

Die gemeindepsychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung  
von Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen  
in Mali. Integratives Behandlungsverständnis und  
subjektive Krankheitskonzepte

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der  
Philosophie

am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie  
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von  
Dipl. Psych. Fatima Napo

Berlin, 22.11.2016

Erstgutachterin: Prof. Dr. Anna Auckenthaler (FU BERLIN)  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Andreas Heinz (CHARITE BERLIN)

Tag der Disputation: 27.11.2017



## Danksagung

Herzlichen Dank möchte ich in meiner Dissertation Menschen aussprechen, welche mich im Rahmen dieses Projektes und der Verwirklichung meiner Dissertationsarbeit unterstützt haben.

Mein größter Dank gebührt meinen beiden Betreuern dieser Dissertation. Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler, meiner Doktormutter für ihre persönliche gute, unterstützende, wohlwollende Betreuung und durch ihre Initiative, dass eine Möglichkeit zur Teilnahme und gemeinsamen Austausches im Kolloquium ermöglicht worden ist. Denn nur dadurch konnte eine kritische Begutachtung meiner Arbeitsprozesse und Austausch mit anderen Doktoranden und Doktorandinnen ermöglicht werden. Vielen Dank meiner Forschungsgruppe der FU und Charité Berlin. Besonderen Dank möchte ich meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Andreas Heinz aussprechen, von dem ich in der Zeit unserer Zusammenarbeit so vieles lernen durfte. Deshalb betrachte ich ihn als meinen Mentor. Er hat mich von Anfang an vertrauensvoll dabei unterstützt, durch Forschung und Wissenschaft eine Brücke zwischen Afrika und Deutschland zu bauen. Als Leiter des Projektes hat Prof. Heinz und unser Forschungsteam der Charite meinen Forschungsunterhalt nach Mali begleitet und stets wunderbar betreut. Darüber hinaus möchte ich der Charité Berlin danken mein Forschungsvorhaben finanziell zu fördern. Besondere Dank auch Prof. Dr. Irmingard Staeuble, welche mich im Rahmen meiner Diplomarbeit betreut hat und dadurch thematisch eine wichtige Grundlage in Bezug auf diese Dissertation geschaffen werden konnte. Für die Besprechungstermine des qualitativen Methodenteils möchte ich mich herzlich bei Dr. Agnes Mühlmeier-Mentzel bedanken. Herzlichen Dank möchte ich Herrn Prof. Manfred Zaumseil aussprechen, welcher bereits am Anfang des Projektes mit vielen Rückmeldungen und eigenen Erfahrungen diese Dissertationsarbeit positiv unterstützt hat. Dr. med. Ernestine Wohlfart vielen Dank für ihr beträchtliches Vertrauen in meine therapeutische Arbeit in der Charité Institutsambulanz und wissenschaftlichen Support.

Vielen Dank möchte ich in diesem Rahmen Prof. Dieter Kleiber aussprechen, welcher mich im Kolloquium sehr positiv mit guten Vorschlägen unterstützt hat.

Prof. Dr. Babette Renneberg, PD Dr. Michelle Brehm und Dr. Ulrike Zetsche gebührt mein aufrichtiger Dank für ihre Bereitschaft, Interesse, Unterstützung und Mitwirkung im Rahmen meiner Promotionskommission.

Prof Dr. Koumare, Chef der Universitätsklinik Bamako, Pont G in Mali und Dr. Coulibaly und Prof. Dr. Togora, danke ich außerordentlich für ihre genderorientierte Offenheit, Unterstützung und deren lehrreichen Austausch bei der Datenerhebung in Bamako, Mali. Meinem gesamten Schulpsychologischen Team im Senat Berlin. Prof. Dr. med. Schouler-Ocak und Dr. Mazda Adli und Prof. Dr. Theda Borde. Eva Dräger und Dr. Annegreth Conrad, Dr. Malick Faye, Lars und Roman, Pascaline, Emily Giulia Schütte, Dr. Fanja Riedel, Prof. Damani Patridge (USA)... und allen Mitstreitern und Mitstreiterinnen dieses Projektes in Deutschland und Mali (denn „Forschung ist stets ein gemeinsames Unterfangen“) vielen Dank. Der wahrhaft größte Dank gilt allen meinen Patienten und Patientinnen, in Deutschland und Afrika, welche im Rahmen dieser Promotion mitgewirkt haben. Mit dem Ziel eine dauerhafte und positive Verbesserung im Verständnis und Behandlungsweisen von Menschen mit psychotischen Erkrankungen zu erreichen. Herzlichen Dank. Thank you. Merci.

Allen Menschen möchte ich hiermit danken, welche mich im Verlauf dieser langen Lebensphase unterstützt haben. Für ihre Geduld, Zuversicht und ihr großes Verständnis und Glauben an mich und einer positiven Realisierung dieser Dissertationsarbeit trotz großer Widerstände.

---

## Abstract

### **Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen in Mali.**

Integratives Behandlungsverständnis und subjektive Krankheitskonzepte

**Ziele.** Subjektive Krankheitskonzepte können sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Kultur stark unterscheiden. Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung subjektiver Krankheitskonzepte von westafrikanischen Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F20

Schizophrenie. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die subjektiven Krankheitskonzepte und das spezifische Behandlungsverständnis ihrer Angehörigen, Bezugspersonen und behandelnden Experten und Expertinnen in einem gemeindepsychiatrischen Krankenhaus in Westafrika, Mali gelegt.

**Methode.** Im Rahmen dieser Dissertation partizipierten  $n = 20$  Patienten und Patientinnen und Experten und Expertinnen an einer Untersuchung, die in der psychiatrischen Universitätsklinik Pont G in Bamako, Mali im Rahmen einer internationalen Kooperation mit der Universitätsklinik Charité Berlin stattfand.

Diese Studie basiert methodisch auf einem qualitativen Forschungsparadigma, bei welchem semistrukturierte Interviews analysiert wurden, um psychotische Kernsymptome und subjektive Konzepte der fünf untersuchenden Experten und Expertinnen und 15 untersuchten Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen wissenschaftlich zu erforschen. Alle transkribierten Interviews wurden mithilfe der computergestützten Auswertungssoftware ATLAS.ti analysiert und ausgewertet.

**Ergebnis.** Westafrikanische Patienten und Patientinnen aus Mali zeigen Kernsymptome der Schizophrenie, z. B. kommentierende Stimmen, Gedankeneingebung und andere Phänomene von fremdkontrollierenden Einflüssen, welche von den Betroffenen als subjektive Krankheitskonzepte in Form einer Inbesitznahme durch ‚Hexen‘ und ‚Djinns‘ erklärt wurden. Erklärungsmodelle und subjektive Konzepte unterscheiden sich in Abhängigkeit einer okzidentalen Migrationserfahrung und in Abhängigkeit des Alters.

Der Einschluss eines Familienmitglieds in die Behandlung erleichtert die Inklusion und die Genese der Patienten und Patientinnen. Die Experten und Expertinnen weisen auf die Notwendigkeit der Integration traditioneller, ethnopharmakologischer und moderner Medizin hin, um Patienten und Patientinnen kultursensitiv behandeln zu können.

---

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse postulieren einen starken Einfluss von subjektiven Krankheitskonzepten auf das subjektive Erleben von Schizophrenie, die Behandlungserwartung und den Umgang sowie anti-stigmatisierende Faktoren der Erkrankung. (vgl. Napo et al., 2012, S. 44).

**Schlüsselwörter:** Psychotische Symptome, Schizophrenie, Erklärungsmodelle, subjektive Krankheitskonzepte, Ethnopharmakologie, Migration, Stigma

---

## Abstract

Community-centered Psychiatric treatment of caregivers and patients with schizophrenic symptoms in Mali. Integrative treatment perspectives and subjective illness concepts.

Subjective explanations of illness concepts and disease can differ in terms of cultural beliefs. The aim of this present study was to examine explanatory models and indigenous treatment aspects of West African patients with schizophrenia and their caregivers in a community centred department of psychiatry in Mali, West Africa. **Methods.** Patients and experts n= 20 volunteered to be interviewed in the Department of Psychiatry of the University Hospital, Pont G in Bamako, the capital of Mali. The study is based on a qualitative approach by analysing semi-structured interviews to explore key psychotic symptoms and subjective explanatory models of psychosis in five experts and fifteen patients with schizophrenia. The interviews were additionally examined by using computer assisted content analysis with the program Atlas TI. **Results.** African patients displayed key symptoms of schizophrenia such as commenting and imperative voices, inserted thoughts and other phenomena of alien control, which were often subjectively explained as obsession by witches or Djinnns. Explanatory models differ depending on occidental migration experience and age influence. The involvement of family members in the treatment-setting facilitates inclusion and recovery. Experts emphasizes the need to integrate traditional and ethno- pharmacological approaches and modern medicine to treat their patients in a culture sensitive manner. **Conclusions.** Our data indicates a strong influence of subjective illness concepts on the experience of psychotic symptoms, treatment expectations, health related behaviour and anti-stigmatisation factors. (Napo et al., 2012, p. 44).

