

1 Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie

Thomas Stompe

In unserem Zeitalter der Globalisierung und der Kontinente übergreifenden Wanderungsbewegungen ist für Psychiater und Psychologen der Wissenserwerb über die Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Kultur eine durch die tagtägliche Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund vorgegebene Notwendigkeit geworden. Im Rahmen von Auslandsbeschäftigungen ist man ebenfalls mit häufig fremdartig anmutenden Ausdrucksformen psychischen Krankseins konfrontiert, die ohne das nötige Fachwissen nicht verstanden werden können. Dieses Problem ist allerdings nicht neu. Bereits an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert führten Imperialismus und Kolonialherrschaft zwangsläufig zu intensiven Begegnungen mit fremden Kulturen und damit zur Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten in außereuropäischen Regionen. In dieser Epoche ist daher die Geburtsstunde der Transkulturellen Psychiatrie anzusetzen. Diese untersucht den Einfluss von Kultur und Gesellschaft auf die Existenz und Häufigkeit, den Verlauf, die Symptomgestaltung psychischer Krankheiten, sowie die Symptompräsentation und die Krankheits- und Behandlungskonzepte in verschiedenen Kulturen. Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich innerhalb der Transkulturellen Psychiatrie mit der kulturvergleichenden Psychiatrie, der Migrationspsychiatrie und der Ethnopsychiatrie drei Forschungs- und Arbeitsgebiete, die sich in ihrem Aufgabenfeld, ihrer Epistemologie und Methodik in manchem unterscheiden (Stompe 2006; Ritter u. Stompe 2011).

Da der erste Band der Wiener Schriftenreihe für Transkulturelle Psychiatrie der Thematik der psychischen Erkrankungen im Kulturvergleich gewidmet ist, wird hier das komplexe Problemfeld der Pathogenese und Pathoplastik psychischer Erkrankungen unter Migrations- und Akkulturations-

bedingungen ausgeklammert. Der Kulturvergleich selbst ist mit verschiedenen Problemen belastet (Srubal et al. 2005). Im Vorfeld der transkulturell-psychiatrischen Forschung gilt es einige wesentliche Punkte zu klären. Illustriert wird dies anhand des Beispiels der International Study on Psychotic Symptoms (ISPS), in der zwischen 1994 und 1999 in sieben Ländern (Georgien, Ghana, Litauen, Nigeria, Österreich, Pakistan und Polen) Daten von insgesamt 1.070 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie erfasst wurden.

1.1 Epistemologische Grundhaltung

Innerhalb der transkulturellen Psychiatrie bildeten sich drei epistemologische Vorannahmen über Krankheit und Kultur aus.

1.1.1 Das partikularistische Krankheitsverständnis

Von kulturanthropologisch orientierten Psychiatern wurde die Vergleichbarkeit der Manifestationsformen psychischer Erkrankungen aus Kulturen, die sich in ihren Menschen- und Weltbildern erheblich unterscheiden, grundsätzlich angezweifelt. Zu unterschiedlich und daher nahezu unübersetzbar seien die semantischen Felder, in welchen psychische Leidenszustände eingebettet sind, zu wenig vergleichbar die kulturspezifischen Krankheitskonzepte. Unter diesen Rahmenbedingungen könne die Suche nach universell gültigen Aussagen nur zu einer Nivellierung der Unterschiede führen. Die Kritik am partikularistischen Ansatz blieb von Seiten der universalistisch orientierten Psychiatrie allerdings nicht aus:

1. Ohne Referenzsystem sei es nicht möglich, überhaupt von einer bestimmten Erkrankung zu sprechen.
2. Was partikularistisch orientierte Forscher als kulturspezifische Erkrankung bezeichnen, könnte dem allgemein geteilten Krankheitsverständnis so fern stehen, dass man eigentlich schon von einem Culture-Bound-Syndrom sprechen müsse.

