellen, welche Sinnzusammenhänge zwischen der persönlichen Erfahrung des Patienten, seiner sozialen Umwelt und den kulturellen Bedeutungen stiftet. Zum Beispiel könnte ein Patient sein Problem als Besessenheit definieren oder als Resultat eines innerpsychischen Konfliktes. Oft sind diese Deutungsschemata dem Patienten schon bekannt, da sie im Rahmen von Enkulturations- und Sozialisationsprozessen erlernt wurden.
3. Der Heiler überzeugt den Patienten, sein Problem im Rahmen der mystischen Welt unter Anwendung der zur Verfügung stehenden Deutungsschemata zu re-interpretieren.
4. Gelingt es, zwischen Heiler und Patient einen Konsens hinsichtlich der mystischen Welt und ihrer Deutungsschemata herzustellen, besteht die nächste Aufgabe des Heilers darin, eine Änderungsmotivation auf Seiten des Patienten aufzubauen, indem dieser sich emotional an die Symbole und Deutungsschemata bindet und sie für seine persönlichen Erfahrungen als relevant anerkennt.
5. Anschließend initiiert und begleitet der Heiler den Veränderungsprozess, indem er Rituale durchführt, die auf Seite des Patienten als *Transformation von Erfahrung* erlebt werden. Rituale sind repetitive, symbolhafte Handlungen, die nicht ausschließlich einem profanen Zweck dienen, sondern die zugleich bestimmte

- Werte einer Kultur zum Ausdruck bringen und die *Ordnung der Dinge* und der Welt (wieder-)herstellen. Beispiele für solche Rituale sind Exorzismus oder das psychoanalytische Ritual des Durcharbeitens. Rituale bedienen sich nicht nur spezifischer abstrakter Konzepte, sondern beziehen darüber hinaus auch konkrete Objekte mit ein, wie z. B. Kleidung, bestimmte Farben, Schmuckgegenstände, aber auch Geräusche, einzelne Wörter oder Schweigen. Kleinman (1988) betont, dass der Transformationsprozess des Heilens in der Regel nicht nur auf die spezifischen Beschwerden abzielt, sondern die Person als Ganzes sowie ihre Beziehungen nach außen miteinschließt. Symbolisches Heilen setzt dazu auf mehreren Ebenen gleichzeitig an: physisch, psychisch, sozial, kulturell und spirituell.
6. Geheilte Patienten haben mittels geeigneter Symbole und durch die Unterstützung des Heilers gelernt, ihre Erfahrungen neu zu strukturieren, so dass vorher dysfunktionale Prozesse unterbunden oder ihre Funktionalität erhöht wird. Diese Veränderungen drücken sich auch narrativ aus, indem der Patient von einer neuen Sichtweise auf seine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erzählt und darstellt, wie es zu dieser neuen Sichtweise kam. Kirmayer (2004) zeigt auf, dass die Effekte symbolischen Heilens keineswegs nur im subjektiven Erleben oder einer neuen sozialen Positionierung sichtbar werden, sondern sich auch auf physiologischer Ebene nachweisen lassen.

Mit der anthropologischen Forschung zum symbolischen Heilen liegt ein metatheoretisches Konzept vor, mit dem sich auch ein anderer Blick auf moderne Psychotherapie eröffnet. Anknüpfungspunkte ergeben sich sowohl auf Ebene der allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie als auch auf der Ebene spezifischer Techniken (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). So lässt sich die Psychoedukation in der Verhaltenstherapie als eine Einführung in die mystische Welt verstehen, in welcher der Patient neue Symbole, eine neue Sprache und damit eine neue Selbst- und Welt-sicht lernt. Die Problemaktualisierung (Grawe, 1998) oder die Förderung des affektiven Erlebens (Karasu, 1986) sind Beispiele für allgemeine Wirkfaktoren von Psychotherapie, die auch Bestandteil des symbolischen Heilens sind. Auch auf der Ebene spezifischer Interventionen ist das Konzept des symbolischen Heilens anwendbar. So lässt sich eine Expositionsbehandlung als Ritual verstehen, welche eine Transformationserfahrung ermöglicht. Schließlich lassen sich auch im Setting westlicher Formen von Psychotherapie Symbole erkennen, die bestimmte Werte westlicher Zivilisation repräsentieren, so z. B. die hohe Bedeutung sprachlich vermittelter Kommunikation, die private Atmosphäre des therapeutischen Settings oder der Fokus auf das Individuum und seine innerpsychische Welt. Das Konzept des symbolischen Heilens könnte für Psychotherapeuten nützlich sein, um zu lernen, das eigene professionelle Handeln und die Reaktionen des Patienten darauf aus einer distanzierteren Perspektive zu betrachten und so Sensibilität gegenüber der Prägung durch die westliche Wissenschaftskultur und deren Wirkungen in der