### Keywords

Psychotic symptoms, schizophrenia, explanatory models, qualitative subjective illness concepts, ethno-pharmacology, migration, stigmatisation

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	IV
Abstract .....	6
Inhaltsverzeichnis.....	9
1. Einleitung.....	12
2. Stand der Forschung.....	16
2.1 Studien zu Schizophrenie und Migration .....	22
2.2 Transkulturelle Studien der Migration .....	25
2.3 Studien zur Universalität von Schizophrenie .....	27
2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung .....	30
2.5 Differenzierung zentraler Begrifflichkeiten .....	31
2.5.1 Begriffsbestimmung: Subjektive Krankheitskonzepte.....	31
2.5.2 Begriffsbestimmung: Erklärungsmodelle .....	32
2.5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung .....	35
2.5.4 Der salutogenetische Blick .....	35
2.5.5 Das Konzept der Salutogenese.....	35
2.5.6 Das Kohärenzgefühl.....	37
2.5.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die Untersuchung .....	38
3 Der Kontext der Untersuchung .....	39
3.1 Daten über Mali.....	39
3.2 Das Setting in Pont G .....	43
3.3 Das Konzept der Angehörigenbegleitung.....	45
3.4 Geschichtliche Entwicklung der Universitätsklinik Pont G in den 1980er-Jahren.....	46
3.5 Historie der Koteba.....	47
3.6 Koteba-Therapie .....	48
3.7 Traditionelle Vorstellungen in der malischen Gesellschaft.....	51
3.7.1 Die traditionellen Basiskonzeptionen nach Coulibaly .....	53
3.7.2 Zusammenfassung der traditionellen Konzepte .....	55
3.7.3 Ausschnitt aus der Geschichte der Psychiatrie in Mali.....	55
3.7.4 Exkurs Stigmatisierung und Exklusion.....	60
3.7.5 Exkurs: Ergebnisse der 1. Vorstudie in Deutschland .....	62
4 Fragestellung der Untersuchung .....	64
5 Methodische Basis der Untersuchung.....	65
5.1 Methoden der Datenerhebung .....	65

5.1.1 Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen .....	65
5.1.2 Durchführung und Vorbereitung der Interviews.....	68
5.1.3 Das problemzentrierte Interview.....	69
5.1.4 Das Experten und Expertinnen Interview .....	71
5.2 Methoden der Datenauswertung.....	73
5.2.1 Transkription.....	73
5.2.2 Die qualitative Inhaltsanalyse .....	74
5.2.3 Entwicklung des Codierungssystems.....	79
5.2.4 Computergestützte Auswertung mit Atlas TI .....	81
6 Ergebnisse .....	84
6.1 Ergebnis Psychiatrisch-psychotherapeutisch-indigener Behandlungsansatz westafrikanischer Patienten und Patientinnen und Angehörigen mit psychotischen Symptomen.....	84
6.2 Subjektive Krankheitskonzepte und Erklärungsmodelle von Patienten und Patientinnen .....	91
6.3 Subjektive Krankheitskonzepte der Angehörigen westafrikanischer Patienten und Patientinnen und Angehörige mit psychotischen Symptomen .....	94
6.4 Subjektive Krankheitskonzepte der behandelnden Experten und Expertinnen .....	95
6.5 Ent-stigmatisierende Faktoren des Behandlungsansatzes in Pont G .....	98
6.6 Gegenüberstellung Ergebnisse Studie 1 und Studie 2 .....	100
7 Diskussion und Schlussfolgerung.....	102
7.1 Diskussion der Experten und Expertinnen Befragung.....	103
7.2 Diskussion zur Befragung der Patienten und Patientinnen.....	107
7.3 Diskussion zur Befragung der Angehörigenbefragung .....	108
7.4 Zusatzerläuterung zur Befragung des Untersuchungskollektivs .....	108
7.5 Bewertungskriterien qualitativer Forschung .....	110
7.5.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit .....	111
7.5.2 Indikation des Forschungsprozesses .....	113
7.5.3 Empirische Verankerung .....	114
7.5.4 Limitation.....	114
7.5.5 Kohärenz .....	116
7.5.6 Relevanz.....	116
7.5.7 Reflektierte Subjektivität .....	116
7.6 Überlegungen eigener Kriterien qualitativer Forschung .....	119
7.6.1 Inhaltlich zweite Validierung durch Forschungssubjekt.....	119
7.6.2 Veränderung durch Sprache.....	119
7.6.3 Unabhängige Transkriptionszeiträume definieren .....	119
7.6.4 Empowerment durch Forschungsteam .....	120
7.7 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse und Schlussfolgerung .....	121

8. Literaturverzeichnis.....	124
ANHANG A Transkriptionsleitfaden .....	140
ANHANG B Klinikakte.....	144
ANHANG C Leitfragebogen und Fragenliste.....	146
ANHANG D Fragenliste.....	147
ANHANG E Falluntersuchung und Auswertungsbeispiel .....	148
ANHANG F Academic Curriculum Vitae.....	162
Eidesstattliche Erklärung.....	164

---

# 1 Einleitung

Schizophrenie ist eine schwerwiegende Erkrankung. In Deutschland erkranken jährlich eine nicht unerhebliche Anzahl afrikanischer Migranten und Migrantinnen an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Napo et al., 2012).

Die Art und Weise, wie ein betroffener Patient und seine Angehörigen sich eine psychotische Erkrankung erklären, ist von Bedeutung für Genese, Compliance und Behandlungszufriedenheit.

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Frage nach subjektiven Krankheitskonzepten und Behandlungsansätzen westafrikanischer Patientinnen und Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Experten und Expertinnen in Mali, Bamako in einer integrativen-gemeindezentrierten psychiatrischen Versorgung.

Die Fragestellung der Untersuchung ist von großem Interesse, weil zugrunde gelegt werden kann, dass die therapeutischen Indikationen und Therapieverläufe oft unter einer mangelnden Kenntnis kultureller Konzeptionen von Patienten und Patientinnen/innen mit afrikanischem Migrationshintergrund leiden (vgl. Fazel et al., 2005). Vor dem Hintergrund der klinisch-therapeutischen Praxis der Autorin wurden durch diverse Patientenberichte verdeutlicht, dass sich Patienten und Patientinnen/innen mit Migrationshintergrund oftmals im Behandlungsverlauf von ihren behandelnden Therapeuten, Ärzten und Pflegekräften unverstanden fühlen (vgl. Hügel-Marshall, 1998).

Aufgrund dieser Tatsache suchen diese, wenn überhaupt, erst spät, d. h. in einem bereits schwer verschlechterten Zustand, ärztlich-psychotherapeutische Hilfe auf. Patienten und Patientinnen und Angehörige mit Migrationshintergrund bleiben aus diesem Grund in vielen Fällen vollkommen unbehandelt und verlassen spezifische Einrichtungen des Gesundheitssystems z.B. Krankenhäuser wieder zu schnell (vgl. Lindert et al. 2008; Tuna 1998; Kahraman 2000; Col-latz 2001). Basis der Überlegungen ist, diese Forschungsarbeit als bedeutsamen Beitrag zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems in Deutschland zu integrieren, um Patienten und Patientinnen und Angehörige mit Migrationshintergrund auch in der Diaspora kultursensibel, d. h. ihren Bedürfnissen entsprechend, behandeln zu können und auf diese Weise weitere

---

diagnostische Fehldiagnosen und Überforderungen des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren zu vermeiden (vgl. Collatz 2001).

Das Projekt wurde von 2007 bis 2010 während der Anstellung der Autorin als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Therapeutin an der Charité Berlin ins Leben gerufen. Die vorliegende Forschungsarbeit entstand unter der Projektleitung von Prof. Dr. Andreas Heinz und wurde von der Charité Berlin gefördert und in Kooperation mit der Freien Universität Berlin durch Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler wissenschaftlich betreut. Die Universitätsklinik Pont G in Mali wurde aufgrund der Datenerhebung in Afrika im Jahr 2009 durch die Zusammenarbeit des Klinikdirektors Prof. Dr. Baba Kaumare Kooperationspartner der Charité. Im Rahmen der Untersuchung wurden in diesem Zeitraum qualitative Interviews mit westafrikanischen Patienten und Patientinnen und Angehörigen in Deutschland an der Charité Berlin und an der Universitätsklinik Pont G Bamako, Mali geführt.

Die vorliegende Dissertation lässt sich deshalb in zwei voneinander unabhängige Untersuchungsabschnitte gliedern. Der erste Teil der Untersuchung fand im Jahre 2006 im Rahmen der Anstellung als klinische Psychologin mit psychotherapeutischer und wissenschaftlicher Funktion an der Charité Berlin statt. Auf der Grundlage unserer klinischen Arbeit wurde bereits eine Vorstudie 1 (Studie I in Deutschland) mit westafrikanischen Patienten und Patientinnen und Angehörige durchgeführt, die in Deutschland an der Charité Berlin behandelt wurden. Die Datenerhebung und erste Auswertungen sowie Publikationen und Vorstudien erfolgten aus diesem Grunde bereits während dieser Studienphase im Rahmen des wissenschaftlichen Aufbaus der transkulturellen Ambulanz für Psychotherapie und Supervision an der Charité Berlin. Abschließend wurde die Untersuchung methodisch, inhaltlich diskutiert und organisatorisch vorbereitet und modifiziert. Der erste Teil unserer Untersuchung (Studie 1 in Deutschland)<sup>1</sup> analysierte westafrikanische Patienten und Patientinnen und Angehörige aus unterschiedlichen westafrikanischen Ländern.

---

<sup>1</sup> Studie 1 untersuchte die subjektiven Krankheitsmodelle mit westafrikanischen Patienten und Patientinnen in Deutschland an der Charité Berlin.

---

Der zweite Teil der Untersuchung (Studie 2) fand im Jahr 2009 statt und widmet sich darauf aufbauend der Untersuchung von subjektiven Krankheitskonzepten anhand einer homogenen Stichprobe von Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Experten und Expertinnen und Expertinnen in Westafrika, Mali. Vor dem Hintergrund des Forschungsinteresses konnten somit subjektive Krankheitskonzepte und Behandlungsansätze in einem integrativen bzw. gemeindepsychiatrischen Setting näher studiert werden. Des Weiteren war es uns als Forschungsteam ein wissenschaftliches Anliegen, das professionelle Verständnis für indigene Behandlungskonzepte und insbesondere der Diagnostik detailliert zu beschreiben (Studie 2/Hauptuntersuchung).<sup>2</sup>

Meine Aufgabe als Therapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in diesem internationalen Forschungsprojekt definierte sich folgendermaßen: Einerseits sollte die Autorin das kulturell geprägte Krankheitsverständnis, die Behandlungsweisen malischer Patienten und Patientinnen und Angehörige sowie deren Einstellungen und Konzeptionen von psychotischen Symptomen analysieren und andererseits besondere Betonung auf die Erforschung der Ansichten der Experten und Expertinnen im therapeutisch-psychiatrischen Forschungsfeld legen. Darüber hinaus war es dem Forscherteam ein wissenschaftliches Anliegen, subjektive Konzepte auch für westliche Experten und Expertinnen verständlicher zu machen.

Auf dieser Grundlage könnte unser wissenschaftlicher Beitrag im Rahmen dieser Dissertation und durch verschiedenen Publikationen einen geeigneteren Zugang zu spezifisch indigenen Behandlungsmethoden und Sichtweisen ermöglichen. Als Konsequenz dieser Forschungsarbeit ist eine kultursensible Behandlungsweise und interkulturelle Öffnung von Migrantinnen und Migranten auch in der Diaspora möglicherweise keine Utopie mehr. Im Anschluss, sollen Faktoren, die einer Stigmatisierung entgegenwirken, neben diversen indigenen Behandlungsaspekten herausgearbeitet werden, damit diese auch im westlichen Kontext in Zukunft, wenn auch nur partiell, Anwendung finden können. Ein Perspektivenwechsel und eine Veränderung der pessimistisch therapeutischen Haltung in Bezug auf die Behandlung und spezifisch im Hinblick auf den

---

<sup>2</sup> Studie 2 untersuchte die subjektiven Krankheitsmodelle mit westafrikanischen malischen Patienten und Patientinnen in Afrika an der Universitätsklinik Pont G.