1.1.2 Das universalistische Krankheitsverständnis

Die kulturvergleichende Psychiatrie geht zumeist von einem universalistischen Krankheitsverständnis aus. Universalistische Ansätze zielen auf die Herausarbeitung gemeinsamer Muster und Eigenschaften ab. Neben Universalien, die auf der allen Menschen gemeinsamen biologischen Ausstattung beruhen, können auch kulturelle Universalien beschrieben werden (Antweiler 2007). Die dem Universalismus verpflichteten Forscher halten daran fest, dass es ungeachtet aller kulturellen Unterschiede der Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen, des zur Beschreibung psychischer Leidenszustände verwendeten semantischen Materials und der spezifischen Umgangsweise mit

1.2 Wahl der Fragestellung

der Erkrankung, möglich sei, einen kulturinvarianten Kern herauszuarbeiten, der als Referenzpunkt für fremdethnische Manifestationsformen psychischer Erkrankungen dienen könne. Zu vermeiden gelte es allerdings, unkritisch die in der klassischen europäischen Psychiatrie als typisch angesehenen Beschreibungen als selbstverständliches Referenzsystem für andere Kulturen und Ethnien zu übernehmen. Das häufig nicht explizit dargelegte Ziel des kulturvergleichenden Ansatzes ist es dagegen, mit statistischen oder hermeneutischen Methoden Idealtypen klinischer Bilder herauszuarbeiten, die Nähe und Distanz dieser Idealtypen zu kulturspezifischen Phänotypen psychischer Erkrankungen darzustellen und damit eine validere Ausgangsbasis für epidemiologische Untersuchungen zu gewinnen.

1.1.3 Das absolutistische Krankheitsverständnis

Die innerhalb der psychiatrischen Epidemiologie verbreitete absolutistische Haltung geht davon aus, dass Krankheitsbilder in allen Kulturen gleich aussehen und demnach kontextfrei bestimmt werden können. Sie können daher empirisch leicht mit standardisierten Verfahren erfasst und ohne kulturspezifische Kompetenz gedeutet werden. Quantitative Vergleiche erscheinen unproblematisch und leicht interpretierbar. Aus terminologischen Gründen und wegen der Verwendung eines vergleichenden Ansatzes wird der Universalismus oft fälschlicherweise mit dem Absolutismus gleichgesetzt.

Für die ISPS wurde ein universalistischer Ansatz gewählt. Diese Zugangsweise ist deutlich aufwändiger als der absolutistische Ansatz.

1.2 Wahl der Fragestellung

Kulturvergleichende psychiatrische Studien zielen immer auf die Herausarbeitung von kulturunabhängigen Ähnlichkeiten und kulturgeprägten Unterschieden ab. Prinzipiell kann der Vergleich diachron (historisch) oder synchron (im Querschnitt) erfolgen. In der Folge wollen wir uns ausschließlich mit synchronen Untersuchungsdesigns auseinandersetzen. Soll in einer populationsbasierten Studie das gesamte mögliche Spektrum an Erkrankungen verglichen werden, beschränkt man sich auf die Untersuchung der Häufigkeit einer einzelnen Erkrankung oder auf die Häufigkeit einzelner Symptome einer bestimmten Krankheit? Je breiter das Spektrum der erfassten Erkrankungen ist, desto geeigneter ist ein absolutistischer Ansatz, je enger die Fragestellung, desto günstiger ist ein universalistischer Zugang. Neben Krankheiten und deren Symptomatik können aber auch Haltungen zu Krankheiten und Störungsbildern (Krankheitskonzepte, Stigmatisierung, familiäre und soziale Unterstützung etc.), Familiensystemen und v.a.m. untersucht werden (s. Tab. 1).

Tab. 1 Untersuchungsschwerpunkte in der kulturvergleichenden Psychiatrie

Schwerpunkt	Parameter	epistemologischer Zugang
Krankheit, klinisches Bild	Prävalenz	absolutistisch, universalistisch
	Subtypen, Syndrome (quantitativ)	absolutistisch, universalistisch
	Verlauf, Ausgang	absolutistisch
Syndrome, Symptome	Phänomenologie	universalistisch
Behandlung	Setting, Ansprechen, Nebenwirkungen	absolutistisch
Krankheitskonzepte	Einzelitems, übergeordnete Erklärungsmuster	universalistisch
Stigmatisierung	Einzelitems, übergeordnete Bereiche	universalistisch
soziale Unterstützung	Einzelitems, übergeordnete Bereiche	universalistisch
Familienstrukturen	Familienformen, Mitgliederanzahl, Familienstand der Eltern, Geschwisterreihen etc.	absolutistisch
soziale Integration	Familienstand, Ausbildung, Beruf des Patienten	absolutistisch

Die Ergebnisse können entweder für sich analysiert (Ritter et al. 2010; Stompe et al. 2010) oder mit Daten zur Häufigkeit, Verlauf und Gestaltung der Symptomatik einer psychischen Erkrankung in Beziehung gesetzt werden.