Therapie zu fördern. Auf diese Weise wäre das Konzept des symbolischen Heilens ein wichtiges Werkzeug zur Förderung interkultureller Kompetenz und würde es dem Therapeuten ermöglichen, sein eigenes Handeln flexibler zu gestalten, ohne beliebig zu werden.

5 Abschließende Bemerkungen

Die grundlegende Hypothese dieser Arbeit bezog sich auf die vermittelnde Funktion von Krankheitskonzepten und Gesundheitsvorstellungen zwischen Kultur und Psyche. Jede Form von Krankheitskonzept enthält kulturelle Bezüge. Dies gilt für wissenschaftliche Konzepte von Experten genauso wie für Laienkonzepte. Krankheitskonzepte thematisieren die Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit. Kulturelle und historische Vergleiche zeigen, dass Krankheitskonzepte und die auf ihnen basierenden Urteile über menschliches Erleben und Verhalten kontextabhängig sind und einem kulturellen Wandel unterliegen. Auf der anderen Seite gibt es gute Gründe und empirische Evidenz dafür, anzunehmen, dass Krankheitskonzepte ihren Gegenstand, nämlich psychische Gesundheit bzw. Krankheit partiell mitformen. Ein Beispiel dafür sind Looping-Effekte. Die hier diskutierte Hypothese sollte nicht als Alternative zur biomedizinischen Perspektive verstanden werden, sondern als eine notwendige Ergänzung. Dies gilt insbesondere dann, aber nicht nur, wenn Therapie in einer kulturellen Überschneidungssituation stattfindet. Die Frage nach der Kultursensibilität in der Psychotherapie vor dem Hintergrund der untersuchten Hypothese ernst zu nehmen, war ein weiteres Anliegen dieses Beitrages. Die Autoren der *Lancet Commission Culture and Health* definierten kulturelle Kompetenz als „awareness of the cultural factors that influence another’s views and attitudes, and an assimilation of that awareness into professional practice“ (Napier et al., 2014, p. 1608). Eine einseitige Konstruktion kulturell bedingter Variabilität psychischen Leidens und dessen Artikulation auf Seite des Patienten in Abgrenzung zu einer wissenschaftlichen, universell gültigen und damit kulturell neutralen Perspektive auf Seite des Behandlers würde weder der Definition der Lancet Kommission gerecht, noch folgte sie der Intention dieses Beitrages. Kulturelle Kompetenz inkludiert auch die Reflexion über die Perspektivität wissenschaftlicher Krankheitskonzepte und der aus ihnen abgeleiteten Behandlungspraxis. Zur Stimulation dieses Prozesses wurden das Cultural Formulation Interview sowie das Konzept des symbolischen Heilens vorgestellt und empfohlen. Weitere wichtige Konsequenzen für die Erhöhung der kulturellen Kompetenz gegenwärtiger medizinischer Praxis sind in dem Bericht der Lancet Kommission nachzulesen und konnten hier nicht erörtert werden.

Abschließend soll noch einmal daran erinnert werden, dass Konzepte von Krankheit und Gesundheit jenseits des medizinischen Fachwissens immer auch an-