Umgang mit Patienten und Patientinnen und Angehörige mit psychotischen Symptomen könnte folglich damit ermöglicht werden.

Die Arbeit gliedert sich inhaltlich insgesamt in zwölf zentrale Teile. Die folgenden Kapitel 1 und 2 führen in die theoretische Thematik der Forschung ein und liefern einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand. In diesen Kapiteln werden verschiedene aktuelle transkulturelle, interkulturelle und Migrationsstudien aufgeführt. Diese verschiedenen Forschungsarbeiten beschäftigen sich wissenschaftstheoretisch mit dem Thema Schizophrenie bei westafrikanischen Patienten und Patientinnen in Afrika und in der Diaspora im Rahmen von Migrationserfahrungen. Kapitel 3 beschreibt die konkret zu erforschenden zentralen Fragestellungen dieser Dissertation im Hinblick auf die bereits genannten wissenschaftstheoretischen Entwicklungen und Konzeptionen hinsichtlich der Relevanz der Forschungsthematik

In Kapitel 4 werden sowohl das allgemein kulturell geprägte Forschungssetting als auch die Besonderheiten der gemeindeorientierten integrativen malischen Psychiatrie im Rahmen der qualitativen Forschungsmethodik, die bei dieser Forschungsarbeit Anwendung fand, ausführlich erläutert. Die Ergebnisse dieser Dissertation werden anschließend in Kapitel 5 detailliert behandelt und durch grafische Abbildungen ergänzt, um für interessierte Leser und Leserinnen ein Verständnis und eine bessere Nachvollziehbarkeit der Ergebnisauswertung und Interpretation zu ermöglichen. In Kapitel 6 werden anschließend die Forschungsergebnisse unter verschiedenen kritischen subjektwissenschaftlichen Gesichtspunkten reflektiert und diskutiert. Eine inhaltliche Diskussion der gesamten Dissertation findet sich schließlich in Kapitel 7.

In diesem Kapitel wird der gesamte Forschungsverlauf betrachtet und hinsichtlich seiner Relevanz und seines wissenschaftlichen Nutzens für die Forschung überprüft. Abschließend findet sich eine inhaltliche Zusammenfassung der Untersuchung in Kapitel 8. Daran schließt sich im Kapitel 9 das gesamte Literaturverzeichnis über die in der Arbeit zugrundeliegenden Forschungsliteratur an. Die Dissertationsarbeit schließt mit den Kapiteln 10, welche eine detaillierte Auflistung der verschiedenen Abbildungen innerhalb der Forschungsarbeit beinhaltet. In Kapitel 11 sind abschließend wichtige Anhänge z.B. Beispiel von Klinikakten und Interviews etc. angeheftet, welche im Rahmen der Dissertation für das Verständnis von Bedeutung sind.

---

## 2 Stand der Forschung

Subjektive Krankheitskonzepte können als Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich einer spezifischen Störung des Gesundheitszustands eines Menschen definiert werden (Linden 1985, Kleinmann 1980). Diese Krankheitstheorien umfassen subjektive Vorstellungen von Patienten und Patientinnen und Angehörige beinhalten darüber hinaus Informationen über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer spezifischen Erkrankung (vgl. Faller 1997). Was ein Mensch sich beispielsweise zu Ursachen, Konsequenzen und Dauer seiner Erkrankung vorstellt, kann Auswirkungen auf die Behandlung der Erkrankung haben. Die Art und Weise, wie ein Mensch sich in der Behandlung verstanden fühlt, hat Einfluss auf die Compliance und auf das Erleben der therapeutischen Beziehung (Linden 1985, Kahraman 2007).

Im europäischen Kontext prägten Vertreter wie z. B. Leventhal und sein Kollegenteam das Common-Sense-Modell, das die Entstehung und die gesundheitlichen Auswirkungen subjektiver Krankheitskonzepte erklärt. Dem Modell zufolge werden Krankheitsanzeichen wahrgenommen und mit Gedächtnisinhalten verknüpft. Infolge dieser verschiedenen Verknüpfungen der Gedächtnisinhalte entstehen kognitive Repräsentationen eines Problems und spezifische Begleitemotionen. Diese beinhalten meistens persönlichen Annahmen eines Menschen in Bezug auf seine Krankheitssymptome, Ursachen, Konsequenzen, Dauer der Erkrankung, Behandlungswirksamkeit und persönlichen Einflussfaktoren und krankheitsrelevanten Emotionen“ (vgl. Leventhal et al. 1984).

Des Weiteren befassen sich subjektive Krankheitskonzepte auch mit Vorstellungen und Einschätzungen der sozialen Folgen von Krankheiten bzw. der sozialen Rollen, die mit ihnen einhergehen. Damit eng verbunden sind diverse Aspekte, wie soziale Stigmatisierung durch z. B. psychiatrische Erkrankung sowie Folgen für die Teilnahme am sozialen Leben und an der Arbeitswelt, aber auch Vorstellungen zur Arzt- oder Patienten und Patientinnen Rolle (Christeiner 1999; David et al. 2002; Napo et al. 2012, S. 44).

Afrika hat eine Vielzahl von ethnischen Kulturen, die sich hinsichtlich verschiedener Aspekte wie z. B. Traditionen, Sitten, Ritualen, Sprachen unterscheiden. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass ein gemeinsames Verständnis hinsichtlich der Auffassung, wie physische und auch mentale Krankheiten entstehen, zugrunde liegt. Es ist ihnen allen gemeinsam, verschiedene externale Faktoren als Erklärungsmodelle heranzuziehen. Dazu gehört der Tabubruch und die Missachtung von Bräuchen, gestörte soziale Beziehungen, feindlich gesinnte Ahnengeister, Besessenheit von einem Geist, dämonische Besessenheit, Teufelswerke, der böse Blick, Hexerei, natürliche Ursachen und die Heimsuchung durch Gott oder Götter. Die Ursachen-Zuschreibung für Krankheiten bezieht sich somit sowohl auf sichtbare als auch auf unsichtbare Faktoren. Das hat zur Folge, dass die nicht-sichtbaren Erklärungsmuster eine dominierende Stellung in der afrikanischen Kultur aufweisen. (Napo 2008, S. 7; Mbiti 1991; Hook, 2004; Coulibaly 1988).

Die vorliegende Arbeit versucht, neben individuellen Krankheitsvorstellungen auch explizit Ressourcen<sup>3</sup> der Patienten und Patientinnen im Sinne der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1993, Faltermeier, 2001) zu erörtern. Damit setzt man sich zum Ziel, protektive und anti-stigmatisierende Faktoren herauszuarbeiten, welche dazu beitragen können, westafrikanische Patienten und Patientinnen und Angehörige und deren Umfeld auch nach ihrer Genesung im Sinne der Resilienz weiter gesundhalten zu können. Unter Resilienz ist eine dynamische Fähigkeit eines Menschen mit wichtigen Umständen und Situationen umzugehen. Dabei sind verschiedene Faktoren wie Optimismus, tragfähige Beziehungen oder auch Lösungsorientierung, die es dem Menschen ermöglichen Krisen zu überwinden und eventuell sogar daran zu wachsen. (Borgert 2013, S.178). Die individuelle Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von Krankheitssymptomen sowie Reaktionen auf Erkrankungen werden durch kulturelle Faktoren geprägt.

---

<sup>3</sup> In der Praxis ist es in den letzten Jahren zu einer Neuorientierung gekommen, welche sich von einer anfänglichen Defizit- oder Krankheitsorientierung in Richtung eines salutogenetischen Verständnisses entwickelt hat. Diese neue Sichtweise führt dazu, dass danach gefragt wird, über welche individuellen Ressourcen eine Person verfügen sollte, um bestimmte Probleme lösen zu können, und auf welche Weise man diese Bewältigungspotenziale weiter fördern kann. Die psychologische Belastungs- und Bewältigungsforschung diskutiert vor allem materielle, soziale und psychische Ressourcen (vgl. Ahbe T. (1997). Ressourcen-Transformation-Identität. In: H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), Identitätsarbeit heute. Frankfurt: Suhrkamp).

Der Begriff ‚Kultur‘ wird in diesen Zusammenhang wie folgt definiert:

From a knowledge perspective, culture is a network of knowledge shared among a collection of interconnected individuals. Knowledge broadly refers to all the ways of understanding that makes up our experienced, grasped reality, comprising learned routines of thinking, feeling and interacting with others as well as a corpus of assertions and ideas about many aspects of the world. (Chiu & Hong, 2006, zitiert nach Au et al., 2013, S. 159).

Lux (2001) verweist auf Folgendes:

Jede Kultur hat ein Ideensystem entwickelt, welches das Wissen dieser Kultur in ein logisches miteinander verknüpft. Hier werden die materiellen Möglichkeiten, die Institutionen und die Vorstellungen über Heilinstanzen, Körper, Gesundheit und Krankheit miteinander verwoben (S.7).

Aus diesem Grund soll in dieser Studie der Frage nach subjektiven Krankheitskonzepten und Behandlungsweisen psychotischer Patienten und Patientinnen, ihrer Angehörigen und der behandelnden Experten und Expertinnen aus Westafrika im Kontext einer gemeindepsychiatrischen Versorgung nachgegangen werden. Darüber hinaus wird der Umgang mit psychotischen Symptomen, d. h. Behandlungsweisen, erforscht. Aus der Forschung ist bekannt, dass eine Vielzahl von soziobiografischen Faktoren der Behandelnden einen bedeutenden Einfluss auf die subjektive Bewertung des diagnostischen Prozesses haben kann, diese wiederum den therapeutischen Verlauf entscheidend beeinflussen. Deshalb kommt es beispielsweise im Rahmen der klinischen Exploration und Diagnostik zu groben Fehleinschätzungen seitens des professionellen Behandlungsteams aufgrund deren Studium bzw. Ausbildung. Verschiedene Autoren diskutieren deshalb die Erforderlichkeit von Fachkräften im Bereich ihrer Kenntnisse über kulturelle Werte, Normen, Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund positiv zu unterstützen und zu fördern im Sinne einer kultursensitiven Diagnostik (vgl. Haasen et al. 2004; Strakowski et al., 1996; Cochrane et al. 1989; Özek 1989). Bedauerlicherweise existieren noch zu wenig Studienergebnisse und wissenschaftliche Untersuchungen über subjektive Krankheitskonzepte bei westafrikanischen Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Schizophrenie. Weder in Afrika noch in der Diaspora wurde dieses Thema bisher in der Forschungslandschaft hinreichend unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten diskutiert, obwohl die Lücke bzw. der Bedarf in der klinischen Versorgung von Migranten und Migrantinnen aus afrikanischen Ländern vorhanden sein.