1.3 Referenzsysteme

Bevor man die Wirkungsweise lokaler Faktoren auf die Entstehung und Gestaltung psychischer Krankheiten studiert, muss festgelegt werden, welche meso- bzw. makrosoziokulturellen Einheiten für den Vergleich herangezogen werden und wie diese definiert sind (s. Tab. 2).

Tab. 2 Spektrum der Referenzgruppen

Einheiten	Anzahl	Bemerkungen
<i>Menschen</i> (Individuen)	6,56 Mrd.	= ca. 5,8% aller je gelebten Menschen (106,4 Mrd., seit 50.000 v.u.Z.)
<i>Sprachen</i> , linguistische Gruppen	5.000–7.000	starke Abnahme der Zahl: derzeit schon etwa 2.000 Sprachen mit weniger als 1.000 Sprechern
<i>Ethnien</i> : „Wir“-Kollektiv mit spezifischer Kulturtradition	2.500–8.000	Spektrum reicht von Ethnien mit wenigen Mitgliedern bis ca. 1. Mrd. (Han-Chinesen)
<i>Staaten</i>	225	Zunahme (1972: 172 Staaten; aber 1000 v. Chr. ca. 20.000 politische Einheiten)
<i>Kulturregionen</i> , „Kulturkreise“	9–20	9 Zivilisationen nach Huntington
<i>Menschheit</i>	1	Homo sapiens

Im angloamerikanischen Raum werden häufig Rassen verglichen (Kaukasier, Afroamerikaner, Latinos etc.). Im Gegensatz zum Rassenbegriff der deutschen Sprache, ist *race* im Englischen ein Terminus, der biologisch *und* kulturell konnotiert ist. In der deutschsprachigen Transkulturellen Psychiatrie sind die verglichenen Einheiten zumeist Staaten oder Großregionen, manchmal auch Sprachgruppen, Ethnien oder Kulturkreise.

Staaten sind politische Gebilde, die ethnisch und sprachlich in unterschiedlichem Maße homogen sind. Während etwa die eingeseessene österreichische Bevölkerung sprachlich und ethnisch ziemlich homogen ist, gibt es bereits in der Schweiz vier gleichberechtigte Sprachen und in Nigeria sind sogar 511 lebende Sprachgemeinschaften katalogisiert. Insgesamt ist die angenommene Zahl der Sprachen rückläufig (geschätzt zwischen 5.000 und 7.000).

Ethnie oder *Ethnos* (von griechisch ἔθνος, *éthnos*, „Volk, Volkszugehörige“) ist ein Begriff aus der Sozial- und Kulturanthropologie (früher Ethnologie oder Völkerkunde). Ethnologen fassen mit diesem Begriff benannte Populationen von Menschen zusammen, die Herkunftssagen, Geschichte, Kultur, Verbindung zu einem spezifischen Territorium und ein Gefühl der Solidarität miteinander teilen. Durch den Begriff „ethnisch“ werden Menschen nicht nach linguistischen Gesichtspunkten in Gruppen eingeteilt. In manchen Ländern (vor allem in Einwanderungsländern wie den USA oder Kanada) benutzen verschiedene ethnische Gruppen dieselbe Sprache als gemeinsame Verkehrssprache. Andererseits gibt es innerhalb der Sprachen vieler ethnischer Gruppen stark ausgeprägte Dialekte, die sich im Laufe der Zeit in verschiedene Sprachen auseinander entwickeln können.

Großregion ist ein geographischer Begriff, der Bevölkerungsgruppen umfasst, die gewisse sprachliche oder kulturelle Gemeinsamkeiten zeigen (etwa „Westafrika“ oder „Indochina“). Wie leicht ersichtlich, sind diese Einheiten nicht deckungsgleich mit dem Kulturbegriff.