thropologische Bestimmungen enthalten. Durch das Nachdenken über Krankheit und Gesundheit reflektiert der Mensch über das Menschsein: Was ist normal? Was ist psychisches Leiden? Was macht Wohlbefinden aus? Im Bereich psychischer Krankheiten bzw. psychischer Gesundheit ist der Diskurs um unterschiedliche Krankheitskonzepte in der Vergangenheit zum Teil besonders kontrovers und emotional geführt worden (Keupp, 2016). Einer der Gründe liegt sicher darin, dass Diskurse, in denen zentrale Aspekte des Menschseins thematisiert werden, per se Interesse und Leidenschaft entfachen. Ein zweites Moment für die Heftigkeit vergangener Diskurse um Krankheitskonzepte liegt darin begründet, dass es neben der erkenntnistheoretischen Dimension auch um eine politische Dimension ging: Wie umgehen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen? Wie sinnvoll ist individuumszentrierte Psychotherapie, wenn Menschen in gesellschaftlichen Verhältnissen leben müssen, die pathogen erscheinen? Mit welchen Zielen sollen sie behandelt werden? Diese Fragen haben im Ergebnis zu der Reform der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht nur in Deutschland beigetragen. Gegenwärtig werden psychische Erkrankungen wieder verstärkt biologisch, d. h. als Krankheiten des Gehirns konzeptualisiert. Dass dieser Trend auch in der Psychologie zu beobachten ist, ist insofern bemerkenswert, da aus der Psychologie in der Vergangenheit wichtige Beiträge kamen, die zu einer Erweiterung der biomedizinischen Perspektive geführt haben.

Schott und Tölle (2006, S. 508 ff.) beschreiben aus historischer Perspektive eine grundlegende Spannung hinsichtlich der anthropologischen Deutung psychischer Erkrankungen zwischen zwei Extremen. Einerseits kann Krankheit als Defekt verstanden werden, eine Sichtweise, die in der Tradition der Aufklärung steht. Auf der anderen Seite steht die Position, in der Krankheit als Schlüssel für ein kritisches Verständnis von Normalität erscheint. Demnach kommen in der psychischen Erkrankung, wenn auch manchmal in irritierender, den Blick verrückender Weise allgemeine Aspekte des Menschseins zum Ausdruck. Damit tritt an die Stelle der idealen Vorstellung eines perfekten Menschen die Konzeption eines unvollkommenen, in seiner Entwicklung un abgeschlossenen Menschen. Historisch lässt sich diese Position in der Romantik verorten und bis in die Gegenwart hinein verfolgen. Vereinzelt konnte sich diese Position innerhalb der Wissenschaft artikulieren, etwa in Jaspers „*Allgemeine Psychopathologie*“ (1913) oder in dem Lehrbuch von Dörner und Plog (1978) „*Irren ist menschlich*“, welches aktuell bereits in der 24. Auflage vorliegt. Darüber hinaus fand diese Position Zustimmung in der bildenden Kunst, etwa im Konzept der *Art brut* von Jean Debuffet, welche wiederum in die Psychiatrie und Psychotherapie zurückwirkte. Dieses Spannungsfeld anthropologischer Perspektiven auf den psychisch kranken Menschen auszuhalten, könnte auf lange Sicht sowohl epistemologisch als auch für die Weiterentwicklung therapeutischer Praxis

und gesundheitlicher Versorgung fruchtbarer sein, als sich der Dominanz einer Perspektive zu ergeben.

Literatur

- American Psychiatric Association (Ed.). (2015). *Cultural formulation interview*. Verfügbar unter: https://www.hogrefe.de/fileadmin/user_upload/hogrefe_de/Downloads/DSM-5_Online-Material/CFI.pdf [Zugriff 11.7.2018].
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bernal, G. & Jiménez-Chafey, M. I. & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
- Bernal, G., Bonilla, J. & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 67-82.
- Brekke, J. S. & Barrio, C. (1997). Cross-Ethnic symptom differences in Schizophrenia: The Influence of Culture and Minority Status. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 305-316.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Breugelmans, S. M., Chasiotis, A. & Sam, D. L. (2011). *Cross-Cultural Psychology. Research and Applications* (pp. 405-440). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Butzlaff, R. L. & Hooley, J. M. (1998). *Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis*. In *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552. DOI: 10.1001/archpsyc.55.6.547.
- Dow, J. (1986) Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis. *American Anthropologist*, 88, 56-69.
- Dörner, K. & Plog, U. (1978). *Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie*. Psychiatrie Verlag: Köln.
- Fromm, E. (1967). *Der moderne Mensch und seine Zukunft. Eine sozialpsychologische Untersuchung*. Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Foucault, M. (1961/2016). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Goddemeier, C. (2011). Wahnsinn ist keine Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(33), A1734-1736. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/102595/Geschichte-der-Psychiatrie-Wahnsinn-ist-keine-Krankheit> [Zugriff 11.07.2018].
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). Meta-analytic Review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychology and Health, 18*, 141-184.
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker A. & Albanese, E. (2016). Cultural Adaptation of Minimally Guided for Common Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health, 3*(3), e44.
- Heine, S. J. (2016). *Cultural Psychology* (3rd Ed.). New York: Norton.
- Helmann, C. G. (2007). *Culture, Health, and Illness* (5th Ed.). Boca Ration, FL: Taylor & Francis.
- Henry, J. D., von Hippel, C. & Shapiro, L. (2010). Stereotype threat contributes to social difficulties in people with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 31-41.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- Jilek, W. G. (1995). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 245*, 231-238.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Towards identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry, 143*(6), 687-95.
- Keupp, H. (2016). Ein Déjà-vu-Erlebnis. In E. Watters, *Crazy like us. Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Keupp, H. (1972). *Psychische Störung als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Kiyoshi, I. (19.07.2017). "Hikikomori": Social recluses in the shadow of an aging Japan. Verfügbar unter: <https://www.nippon.com/en/currents/d00332/> [Zugriff: 03.05.2018].
- Kirmayer, L.J. (2004). The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin 69*, 33-48. DOI: 10.1093/bmb/ldh006
- Kirmayer, L. J. & Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I. M. Salloum & J. E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects* (pp. 29-37). New York: John Wiley & Sons. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/229469400_Culture_and_Mental_Illness_Social_Context_and_Explanatory_Models [Zugriff: 21.08.2017].
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture* (pp. 104-118). Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988) *Rethinking Psychiatry* (pp. 108-141). New York: Free Press.
- Kraepelin, E. (1904). Psychiatrisches aus Java. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 27* (Neue Folge, Bd. 15), 468-469.