Es existieren dennoch zahlreiche Studien hinsichtlich interkultureller Unterschiede von subjektiven Konzepten z. B. bei türkischen Patienten und Patientinnen (Haasen et al. 2004, 1997; Schouler-Ocak 2005; David et al. 2002). Darüber hinaus lassen sich einige Studien und neueste Forschungsergebnisse auffinden, welche sich wissenschaftlich mit Untersuchungen über religiöse Wahnhalte und Konzepte beschäftigen. Diese finden Beispielweise Erwähnung in der wissenschaftlichen Arbeit über Patienten und Patientinnen aus Jordanien (Daniah 2010). Besonders häufig weisen verschiedene Autoren und Autorinnen darauf hin, dass "psychogene Beziehungswahn Formen" in sprachfremder Umgebung (Koch 1998, S.17) differentialdiagnostisch abzuklären sind. In der Literatur wurde diskutiert, dass bei türkischen Patienten und Patientinnen mit der Diagnose einer Psychose oder einer Schizophrenie oft eher eine depressive Symptomatik dominiert und auf Unterschiede in der Psychopathologie verweist und sowohl eine antidepressive pharmakologische Behandlung als auch die therapeutische Anwendung kognitiver Verfahren zur Behandlung der Depression oder Psychose anstelle einer antipsychotischen Behandlungsweise impliziert werden können (vgl. Haasen et al. 2001).

Man kann sich vorstellen, dass in einer traditionalistischen Gesellschaft wie in Mali das psychologisch-medizinische Wissen in größerem Maße in kulturelle Strukturen inkludiert ist als dies in westlichen modernen Gesellschaften der Fall ist. Die Deutungsmuster für eine, 'Erkrankung' oder auch für den Umgang mit Krankheit werden aus diesen komplexen Ordnungssystemen gewonnen. Bereits der Begriff und das Verständnis von, 'Erkrankung' wird in einigen afrikanischen Kontexten mit, 'Ungleichgewicht im Leben' gleichgesetzt (vgl. Napo 2008; Morris 1994) diskutiert die Besonderheiten von Selbstkonzepten. Nach dieser Auffassung können Selbstkonzepte in Abhängigkeit jeweiliger kultureller Kontexte deutlich variieren. Darüber hinaus liefert seine Forschungsarbeit den wissenschaftlichen Beweis, dass diese auch unterschiedlichen historischen Ursprünge und Konzeptualisierungen unterliegen können (vgl. Morris 1994). Nachdrücklich diskutiert Morris in seiner Studie (1994) in diesem Zusammenhang, dass Selbstkonzepte in jeder Kultur spezifische soziale Funktionen und Muster aufweisen. Das Problem, mit dem diese verschiedenen Ansätze inhaltlich konfrontiert sind, stellt einen Versuch der Adaptation westlicher Konzepte auf andere kulturelle Kontexte dar. Diese wissenschaftlich bedeutsame Frage nach der Übertragbarkeit solcher westlichen Konzepte ist unter vielen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen bis heute ein wichtiger und spannender Streitpunkt. Aus

---

diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass sich Krankheitskonzepte aus den unterschiedlichen Wertesystemen der jeweiligen Gesellschaft heraus entwickelt haben. Daraus folgt, dass diese Krankheitskonzepte dementsprechend auch nur vor diesem speziellen Hintergrund verständlich sind (Morris, 1994; Zaumseil 2006, S. 333 und Zaumseil 1997).

Insbesondere bei verschiedenen afrikanischen Patienten und Patientinnen in der Diaspora, deren Zusammenspiel zwischen kulturellen Faktoren, Gesundheits- und Krankheitsverständnis in Deutschland noch kaum erforscht wurde, scheint bei vielen Experten und Expertinnen und Expertinnen Verunsicherung und oftmals auch Ratlosigkeit in der Therapie und der Diagnostik von Menschen mit afrikanischem Migrationsintergrund hervorzurufen. An dieser Stelle muss man besonders betonen, dass es des Öfteren zu Frustrationserlebnissen auf Seiten des Behandlungsteams und Patienten und Patientinnen kommt. Im schlimmsten Fall kommt es zu einer Abwehrhaltung seitens des Behandelnden und der unverstandene Patient bleibt unbehandelt (vgl. Hügel-Marshall, 1998). Es sollte deshalb nicht unerwähnt bleiben, dass viele afrikanische Patienten und Patientinnen infolge dieser Handhabung die Diagnose einer Schizophrenie oder einer Psychose erhalten, obwohl die Symptomatik in den eigenen kulturellen Zusammenhängen möglicherweise ganz anders gedeutet werden würde. Deshalb kann es ohne besondere Kenntnisse des kulturellen Hintergrunds und der Sprache zu einer falschen Diagnosestellung kommen, wenn z. B. magisches Denken, das relativ häufig vorkommt, als paranoider Denkinhalt missinterpretiert wird (vgl. Kora et al. 1998; Pfeiffer, 1992; Gaehni 1999). Im Hinblick auf das Konstrukt Schizophrenie hat "eine kulturgebundene Einschreibung des europäischen Personen- und Weltverständnisses in die Konzeption der Schizophrenie stattgefunden (vgl. Zaumseil & Leferink, 1997; Heinz 2006; Zaumseil 2006).

Leferink (1997) meint: "Schizophrenie kann nicht als ontologische Entität verstanden werden, vielmehr beschreibt der Begriff in seiner Konzeption eine Interaktionswirklichkeit, materialisiert in stabil gebauten psychiatrischen Einrichtungen und eingelassen in vielfältige Praktiken" (Zaumseil 2006, S. 333-360). "Die Schizophrenie als in der euro-amerikanischen psychiatrischen Wissenschaft definiertes Phänomen ist relativ spät zusammen mit der westlichen Moderne entstanden und mit der darin ausgearbeiteten Konzeption eines spezifischen Verständnisses der Person verbunden." (Zaumseil & Leferink, 1997; Zaumseil 2006). Historisch lässt sich eine parallele Entwicklung wissenschaftlicher Konzepte der Schizophrenie und der Entwicklung des Personenverständnisses aufzeigen (vgl. Zaumseil & Leferink, 1997; Zaumseil 1997).

---

"Verschiedene Indizien sprechen dafür, dass der europäische Selbstbezug und durch Ich-Störungen charakterisierte Krankheiten wie das Konstrukt der Schizophrenie erst zu einem Zeitpunkt wahrgenommen wurden, als das begriffliche Werkzeug der modernen Selbstreflexion so weit in die Alltagserfahrung vorgedrungen war, dass Menschen z. B. den Verlust der Fähigkeit, die eigenen Gedanken aktiv zu steuern, charakteristisch als Ich-Störungen beschreiben konnten", (vgl. Sass, 1992; Heinz 2006).

Daraus lässt sich ableiten, dass die Art und Weise, wie das Konstrukt, 'Schizophrenie' in unterschiedlichen kulturellen Kontexten von Patienten und Patientinnen und behandelnden Experten und Expertinnen verstanden wird, nur in enger Verbindung mit seinen historischen, soziologischen und kulturellen Konzeptionen psychotischer Symptomatik verdeutlicht werden kann. Die Relevanz dieser spezifischen Faktoren wird exemplarisch dadurch erläutert, dass insbesondere bei Patienten und Patientinnen und Angehörige mit afrikanischem Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, überdurchschnittlich häufig eine Psychose und eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt wurde (vgl. Copeland, 1968; Haasen, 1997; Özek, 1988; Wohlfart et al. 2009). Scheinen Menschen, die aus Afrika immigriert sind, also vulnerabler als andere Gruppen von Migranten und Migrantinnen zu sein? Hat die Migrationsgeschichte, welche hohe Anforderungen an einen Menschen stellt und von verschiedenen Forschern als gesundheitliche Belastungssituation wahrgenommen wird (vgl. Collatz, 1992, Faltermaier 2001, Loncarevic 2001), Einfluss auf die Symptomausprägung des psychotischen Phänomens bei afrikanischen Patienten und Patientinnen und Patientinnen? Oder scheint es sich um ein kulturspezifisches Phänomen zu handeln?

Im Bereich der interkulturellen und transkulturellen Forschung ist umstritten, ob gewisse kulturelle Aspekte der Symptomausprägung migrations-oder kulturspezifisch zu betrachten sind (vgl. Haasen et. al. 2004). Deshalb liegt das Ziel dieser Arbeit darauf, die Ursprungskultur mit ihren unterschiedlichen Konzeptionen zum Verständnis zu Gesundheit und Krankheit und vor allem den kulturspezifischen Umgang mit psychotischen Phänomenen näher zu untersuchen.

In Anbetracht der defizitären Forschungslage im Bereich der empirischen Untersuchung von Krankheitskonzepten bei westafrikanischen Patienten und Patientinnen und Angehörige mit Schizophrenie betrachte ich mit meiner vorliegenden Dissertation und unseren daraus entstandenen wissenschaftlichen Publikationen diese bisher bestehende Lücke in der Forschung wissenschaftlich.

## 2.1 Studien zu Schizophrenie und Migration

Im Gegensatz zur Studie der Weltgesundheitsorganisation von 1965, welche noch davon ausging, dass schizophrene Symptome in allen Ländern und zur gleichen Häufigkeiten auftreten, (WHO) konnte bei Migranten und Migrantinnen, welche aus entwicklungsbenachteiligten Ländern nach Europa oder Amerika kommen, in den letzten Dekaden sogar eine erhöhte Frequenz schizophrener Psychosen beobachtet werden. (vgl. Schmitz 1998; WHO 2001). Mehari (1995) beschäftigte sich mit der Frage, welche Faktoren eine Anfälligkeit des Untersuchungskollektivs für schizophrene Erkrankungen erhöhen. Seiner Hypothese zufolge seien für den Ausbruch einer erstmaligen schizophrenen Erkrankung bei Migranten und Migrantinnen im Exil vier charakteristische Faktoren verantwortlich. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass diese herausgearbeiteten Faktoren jedoch nicht für sich allein den Ausbruch der Erkrankung erklären können. Sie bedingen sich vermutlich wechselseitig und können durch zusätzliche Faktoren ergänzt werden. Zu den von Mehari untersuchten vulnerablen Faktoren zählen nachfolgende defizitäre Bedingungen in folgenden Bereichen:

- a) Vulnerabilität als Persönlichkeitsvariable,
- b) Flucht- bzw. exilspezifischer psychosozialer Stress,
- c) Bewältigungsstrategien,
- d) soziale Unterstützung.