Der Terminus *Kultur* kommt vom Lateinischen *cultura* was soviel meint wie „Bearbeitung“, „Pflege“, „Ackerbau“, von *colere*, „wohnen“, „pflegen“, „den Acker bestellen“. Für den Systemtheoretiker Niklas Luhmann (1999) beginnt Kultur geschichtlich gesehen erst dann, wenn es einer Gesellschaft gelingt, nicht nur Beobachtungen vom Menschen und dessen Umwelt anzustellen, sondern auch spezielle Formen und Blickwinkel der Beobachtungen der Beobachtungen zu entwickeln. Diese Voraussetzung wurde an der Schwelle zur Moderne Ende des 18. Jahrhunderts erreicht. Seither wird der Terminus in der heute gebräuchlichen Weise verwendet. Er erfuhr zahlreiche Begriffsbestimmungen, die unterschiedliche Bedeutungsfacetten fokussierten. Eine Definition, die für die Transkulturelle Psychiatrie ausreichend weit ist, stammt von Alexander Thomas:

„Die Kultur einer Gruppe oder Klasse umfasst die besondere und distinkte Lebensweise dieser Gruppe oder Klasse, die Bedeutungen, Werte und Ideen, wie sie in Institutionen, in

den gesellschaftlichen Beziehungen, in den Glaubenssystemen, in Sitten und Bräuchen, im Gebrauch der Objekte und im materiellen Leben verkörpert sind. Kultur ist die besondere Gestalt, in der dieses Material und diese gesellschaftliche Organisation des Lebens Ausdruck findet. Eine Kultur enthält die ‚Landkarten der Bedeutung‘, welche Dinge für ihre Mitglieder verstehbar machen“ (Thomas et al. 2009).

Damit wird eine wichtige, auch von den Bielefelder Systemtheoretikern immer wieder hervorgehobene Funktion verdeutlicht: In einer komplexen natürlichen und sozialen Umwelt helfen kulturelle Muster Kontingenz zu reduzieren, was vermutlich ein evolutionärer Vorteil ist.

Als *Kulturkreis* oder *Kulturraum* bezeichnet man ein großflächiges Siedlungsgebiet, dessen Mitgliedern die gleiche oder zumindest eine ähnliche Kultur zugeschrieben wird. Das Konzept des Kulturkreises übersteigt in seiner Reichweite meist andere Einteilungen sozialer Einheiten wie soziale Gruppen, Stämme, Gesellschaften, Nationen oder „Völker“. So spricht man beispielsweise vom „christlichen Abendland“ bzw. vom „islamischen Orient“ als zwei großen Kulturkreisen, die sich durch bestimmte Wertvorstellungen, soziale Normen, Sitten und Gebräuche auszeichnen. Wichtige klassische Vertreter der Kulturkreistheorie waren Leo Frobenius, Oswald Spengler und Arnold Toynbee. Die Definition der Größe eines Kulturkreises wird unterschiedlich vorgenommen und richtet sich nach der Auswahl von Bestimmungen, die für die Unterscheidungen typisch sein sollen. So wird einerseits von einem skandinavischen Kulturkreis gesprochen, der andererseits auch Teil des europäischen Kulturkreises sein kann. Eine beliebte Einteilung ist die in „Westlicher Kulturkreis“, „Fernöstlicher Kulturkreis“ oder in „Arabischer Kulturkreis“. Wichtige lebende Vertreter einer gemäßigten Fassung dieser Theorie sind Samuel Huntington oder Bassam Tibi.

Welches Referenzsystem verwendet wird, hängt letztlich vom untersuchten Kollektiv und den zur Erklärung anstehenden Ergebnissen ab. Jeder Mensch ist Teil einer sprachlichen und kulturellen Gemeinschaft, die wieder zu größeren Einheiten zusammengefasst werden kann. In jedem Fall sollte man sich aber über Reichweite und Grenzen der verwendeten Begriffe im Klaren sein. In der IPSP erhoben wir die ethnische Zugehörigkeit und die Staatsangehörigkeit. Da bei kulturvergleichenden psychiatrischen Studien Migrationshintergrund ein Ausschlusskriterium darstellt, stimmen in den Österreich, Polen und Litauen Staatsangehörigkeit und ethnische Zugehörigkeit überein. Ganz anders ist die Situation jedoch in Georgien, Pakistan, Nigeria und Ghana zu bewerten, wo verschiedene ethnische Gruppierungen und Sprachgemeinschaften leben. Dies sei am Beispiel der beiden Westafrikanischen Staaten illustriert (s. Abb. 1).