- Lee, S., Ho, T. P. & Hsu, L. K. G. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23, 999-1017.
- Leeman, R. F., Fischler, C. & Rozin, P. (2011). Medical Doctors' attitudes and beliefs about diet and health are more like those of their lay countrymen (France, Germany, Italy, UK, and USA) than those of doctors' in other countries. *Appetite*, 56, 558-563.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J.Y., Hash-Converse, J., Phillips, L. A., Leventhal, E. A. & Cameron, L. D. (2012). Modeling Health and Illness Behavior. The Approach of the Commonsense Model. In A. Baum, T.A. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Behavior* (2nd Ed., pp. 3-35). New York: Psychology Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer, (Eds.) *A Handbook of Psychology and Health, Vol. IV: Social Psychological Aspects of Health* (pp. 291-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Marcella, A. J. & Yamada, A. M. (2007). Culture and Psychopathology. Foundations, Issues, and Directions. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of Cultural Psychology* (pp. 797-818). New York: Guilford Press.
- Mika, J., Abdallah-Steinkopff, B. & Gavranidou, M. (2015). Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeutenjournal*, 14(2), 134-145.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern: Huber.
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H. et al. (2014). Culture and Health. *Lancet*, 384, 1607-1639.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.L. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Paralikar, V. P., Sarmukaddam, S. B., Patil, K. V., Nulkar, A. D., & Weiss, M. G. (2015). Clinical value of the cultural formulation interview in Pune, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(1), 59-67. DOI: 10.4103/0019-5545.148524.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Schmidt, L. (2015). „Unsere Patienten gelten als verrückt, nicht als krank“. Verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/psychiater-im-gespraech-unsere-patienten-gelten-als-verrueckt-nicht-als-krank-13620895.html> [Zugriff: 28.4.2018].
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a

- systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 440-452.
- Schott, H. & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C.H. Beck.
- Shorter, E. (1994). *From the mind into the body. The cultural origins of psychosomatic symptoms*. New York: The Free Press.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Steele, C. & Aronson, J. (1995). Stereotype Threat and Intellectual Test Performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797-811.
- Stone, J., Hewett, R., Carson, A., Warlow, C. & Shape, M. (2008). The 'disappearance' of hysteria: historical mystery or illusion? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 12-18. DOI: 10.1258/jrsm.2007.070129
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- von Lersner, U. & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensible Psychotherapie*. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 64. Göttingen: Hogrefe.
- Watters, E. (2016). *Crazy like us. Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- World Health Organization (Hrsg.). (2018). *Mental Health: Strengthening our response*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Zugriff: 22.08.2017].
- World Health Organization (Hrsg.). (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Verfügbar unter: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 [Zugriff: 22.08.2017].
- World Health Organization (Hrsg.). (1997). *WHOQOL. Measuring Quality of Life*. Verfügbar unter: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [Zugriff: 15.12.2017].