Die meisten Studien belegen, dass schizophrene Störungen bei der schwarzen Minderheitenbevölkerung und bei afro-karibischen Einwanderern in Großbritannien und in den Niederlanden überdurchschnittlich häufig diagnostiziert werden (vgl. Holzmann et al. 1994; Haasen et al. 2000; Kahraman 2008).

Weitere Studien belegen, dass es eine Korrelation zwischen der Aufenthaltsdauer und der Überrepräsentanz schizophrener Diagnosen gibt, da die zweite Generation der Migranten und Migrantinnen stärker betroffen ist, als die Einwanderergeneration. Taneli et al. (1995) berichten

---

davon, dass bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger Psychosen diagnostiziert werden als bei deutschen Kindern, wobei sie etwa gleich häufig wie deutsche Kinder an psychischen Störungen leiden. Eine Studie von Cantor-Grae (2005) fand heraus, dass die Schizophrenieraten bei ‚people of African descent‘<sup>4</sup> höher sind als bei der übrigen Population.

Verschiedene Studien, die sich mit der Ätiologie der Schizophrenie bei ‚people of African descent‘ wissenschaftlich auseinandersetzten, fanden eine Korrelation zwischen erlebtem Rassismus während ihrer individuellen Migrationsgeschichte und der Entwicklung einer Psychose. Demzufolge lösen multiple Rassismen und eine feindlich gesinnte Umwelt sowie sozioökonomische Benachteiligung das Vorkommen einer psychotischen Erkrankung bei ‚people of African descent‘ aus und erhöhen somit auch die Vulnerabilität für eine Schizophrenie (Mc Kenzie 2006). Karlsen et al. (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass verbale Misshandlungen und körperlich rassistische Übergriffe das Risiko für eine Psychose deutlich erhöhen und daher vermieden werden sollten.

Kamate (2009) hinterfragt in seiner Studie zu remigrierten Patienten und Patientinnen und Angehörigen im Hospital der Universitätsklinik Pont G in Bamako, Mali den Zusammenhang zwischen Migrationsfaktoren und der Entstehung von psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass bei 359 Patienten und Patientinnen 11,5 verschiedene psychische Symptome der Erkrankungen vorkamen. Daraus folgt, dass insgesamt 42,3 % psychotische Symptome aufzeigten, von denen sich 36,8 % ausschließlich nur im Heimatland mit Unterstützung von traditionellen Heilmethoden behandeln lassen wollten.

Die meisten dieser verschiedenen Studien zeigen, dass nicht die Migration selbst für die hohen Raten der an Schizophrenie erkrankten Patienten und Patientinnen als Erklärung herangezogen werden kann, sondern vielmehr die sich daraus ergebenden Faktoren, wie Rassismus und die sozioökonomische Benachteiligung und Unterstützungspotenziale vieler Migranten und Migrantinnen in der Diaspora, näher betrachtet werden sollten.

---

<sup>4</sup> Der Begriff ‚people of African descent‘ wird definiert als Menschen, welche ursprünglich vom afrikanischen Kontinent stammen.

Der Frage nach dem Einfluss der Veränderung der Symptomprofile von Migranten und Migrantinnen, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, wird in einer aktuellen Studie von (vgl. Berg et al. 2014) nachgegangen. Der Untersuchung zufolge hinterfragt werden, inwieweit Migrationserfahrung oder vielmehr eine sichtbare Zugehörigkeit zu einer bestimmten Minorität die Symptomausprägung negativ beeinflusst.

Die Untersuchung wurde anhand eines 5-Faktoren-Modells, welches negative und positive Syndrome anhand der PANSS-Skala<sup>5</sup> messen sollte, an Patienten und Patientinnen und Angehörigen mit der Diagnose F20 durchgeführt. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Untersuchung ein strukturiertes IV nach DSM-Kriterien anhand einer Stichprobe mit n=1081 Personen vorgenommen.

Berg et al. (2014) fanden in dieser Studie heraus, dass jüngere Migranten und Migrantinnen und Migrantinnen mit schlechterer Bildung sowie Minoritäten höhere Risikorate haben, an einer Schizophrenie zu erkranken. Zusammenfassend fanden sie heraus, dass nicht die Faktoren der Immigration für die höheren Risikorate an einer Schizophrenie zu erkranken verantwortlich sind, sondern eher die Zugehörigkeit zu einer Minorität. Es ist daher unter wissenschaftlichen Blickwinkel anzunehmen, dass diese diskutierten Faktoren, wie z. B. erlebter sozialer Ausschluss, Rassismus-Erfahrungen, Sprachbarrieren etc. zusammenhängen und als kausale Folgen der Migration aufgefasst werden könnten. Dieser Aspekt wird jedoch von den Autoren und Autorinnen nicht ausreichend differenziert diskutiert.

Das gesellschaftlich globale Phänomen der Migration wird insbesondere im Jahr 2014 und den darauffolgenden Jahren eine ernstzunehmende Herausforderung darstellen. Das hat zur Folge,

---

<sup>5</sup> Die PANSS-Skala ist ein diagnostischer Fragebogen. Die Autoren Fiszbein, Lewis und Kay et. al (1987) definieren PANSS positive und negative Syndrom-Skala als eine medizinische Skala, welche dazu genutzt wird, die Symptome schizophrener Patienten adäquat zu messen. Ursprünglich wurde diese Skala 1987 erstmalig veröffentlicht. Der PANSS ist ein ökonomischer und kurzer Fragebogen von 45 Minuten Dauer, der in seiner Nutzung nicht viel Zeit in Anspruch nimmt und in vielen Studien von trainierten Interviewern angewandt wird (vgl. Hunsley & Mash 2008).

dass zukünftige wissenschaftliche Forschungsfragen diese spezifischen Faktoren in unterschiedlichen Kontexten weiter erforschen werden müssen um gesellschaftlich im Rahmen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für Migranten und Migrantinnen handlungsfähig bleiben zu können. (vgl. Heinz 1998; Haasen et al. 2000; Mc Kenzie 2006; Kamate 2009; Napo 2008, Napo et al. 2012). Innerhalb der Forschung zu Themen der Migration ist bekannt, dass bedauerlicherweise derzeit noch zu wenig wissenschaftliche Studien über subjektive Krankheitskonzepte bei westafrikanischen Patienten und Patientinnen in Afrika und auch der Diaspora mit der Diagnose Schizophrenie existieren. Dieses Defizit in Forschungsliteratur scheint im Anbetracht der Tatsache, dass zahlreiche Studien interkulturelle Unterschiede z. B. bei türkischen Patienten und Patientinnen (Haasen et al. 2004, 1999; Schouler-Ocak 2005, David et al. 2002) und bei Patienten und Patientinnen aus Jordanien (Daniah 2010) bezüglich subjektiver Krankheitskonzepte bestätigen. In der Literatur weisen verschiedene Autoren und Autorinnen häufig darauf hin, dass, psychogene Beziehungswahnformen' in sprachfremder Umgebung (Koch 1989) differentialdiagnostisch abzuklären sind. Auch wurde in der Literatur diskutiert, dass bei türkischen Patienten und Patientinnen mit der Diagnose einer Psychose oder Schizophrenie oft eher eine depressive Symptomatik dominiert und auf Unterschiede in der Psychopathologie verweist. Das hat zur Folge, dass sowohl antidepressive pharmakologische Behandlungsmaßnahmen als auch therapeutische Anwendung kognitiver Verfahren zur Behandlung der Depression anstelle einer antipsychotischen Behandlungsweise ausschließlich im Rahmen der Psychose impliziert werden können (vgl. Haasen et al. 2001).

## 2.2 Transkulturelle Studien der Migration

Nach Wulff (1969), Pfeiffer (1967) und Parin (1987) zeigen sich unterschiedliche gesellschaftliche Konzepte des Autonomiestrebens, der Selbstbestimmung und des eingebundenen Seins in eine feste Gemeinschaft. Innerhalb dieser Gruppe mit definierten Rollenzuweisungen und sinnstiftenden Ritualen ist unbestritten, dass sich diese Konzepte auch in der Ausgestaltung psychiatrischer Erkrankungen widerspiegeln (Vgl. Wohlfart et al. 2009, S. 143). Der Psychiater Wulff beschreibt bei seinen Studien in Vietnam ein Fehlen von Ich-Störungen bei schizophrenen Psychosen. Er erklärt sich das Fehlen der Ich-Störungen durch die im vietnamesischen Kontext differenten sprachlichen Ausgangsbedingungen. Demnach bezeichnet sich ein Sprecher und eine

---

entsprechende Sprecherin in Vietnam nicht als ‚ich‘, sondern stets im Kontext seiner sozialen Stellung und Funktion, z. B. als Vater, als ältere Schwester etc. (Wohlfart et al. 2009, S. 141-142). Wulff vertritt in seiner Arbeit die Ansicht, dass für das Vorkommen von Ich-Störungen im Sinne der ‚Entgrenzung‘ und des damit verbundenen Erlebenseinerseits eine besondere Ich-Artikulation und andererseits ein abgegrenztes Ich-Bewusstsein vorhanden sein müssten. Seine Ergebnisse weisen darauf hin, dass die so genannten Ich-Störungen – anders, als die Erkrankung Schizophrenie selbst – nicht in allen Ländern der Welt vorkommen. Eine Studie von Barahona Fernandes und Mitarbeitern stellt ebenfalls für den Kontinent Afrika ein Vorkommen von Ich-Störungen infrage (vgl. Wulff, 1969).

Auch Pfeiffers (1967) Befunde kommen der Annahme von Devereux (1974) nahe, der davon ausgeht, dass die Psychose eine Krankheit der zivilisierten Gesellschaft sei. Pfeiffer (1967) konnte seinen Forschungsergebnissen zufolge Ich-Störungen bei seinen Studien in Indonesien nur vereinzelt bei europäisch sozialisierten Angehörigen der Oberschicht nachweisen (vgl. Wohlfart et al. 2009, S. 141-142). Die hier genannten wissenschaftlichen Diskurse beziehen sich auf die Annahme, dass Ich-Störungen häufiger in Gesellschaften zu finden sind, in denen das Individuum nach Autonomie, Individualität und Selbstverwirklichung im Sinne eines ‚Ich-Ideals‘ strebt. Diese Ich-Zentrierung als unmittelbarer Mittelpunkt des Erlebens kann somit im Krankheitsfall zu einer Überforderung der Ich-Identität führen.