Diskriminanzanalytisch zeigte sich, dass sich die Mitglieder der einzelnen Ethnien in ihrer produktiv-psychotischen Symptomatik in weniger als 10% der Varianz unterschieden, ähnliches ergab der Vergleich zwischen den beiden

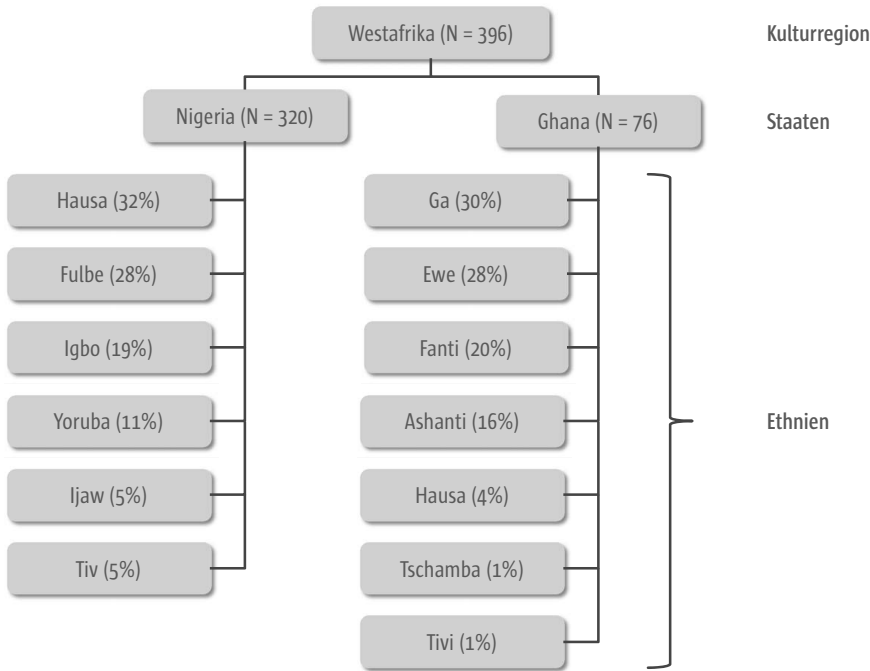


Abb. 1 Afrikanische Patienten der International Study of Psychotic Symptoms nach ethnischer Zugehörigkeit, Staatsbürgerschaft und Kulturregion

Westafrikanischen Staaten. Es kann also postuliert werden, dass sich gewisse Eigenheiten des Westafrikanischen Kulturraums (Beispiele wären der Glaube an Geister, Magie und Zauberei, ähnliche familiäre Sozialisationsbedingungen) vereinheitlichend auf die Phänomenologie psychotischer Symptome auswirken.

1.4 Auswahl der teilnehmenden Zentren, der Mitarbeiter/-innen, der Untersuchungsinstrumente, Ratertraining

Da, wie oben erwähnt, die kulturvergleichende Psychiatrie auf das Auffinden von kulturunabhängigen Ähnlichkeiten und kulturbedingten Unterschieden ausgerichtet ist, bewährt es sich für gewöhnlich, Länder oder Ethnien in die Studie einzuschließen, die eine ausreichende kulturelle Distanz zueinander aufweisen. Die Mitarbeiter der beteiligten Zentren sollten ausreichende Erfahrungen mit den kulturspezifischen Krankheitskonzepten und Symptomen besitzen. Es hat sich bewährt, sich auf Fachleute zu stützen, die einen Teil ihrer Ausbildung in Europa oder Nordamerika absolviert haben und bereits wissenschaftlich gearbeitet haben. Jede lokale Studiengruppe sollte aus zwei Ratern bestehen.

Die Auswahl der Untersuchungsinstrumente erfolgt nach drei Gesichtspunkten:

- Fragestellungen
- Vorliegen von geeigneten Instrumenten in den jeweiligen Landessprachen
- epistemologischer Ausgangspunkt