Demgegenüber vertritt eine kolonial geprägte Psychiatrie die Auffassung, dass sich aufgrund eines Funktionsdefizits des frontalen Kortex bei ‚People of African descent‘ die Ausprägung der Persönlichkeit und das Auftreten psychiatrischer Symptome fundamental von der europäischen Bevölkerung unterscheidet: Carothers (1951) betont beispielsweise die psychopathologische Ähnlichkeit afrikanischer Menschen mit leukotomisierten Europäern und Europäerinnen. Damit sind jene psychiatrischen Patienten und Patientinnen und Angehörigen gemeint, bei denen frontokortikale Funktionen operativ ausgeschaltet worden sind. Ausgehend von einem grundsätzlich eher unwissenschaftlichen anderen Ansatz eines biologisch orientierten und argumentativ rassistisch geprägten Diskurses kam diese koloniale Psychiatrie demnach zu einem vergleichbaren und differenzierten Ergebnis: ‚People of African descent‘ unterschieden sich aus diesem Grund von Europäern und Europäerinnen und komplexe psychotische Symptome, die aus der Störung höchster kognitiver Funktionen resultieren (wie eben die Ich-Störungen), seien

---

demzufolge bei afrikanischen Patienten und Patientinnen nicht zu erwarten (vgl. Mc Culloch 1995; Heinz 1998, 1999; Wohlfart et. al. 2009, S. 141-142).

Gibt es die klassischen Ich-Störungen im Sinne der Leitsymptome schizophrener Psychosen also in den nichtwestlichen Kulturen nicht oder gestalten sich diese in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext anders?

### 2.3 Studien zur Universalität von Schizophrenie

Eine Studie aus den Fünfzigerjahren des 20. Jahrhunderts von Field, welche Feldforschung bei den Akan in Ghana betrieb, kam zu interessanten Ergebnissen. Die Untersuchung fand anhand der Befragung psychisch kranker Patienten und Patientinnen statt. Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich, dass sich diese Patienten und Patientinnen von traditionellen Heiltherapeuten und Heiltherapeutinnen behandeln ließen und infolge dessen auch die sogenannten ‚Shrines‘, eine Art Verehrungsstätte, als Behandlungsstätte nutzten. Während dieser Forschung dokumentierte Field über eine Zeitspanne von 20 Jahren einen Zuwachs dieser Behandlungsstätten, welche Hilfesuchenden Schutz vor negativen Einflüssen bieten sollten. Ihren Forschungsergebnissen zufolge lassen sich die Klassifikationen der euro-amerikanischen Psychiatrie auf die traditionellen Akan in Ghana übertragen. Demnach sei der ‚madman‘ einer Dorfgemeinschaft das Pendant zum chronisch schizophrenen Patienten und Patientinnen in Europa. Field beschreibt, dass ihr die Krankheiten und Reaktionsweisen, die sie aus westlichen Ländern bisher kannte, dort ausnahmslos wiederbegegnet seien (Schmitz 1997, Wohlfart et. al. 2009, S. 142-143). Dieser Frage geht auch eine zeitlich parallel konzipierte epidemiologische Studie von Lambo (1955) und Leighton (1963) nach. Das Ziel der Forschungsarbeit bestand darin, herauszufinden, welchen Einfluss soziale Desintegration und kultureller Wandel auf die psychische Gesundheit haben. Die Autoren und Autorinnen befragten dazu mittels Zufallsstichprobe ermittelte traditionelle Yoruba Heiler und Patienten und Patientinnen des psychiatrischen Krankenhauses in Abeokuta. Die Ergebnisse ihrer Studie zeigen, dass die gleichen Kategorien psychischer Krankheiten mit annähernd gleicher Häufigkeit auftraten wie in Kanada bei der Stirling-County-Studie (Lambo 1955, Leighton 1963). In expliziter Kritik

---

am Ansatz Carothers (1951) berichtet Lambo (1955) zudem, dass nigerianische Patienten und Patientinnen mit westlicher Sozialisation grundsätzlich alle bei europäischen Patienten und Patientinnen auftretenden psychotischen Symptome aufwiesen, was gegen die biologische sogenannte ‚Andersartigkeit‘ afrikanischer Patienten und Patientinnen spreche. Polymorphe psychotische Symptome mit Verwirrtheit und akutem Verlauf fänden sich dagegen eher bei Patienten und Patientinnen, die im traditionell-ländlichen Kontext aufwuchsen, was Lambo (1955) auf unterschiedliche kulturelle und sozialisationsbedingte Einflüsse zurückführt (vgl. Schmitz 1997, Wohlfart et. al. 2009, S. 142-143). Der Frage nach der Prognose der Schizophrenie in Mauritius verglichen mit einem Untersuchungskollektiv in England gingen Murphy und Raman (1971) in den Jahren von 1956 bis 1968 wissenschaftlich nach. Als Stichprobe für die Studie zogen die Forscher in beiden Ländern, in denen die Untersuchung stattfand, alle Neuaufnahmen, die in das psychiatrische Krankenhaus aufgenommen wurden, heran. Das Forschungsteam explorierte auf diese Weise innerhalb einer Längsschnittstudie den Verlauf von Patienten und Patientinnen im Zeitraum von zwölf Jahren. „Als Kriterium der Verlaufsmessung wurden die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sowie das persönliche Wohlbefinden und der Grad der sozialen Integration festgelegt. Im Vergleich zu den englischen Patienten und Patientinnen, von denen während eines fünfjährigen Follow-ups 30 bis 40% der untersuchten Patienten und Patientinnen keinen Rückfall erlitten, waren die Ergebnisse in der indigenen Gruppe besser. Über 60 % der Mauritanier wurden beim Follow-up als gesund eingeschätzt und hatten in der Zwischenzeit keinen Rückfall durchlebt“ (Wohlfart et. al. 2009, S. 142).

Das Problem dieser Ergebnisse, welches die Autoren und Autorinnen kritisch reflektieren, ist einerseits, dass bei der Diagnosestellung jeweils nicht dieselben Kriterien verwendet wurden, andererseits sind Unterschiede in den Zeitabständen der Nachuntersuchungen der beiden Studien zu beachten. Damit kommen die Autoren und Autorinnen zu der Schlussfolgerung, dass es sich demzufolge nicht um eine Studie, sondern um zwei unterschiedliche Forschungsansätze handelt (vgl. Schmitz 1997). Aufgrund des langen Zeitrahmens, den die Studie in Mauritius umfasste, und der besseren Ergebnisse im Erkrankungsverlauf in Mauritius gilt diese Studie dennoch als Vorläufer der großen Schizophrenie-Studie der WHO (1965). Diese weltweit

durchgeführte Studie kam zu dem wissenschaftlichen Ergebnis, dass schizophrene Psychosen in allen Kulturen mit nahezu gleicher Häufigkeit vorkommen (vgl. Jablensky 1987, Sartorius et al. 1986). Die 1965 durchgeführte Multicenterstudie der WHO untersuchte zum einen, ob sich in allen Ländern eine Gruppe von Patienten und Patientinnen finden lässt, die als schizophren diagnostiziert werden kann, und zum anderen, ob sich diese Patienten und Patientinnen/-innen dann hinsichtlich ihrer Symptomatik von Patienten und Patientinnen/-innen von anderen psychiatrischen Erkrankungen unterscheiden kann. Des Weiteren konzipierten die Forscher ihre Studie im 2- und 5-Jahres-Follow-up, um den Verlauf der Erkrankung explizit beobachten zu können. Für diese Studie untersuchte man erneut in neun verschiedenen Zentren der Welt (in Nord- und Südamerika, Asien, Afrika, Europa) ca. 1200 Patienten und Patientinnen durch standardisierte Verfahrensweisen (Interviews, Dokumentation, Computerdiagnostik). Damit die Reliabilität dieser Untersuchungen gewährleistet werden konnte, musste sich das gesamte Untersuchungskollektiv einem Training unterziehen. Als Haupterhebungsinstrument nutzten die Forscher eine dafür überarbeitete Version der "Present State Examination"<sup>6</sup>. Dieses diagnostische Instrument enthielt die nach Kraepelin und Schneider definierten Kriterien der schizophrenen Erkrankung und als führende Symptome ebenso auch Ich-Störungen. Man fand in allen Zentren der Entwicklungsländer ein ähnlich häufiges Vorkommen der Symptome wie in den, Nicht-Entwicklungsländern'. Es ließen sich somit keine erheblichen Unterschiede in der schizophrenen Kernsymptomatik nachweisen, die sich überall auffinden ließ (Wohlfart et. al., 2012, S. 142-143).

Die WHO-Studie zeigte aber Unterschiede bezüglich des Verlaufs. Patienten und Patientinnen im ländlichen (gegenüber dem städtischen) Nigeria und Indien, die an Schizophrenie litten, erlebten häufig nur eine oder wenige akute Episoden und seltener einen chronischen Verlauf im Vergleich zu Patienten und Patientinnen aus den USA und Europa. Das Erscheinungsbild, das Verständnis und der Umgang mit an Schizophrenie erkrankten Menschen kann von Kultur zu

---

<sup>6</sup> Der, 'Present State Examination' bezeichnet einen spezifisch konzipierten Fragebogen zur Erfassung von Erstangssymptomen der Schizophrenie. (Wing, J. SCAN and the PSE tradition. "Soc Psychiatr, Epidemiol. 31.2 (1996): 50–54.)

Kultur unterschiedlich sein (vgl. 1999, Zaumseil, 2006). Darüber hinaus scheinen sich die klinische Ausgestaltung und die Thematik in der Psychose von Kultur zu Kultur zu unterscheiden (vgl. Scharfetter 1999). Einige andere Studien stützen die Annahme, dass der Verlauf der Schizophrenie in verschiedenen kulturellen Kontexten unterschiedlich ist. Nach Scharfetter (1999) zeichnen sich in allen Kulturen sowohl akute als auch chronische Verläufe ab. Außerhalb der industrialisierten Länder scheinen die akuten Verläufe mit mehr motorischen Erscheinungen (Stupor, Erregung) und mit mehr affektiv-emotionaler Turbulenz aufzutreten. Oftmals entfällt bei der Betrachtung anderer Kulturen die klassische Negativsymptomatik wie der soziale Rückzug (insbesondere in Kulturen, in denen Menschen miteinander in Großfamilien leben). Der soziokulturelle Faktor, der das Leben in Großfamilien bestimmt, sollte deshalb mehr in Bezug auf seine Ressourcen und protektiven Funktionen untersucht werden, die wahrscheinlich in manchen Fällen zu einer besseren Genesung der Erkrankten führen könnten. Am stärksten wurde jedoch die kulturabhängige Ausbildung von Wahn diskutiert, wobei wichtige, auch kulturspezifische Stressoren thematisiert wurden (vgl. Mehari 1955, Wohlfart et. al. 2012, S. 142-143).