Im Rahmen der ISPS musste für die Erfassung der psychotischen Symptomatik schizophrener Erkrankungen ein eigenes Instrument entwickelt werden, da die bereits vorhandenen Fragebögen entweder von einem absolutistischen Krankheitsverständnis ausgingen oder für unsere Fragestellungen zu undifferenziert waren. Anhand der klassischen psychopathologischen Literatur und der vorliegenden transkulturell-psychiatrischen Arbeiten wurde eine Sammlung psychotischer Phänomene angelegt. Für die relevanten Zielitems wie Wahn oder Halluzinationen wurden aus der Literatur Definitionen gewählt, die in allen teilnehmenden Zentren akzeptiert wurden (Stompe 2008, 2010; Bauer et al. 2011). Darüber hinaus gibt es in dem eigens dafür entwickelten Fragebogen für psychotische Symptome neben den dichotom zu beantwortenden Items ausführlich Raum für die semistrukturierte deskriptive Beschreibung der Symptomatik. Wenn ein Patient das Vorliegen eines Symptoms bejahte, wurde er gebeten, einige Beispiele dafür zu geben. Wenn er etwa angab, Stimmen zu hören, wurde nach dem Thema, der Lokalisation, der Häufigkeit, der Dauer usw. nachgefragt. Damit wurde die Datenerhebung deutlich umfassender. Dadurch wurde es erst möglich, Stimmen mit großer Sicherheit von Gedankenlautwerden, Gedankeneingebungen, illusionären Verkennungen oder Vorstellungskonkretisierungen abzugrenzen (Stompe et al. 2003; Bauer et al. 2011)

Der strukturierte Abschnitt der deutschen Version des Fragebogens wurde einerseits mit dem von uns verwendeten diagnostischen Manual (SCID 1), andererseits mit dem semistrukturierten deskriptiven Abschnitt des Fragebogens validiert. Das Instrument wurde von den beiden österreichischen Ratern auf Interrater- und Retest-Reliabilität geprüft. Als nächster Schritt wurde der Bogen in die jeweiligen Landesprachen übersetzt und rückübersetzt. Die Übersetzung erfolgte im jeweiligen Zentrum, die Rückübersetzung in Österreich. Am aufwendigsten gestaltete sich das Rater-Training. Dabei wurde wie folgt vorgegangen: In jedem Zentrum wurden von einem Rater fünf aufwändige Kasuistiken zusammengestellt und an alle übrigen beteiligten Länder verschickt. Bereits zuvor wurden die Fallberichte von dem zweiten Rater beurteilt. Anschließend wurden alle Kasuistiken von sämtlichen Studienteilnehmern unter Zuhilfenahme des Fragebogens ausgewertet. Die Ergebnisse wurden geprüft, abweichende Bewertungen wurden solange diskutiert, bis Einigung bestand. Dieser Vorgang wurde ein halbes Jahr lang regelmäßig wiederholt, bis eine ausreichend gute Interrater-Reliabilität vorlag. Das Training erfolgte über Internet.

1.5 Interpretation der Ergebnisse

Im Falle statistisch signifikanter Ergebnisse gibt es drei sich ergänzende Ansätze, um psychopathologische mit soziokulturellen Daten in Verbindung zu setzen:

- Zur hermeneutischen Interpretation der Ergebnisse können soziologische, kulturpsychologische, kulturanthropologische, kulturgeschichtliche, kulturphilosophische oder religionsgeschichtliche Arbeiten über die jeweiligen Ethnien, Staaten oder Kulturregionen herangezogen werden.
- Auf der makrosozialen Ebene können demographische Daten wie der Modernisierungsgrad, die gesellschaftliche Ungleichheit, der Grad der Demokratisierung, die Verteilung der religiösen Konfessionen und andere Parameter der beteiligten Regionen zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen werden. Diese aggregierten Daten können mit Prävalenzen korreliert werden. Die makrosozialen Parameter beziehen sich zwar nicht direkt auf die individuelle Situation des Patienten, beschreiben aber das größere Umfeld in dem das Individuum aufgewachsen ist und lebt. Auch wenn sich die individuellen Wertehaltungen des Einzelnen von denen der Mehrheitsgesellschaften unterscheiden, kann dieser sich üblicherweise nicht gänzlich dem Einfluss des gesellschaftlichen Umfelds entziehen.
- Auf der meso- und mikrosozialen Ebene werden individualisierte Daten, wie das persönliche religiöse Bekenntnis, verschiedenste Wertehaltungen, Sozialisationsparameter, Daten zum kulturellen Milieu und ähnliches mehr, mit psychopathologischen Daten in Verbindung gesetzt. Während durch makrosoziale Daten eher implizite Einflüsse von Kultur und Gesellschaft auf psychische Parameter erfasst werden, beschreiben mikro- und mesosoziale Faktoren den Einfluss der unmittelbaren Lebenswelt. Idealerweise sollten alle drei Methoden zur Interpretation der Ergebnisse kulturvergleichender Untersuchungen herangezogen werden.