## **2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung**

Aus den Studien zur Universalität von Schizophrenie geht deutlich hervor, dass es nur wenige Studien gibt, die methodisch hinreichend konzipiert wurden, um kulturspezifische Symptome von Schizophrenie und deren qualitative Ausgestaltung adäquat zu erfassen (vgl. Zaumseil 2006, Schmitz 1979, Heinz 1999, Napo et al. 2012). Sie betonen das wissenschaftliche Interesse, psychotische Phänomene vor dem Hintergrund der jeweiligen Kultur und des Kontextes zu erforschen. Insbesondere die Fokussierung auf den Verlauf der Schizophrenie-Erkrankung erscheint den Studien zufolge mehrheitlich als ein wichtiger Faktor für weitere Untersuchungen.

## **2.5 Differenzierung zentraler Begrifflichkeiten**

In diesem Kapitel werden nachfolgend die zentralen Begrifflichkeiten der theoretischen Konzepte, welche in dieser Arbeit Anwendung finden, erläutert. Im Verlauf der vorliegenden Arbeit und zugrundeliegenden bereits veröffentlichten Publikationen ist es von Bedeutung, diese wissenschaftlichen Konzepte subjektive Krankheitsmodelle', Erklärungsmodelle', 'General Health Beliefs' vorzustellen. Der kritische Leser dieser Dissertation bekommt auf diese Weise ein erweitertes Verständnis darüber, wie sich die Begriffe für die Autoren und Autorinnen in der Forschung etabliert haben, und infolgedessen auch, wie sich diese voneinander in der wissenschaftlichen Konzeption inhaltlich abgrenzen. In Bezug auf die Begriffe herrscht in der Forschung keine einheitliche Meinung, jedoch ist eine deutliche Entwicklung und damit inhaltliche Anreicherung der Konzepte ersichtlich.

### **2.5.1 Begriffsbestimmung: Subjektive Krankheitskonzepte**

Verschiedene Autoren und Autorinnen haben das Konzept der subjektiven Krankheitskonzepte als "Summe aller Meinungen, Deutungen und Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustandes eines Menschen definiert" (Linden, 1985, Franz et al. 2007). Nach Faller (1997) erklärt sich der Begriff wie folgt: "Subjektive Krankheitstheorien umfassen demnach die Vorstellungen von Patienten und Patientinnen über das Wesen, die Entstehung, und die Behandlung ihrer Erkrankung." (S.7). Eine weitere Definition geht davon aus, dass subjektive Krankheitskonzepte eine Repräsentation über Entstehung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten psychischer und physischer Erkrankungen darstellen. Sie spielen eine zentrale Rolle sowohl in Bezug auf das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Interaktion im Rahmen einer stabilen (medikamentösen) Compliance (vgl. Ritter, Chaudry, Aigner Zitterl und Strompe 2010, S.33).

---

In Bezug auf subjektive Krankheitskonzepte wurde von Leventhal et al. (1984) und sein Mitarbeiterteam ein Modell zur Erfassung von Krankheitskonzepten beschrieben. Diese postulieren in ihrer wissenschaftlichen Arbeit ein überwiegend theoretisches Konzept und gehen dabei von einem klassischen, Commonsense-Modell aus. Dieses Commonsense-Modell gilt als ein "anerkanntes und allgemeines prozessuales Modell zur Entstehung, Veränderung und zu gesundheitlichen Auswirkungen subjektiver Krankheitskonzepte" (Franz et al., 2007, S.40). Es umfasst, wie bereits im Eingangskapitel der Dissertation näher erläutert, kognitive Krankheitsrepräsentationen, persönliche Annahmen über die Erkrankungssymptome, Ursachen und Dauer der Erkrankung über Behandlungswirksamkeit und den persönlichen Einfluss auf die Erkrankung (Leventhal & Nerenz, 1984; Hagger & Orbell, 2003, Franz et al., 2007).

Wohlfart (2009) und Ritter et al. (2010) weisen in ihren Forschungsarbeiten auf die defizitäre Lage der Erforschung subjektiver Krankheitskonzepte hin. Sie betonen darüber hinaus, dass eine enge Verbindung mit anthropologischen Modellen und Konzepten der wissenschaftlichen Forschung über subjektive Konzepte für die Verbesserung der zukünftigen Forschungslandschaft unerlässlich ist.

### **2.5.2 Begriffsbestimmung: Erklärungsmodelle**

Kleinmann (1988) ist einer der bekanntesten Forscher, der sich mit der wissenschaftlichen und theoretischen Konzeption von Erklärungsmodellen beschäftigt hat. In seiner Arbeit definiert dieser subjektive Krankheitskonzepte als die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustands eines Menschen (vgl. Linden 1985, Kleinmann 1980). In seinen früheren Arbeiten vertritt er die Ansicht, dass Erklärungsmodelle in Bezug auf Krankheitskonzepte von Patienten und Patientinnen und Angehörige mit einem kleinen Interview, 'mini ethnographic approach', das folgende Fragen beinhaltet, erfragt werden sollte: Warum ich? Wie ernst ist das? Wer hat Einfluss auf diese Lage?

---

Nach Kleinmann kann ein Patient und Behandler auf diese Weise einen besseren Zugang zum Verständnis der Erkrankung und der notwendigen Behandlungsmethoden bekommen, was dazu führt, dass sich Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen sich insgesamt wohler fühlen (Kleinmann, 1988, Bhui & Bhugra, 2002, S. 7). Verschiedene Forschungsansätze wurden in der letzten Dekade überwiegend von der Sozioanthropologie diskutiert. Die Wissenschaftler (Lloyd et al. 1998 und Weiss 1997) entwickelten ebenfalls Instrumente, um, Explanatory Models', Erklärungsmodelle' anhand eines Krankheitswahrnehmungsfragebogens SEMI<sup>7</sup> zu untersuchen. Kleinmann (2000) befasste sich in seiner langjährigen psychiatrischen und anthropologischen Forschungsarbeit mit subjektiven Konzeptionen und Krankheitswahrnehmung von Patienten und Patientinnen. Während seiner Forschungsarbeit in Taiwan untersuchte dieser diverse Erklärungsmodelle der chinesischen Kultur. Kleinmann fand dabei heraus, dass sich die traditionellen chinesischen Konzepte von westlichen unterscheiden, sich aber auch teilweise wechselseitig überlappen und auf diese Weise neue Konzeptionen bilden. Seine Forschungsarbeiten führten zu dem Gedanken, dass eine deutliche inhaltliche Unterscheidung der Begrifflichkeiten erforderlich ist, um subjektive Krankheitskonzeptionen adäquat abbilden und verstehen zu können. Deshalb traf Kleinmann im Rahmen seiner wissenschaftlichen Studie eine konzeptionelle Unterscheidung zwischen dem Begriff, General Health Beliefs' und, Explanatory Models' (vgl. Kleinmann, 2000; Heinz, 2014, S. 26; Bhui & Bhugra, 2002, S. 6-7). General health Beliefs' stellen dabei so etwas wie offizielle Verlautbarungen eines bestimmten Gesundheitssektors über Ursachen, Symptome und Verläufe sowie sinnvolle Therapien bestimmter Erkrankungen dar. Demgegenüber werden, explanatory models' von betroffenen Individuen jeweils in der spezifischen Situation formuliert, in der sie sich bei Ausbruch der Erkrankung befinden. ‚Explanatory models' sind also individuelle Erklärungsansätze, die jedoch aufgrund sozialer und kultureller Nähe der Betroffenen zu typischen Mustern der Interpretation der Krankheitszeichen, der Zuschreibung von Krankheitsursachen, der Erwartung von Krankheitsverläufen und der Wünsche nach sinnvollen Therapien zusammengefasst werden können (Heinz, 2014, S. 26).

---

<sup>7</sup> SEMI ist die Abkürzung für, Short Explanatory Model Interview' und bezeichnet einen Fragebogen zur Erfassung von Erklärungsmodellen (Lloyd 1998).

Bhui und Bhugra (2002) diskutieren in ihrer Arbeit die Bedeutung von, Explanatory Models' in der praktischen Arbeit. Die Autoren und Autorinnen stützen sich dabei auf die Ergebnisse der empirischen Forschungsarbeiten von Callan & Littlewood (1998), welche postulieren, dass Patienten und Patientinnen und Behandlerteams zufriedener sind, wenn diese ein gemeinsames Krankheitsverständnis aufweisen (vgl. Kleinmann, 1988; Napo et al., 2012; Okello, 2006; Ritter et al., 2010).

The proposed mechanism is for patients and practitioners to share information, a feature that distinguishes traditional healing systems from western biomedicine, which thrives on esoteric knowledge being held by professional (Bhui & Bhugra, 2002, S. 6).

Die biomedizinische Betrachtungsebene, welche sich in der psychiatrischen Praxis häufig wiederfindet, verwehrt nach Meinungen verschiedener Autoren und Autorinnen den Blick auf den sozialen Hintergrund und den kulturellen Kontext, in dem sich Patient und Patientinnen und auch ihre Behandler-Teams befinden. Aus Sicht dieser Forscher scheint eine Förderung des Dialogs zwischen Behandler und Behandlerinnen, Patienten und Patientinnen sinnvoll, da infolgedessen zum einem die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen erhöht und zum anderen das Verständnis der Behandler-Teams in Bezug auf die subjektiven Konzepte und sozialen Konstruktionen der Patienten und Patientinnen verbessert werden kann (vgl. Weinman, 1996; Callan & Littlewood, 1998; Ritter et al., 2010; Napo et al., 2012; Bhui & Bhugra, 2002, S. 6-7). Ausschließlich diagnoseorientierte Fragebögen und Vorschläge zu Behandlungsmethoden seien für die Praxis unzureichend (Bhui & Bhugra, 2002, S. 6-7). Neue Forschungsergebnisse (Williams & Healy, 2001) verweisen darauf, dass der Begriff, Explanatory Model' nicht ausreicht, um die verschiedenen Facetten der subjektiven Erklärungsmodelle von Patienten und Patientinnen und Angehörige zu erläutern. Der Grund dafür ist, dass diese nach Ansicht der Autoren und Autorinnen nicht aus kohärenten Glaubensinhalten bestehen, sondern verschiedene Erklärungsmodelle aufweisen, welche nicht gleichzeitig wirken müssen und deshalb auch schnell wieder verworfen werden können. Diese befinden sich demnach in einem ständigen Wandel, weshalb der Begriff, Explanatory map' nach Auffassung Williams und Healy (2001) geeigneter erscheint.