Wie in den Beiträgen dieses Bandes ausführlich beschrieben wird, gibt es deutliche interkulturelle Variationen in der Häufigkeit und Gestaltung psychischer Erkrankungen. Selbst bei einer Störung mit ausgeprägter Heritabilität wie der Schizophrenie, von der man ursprünglich annahm, dass sie in allen Teilen der Welt in ähnlicher Verteilung vorkommt, konnten neue Metaanalysen Schwankungen der Prävalenz und Inzidenz nachweisen (McGrath et al. 2004; Saha et al. 2005). Dabei scheinen unterschiedliche kulturelle und biologische Faktoren für die Verteilungsunterschiede und für die phänomenologische Gestaltung psychischer Erkrankungen verantwortlich zu sein, was im Folgenden dargestellt werden soll.

1.6 Kultur und Pathogenese psychischer Erkrankungen

Nicht nur schizophrene Störungen, sondern die meisten bekannten psychischen Erkrankungen zeigen beträchtliche regionale Häufigkeitsschwankungen. Ein zentrales Aufgabenfeld der kulturvergleichenden Psychiatrie ist die systematische Suche nach den dafür verantwortlichen Faktoren. Dafür verwendet sie das methodische Rüstzeug von Nachbarwissenschaften wie der psychiatrischen Epidemiologie, der Kultur- und Sozialanthropologie sowie der Kultur- und Religionswissenschaften (Ritter u. Stompe 2011). Da es in den letzten 10 Jahren in der Transkulturellen Psychiatrie zu einer Annäherung zwischen kulturwissenschaftlichen und biologischen Ansätzen kam, werden immer häufiger populationsgenetische Theorien in die Überlegungen miteinbezogen.

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass viele der ätiologischen und pathogenetischen Konstellationen, die in der westlichen Psychiatrie in den letzten 100 Jahren herausgearbeitet wurden, auch in anderen Kulturen Gültigkeit haben. Darüber hinaus gilt es allerdings Häufigkeitsunterschiede zu erklären, die auf teilweise noch unbekannte, entweder pathogen und protektiv wirksame, kulturspezifische oder regionale biologische Varianten zurückgeführt werden müssen. Abbildung 2 zeigt ein heuristisches Modell, das den Rahmen für die Integration der (künftigen) Ergebnisse der verschiedensten Fachrichtungen bilden könnte.

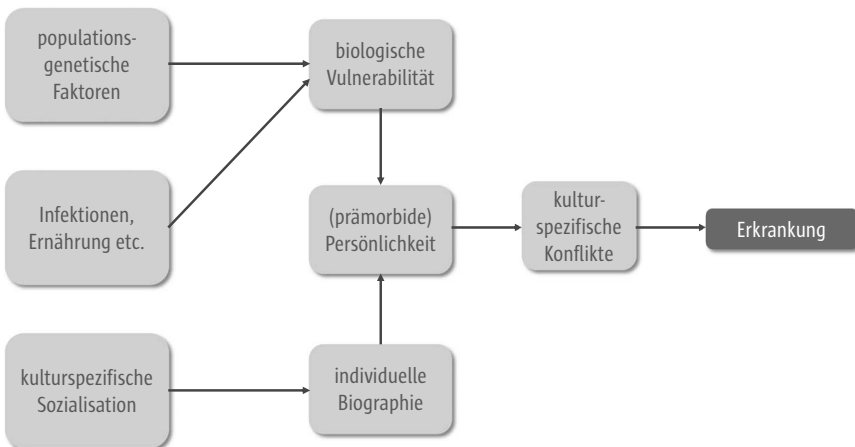


Abb. 2 Modell des Einflusses von Kultur und spezifischen biologischen Faktoren auf die Pathogenese psychischer Erkrankungen

Wie vor allem das junge Fach der Ethnopsychopharmakologie zeigt, gibt es pharmakogenetische Varianten, die sich auf die Metabolisierung und damit auf Wirkung und Nebenwirkungen von Psychopharmaka auswirken (Lin et al. 2008). Diese Erkenntnis ist nicht weiter überraschend; bereits in den 1990er-