### **2.5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung**

Daraus lässt sich bei der Betrachtung der Entwicklung unterschiedlicher Begriffsbestimmungen beobachten, dass eine Abkehr eines defizitorientierten Diagnosekonzepts angestrebt wird. Dies sollte nach Ansicht verschiedener Autoren und Autorinnen dadurch umgesetzt werden, indem indigene und kultursensible Behandlungskonzepte, soziale Konstruktionen und Kontexte des Behandlungsteams und Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen mit einbezogen werden. Das Ziel dieser Arbeiten ist auf Basis einer gemeinsamen sozialen Wirklichkeit, psychiatrisch-therapeutische Praxis auf Augenhöhe stattfinden zu lassen (vgl. Patel, 1995; Williams & Healy, 2001; Bhui & Bhugra, 2002).

### **2.5.4 Der salutogenetische Blick**

Die vorliegende Dissertation untersucht subjektive Krankheitskonzepte von Patienten und Patientinnen Angehörigen und Experten in einer westafrikanischen Gemeinde Psychiatrie. Im Kontext von einerseits Globalisierung und starker Modernisierung und andererseits traditioneller Lebensweise, ist interessant diese Faktoren weiter zu untersuchen. Darunter versteht sich, nicht nur nach krankheitsauslösenden Faktoren, sondern auch Faktoren zu überprüfen welche Patienten und Patientinnen zum Beispiel innerhalb eines spezifischen Kontextes gesund halten können. Welche Bedingungen und Umstände wirken sich auch in Bezug auf Angehörige, Experten und Patienten und Patientinnen Gesundheitserhalten aus. Das Kohärenz-Erleben, ist ein zentraler Bestandteil des salutogenetischen Konzepts.

### **2.5.5 Das Konzept der Salutogenese**

Salutogenese bedeutet in der wörtlichen Übersetzung Gesundheit (lat. Salus) und Wohlbefinden und beschäftigt sich mit verschiedenen Faktoren, welche z.B. in medizinischen, soziologischen und psychologischen Disziplinen eine übergeordnete Rolle spielen und essentiell einen Weg zur

---

Entstehung und Aufrechterhaltung von Menschengesundheit bereiten. (vgl. Antonovsky, 1997, S.38). Der aus Israel stammende Medizinsoziologe Antonovsky (1997) wollte um Zeitpunkt seiner konzeptionellen Entwicklung seines Salutogenetischen Modells unbedingt ein gegensätzliches Konstrukt zum Pathogenese Verständnis vorstellen (vgl. 1991, S.123).

1970 beschäftigt sich der Medizin Soziologe Aaron Antonovsky mit einer wissenschaftlichen Untersuchung zum Thema Menopause von Frauen, welche in Israel leben und von denen einige das Konzentrationslager überlebt haben. Diese überlebenden 77 jüdischen Frauen wiesen zu seiner Verwunderung trotz widriger Umstände in denen Sie gelebt haben eine gute Gesundheit auf (vgl. 1997, S.15). Auf Grundlage seines Ergebnisses, dass trotz Flucht und Gewalterfahrungen (individuelle und kollektive) Ressourcen der Frauen ihre Gesundheit erhalten haben, wurde das salutogenetische Konzept im Rahmen der Entstehung und Kontinuität von Gesundheit entwickelt. "Diese jüdischen Frauen haben durch irgendein Wunder geschafft ihr Leben wieder neu aufzubauen" und das nach Ende des zweiten Weltkrieges (Antonovsky, 1991, S.120).

Das Modell der Salutogenese untersucht demnach Faktoren, welche Gesundheit aufrechterhalten, fördern und wechselseitig bedingen anstatt nur ausschließlich Krankheitsfaktoren bzw. Abweichungen des Normalzustandes zu erklären (Antonovsky, 1991, S.123).

Es stellt somit eine Erweiterung des positiven Umgangs mit Entstehungsbedingungen und Entwicklungsprinzipien von Gesundheit dar. Ein Mensch der krank ist, kann nicht nur krank sein, denn auf dem Gesundheitskontinuum dem Pol, zwischen gesund und krank sind nach salutogenetischer Perspektive auch gesunde Anteile wahrzunehmen. Auf diese Weise kann einer dichotomen Betrachtungsweise schwarz-weiß, krank-gesund, arm-reich entgegengewirkt werden indem Denkstrukturen verändert werden können. (S.23). Diese Veränderung von Denkstrukturen kann insbesondere im Bereich der Gesundheit und Prävention von Gesundheit ein bedeutender Fortschritt in Bezug auf eine adäquate Behandlung von Menschen darstellen.

### 2.5.6 Das Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist ein bedeutsames Element der Salutogenese von Antonovsky (1979) und umfasst drei wichtige Bereiche.

1. Das Kohärenzgefühl umfasst das Gefühl von Verstehbarkeit. Damit ist die Fähigkeit gemeint, dass ein Mensch in der Lage ist, verschiedene Zusammenhänge des Lebens zu verstehen.
2. Das Gefühl der Überzeugung und Handhabbarkeit. Das Prinzip beschreibt die Überzeugung, dass ein Mensch das eigene Leben trotz Problemen, welche auftreten können positiv gestalten und Handhaben kann (Antonovsky, 1997, S.3; vgl. Hücker, 2014, S.13.). Es ist, dass Ausmaß, indem man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen (Antonovsky, 1997, S.35). In diesem Rahmen spielen nach Antonovsky individuelle und kollektive Ressourcen und Kompetenzen eine wichtige Rolle in der Bewältigung und Umgang mit Anforderungen des Lebens von Menschen.
3. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit definiert das Menschen daran glauben, dass Leben habe einen Sinn und stellt damit, dass wohl bedeutsamste Grundelement des Kohärenzgefühls dar. Denn ein Mensch, der daran glaubt, dass Leben habe einen Sinn, kann durch diese positive Haltung sämtliche Anforderungen bewältigen.
4. Das SOC (=sense of coherence, auf deutsch Kohärenzgefühl) ist nach Antonovsky (1997) eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass,
  - (1) die Stimuli die sich im Verlauf des lebendes aus der inneren und äußeren Umgebung, strukturiert vorhersehbar und erklärbar sind
  - (2) und einem die zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen;
  - (3) und diese Anforderungen, Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen (S. 36).

### **2.5.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung für die Untersuchung**

In Bezug auf diese Untersuchung bedeutet das Modell, dass geprüft wird, inwieweit Patienten und Patientinnen trotz ihrer Erkrankung in der Lage sind, verschiedene Zustände des Lebens zu erkennen und wahrzunehmen. Darüber hinaus, stellt sich die Frage, inwieweit Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen, die Überzeugung haben, mit ihren Problemen und möglichen dafür vorgesehenen Ressourcen umgehen zu können. Damit sind auch die Ressourcen des jeweils speziellen Umfelds z.B. Psychiatrisches Dorfs gemeint, in dem sich unsere Patienten und Patientinnen bewegen.

In dieser Untersuchung ist der Autorin vor allen Dingen wichtig, dass der salutogentische Blickwinkel, wie bereits im vorangehenden Kapitel beschrieben wird aufrechterhalten wird und dadurch eine positive Sichtweise auf die gesunden Anteile von Menschen in psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung ermöglicht wird. Zu guter Letzt, ist das Gefühl der Sinnhaftigkeit in Bezug auf die psychotische Erkrankung von Bedeutung. In unserer Studie I. in Deutschland an der Charite Berlin beispielsweise, haben unsere Patienten und Patientinnen ihrer Krankheit eine Sinnhaftigkeit gegeben und wiesen damit ein hohes Kohärenzerleben auf. Sie waren signifikant häufig der Ansicht, dass ihre Erkrankung Sie dazu befähige zukünftig ein Priesteramt, Heilberuf anzutreten. (vgl. Napo et al., 2012).

### 3 Der Kontext der Untersuchung

Das Setting der Untersuchung nimmt innerhalb der qualitativen Forschung einen wichtigen Stellenwert ein. Das Setting ist bereits ein Teil der Methode, denn nur durch die Beschreibung des Kontextes, in dem die entsprechenden Subjekte erforscht werden, können diese Menschen in einer wissenschaftlichen Studie hinsichtlich ihrer Ursachen mit ihrer subjektiven Wahrnehmung und ihren diversen Konzepten und ihrer gesamten sozialen Wirklichkeit besser verstanden werden (vgl. Mayring, 2010). Aus diesem Grund wird in dieser Dissertation der Kontext, in dem die Forschung stattfand, detailliert in seinem Bedeutungsgehalt beschrieben. Zu Beginn wird auf das Land Mali als Forschungsort eingegangen und anschließend die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie in Bamako, Mali in ihren forschungsrelevanten Punkten skizziert. Dabei wird am Anfang auf die historische Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Ansatzes in Westafrika, Mali mit der dort langjährig etablierten Anwendung traditioneller indigener Konzepte im psychiatrischen Kontext explizit eingegangen.

#### 3.1 Daten über Mali

Im vorliegenden Kapitel wird Mali als Land, in dem die Forschung für diese Dissertation durchgeführt wurde, anhand aktueller Daten vorgestellt.

Das Land Mali ist bekannt als ein altes, sehr wohlhabendes und stabiles Königreich, welches in seiner Blütezeit im 13. Jahrhundert von König Mansa Musa regiert wurde. In dieser Zeit wurden die bekannten Städte Timbuktu und Djenne zu bedeutenden Zentren kultureller Bildung und bis heute bestehender Mystik. Darüber hinaus verschaffte damals der Transsaharahandel dem Reich weltweit viel Ansehen und Anerkennung. Deshalb legen die Menschen in Mali auch heute noch viel Wert auf Traditionen und mündliche Überlieferung von Wissen mit der Unterstützung der Griots<sup>8</sup>, um die Geschichte des Landes weitergeben zu können (vgl. Ki Zerbo & Niane, 1997).

---

<sup>8</sup> Griots sind die klassischen traditionellen Geschichtenerzähler der malischen Kultur, welche mit musikalischer Begleitung z. B. über die Heldentaten einer besonderen Person in einer Familie erzählen können und auf diese Weise das historische Erbe aufrechterhalten (vgl. Niane & Pickett, 1965, S. 11; Ki Zerbo & Niane, 1993). Sie sind heute im Volksmund bekannt als eine Transformation bzw. Vorläufer der heutigen Rapper.



Abbildung 1 Landkarte Mali

Das Klima in Mali ist überwiegend als feuchtheißes Klima im Süden und als trockenes Wüstenklima im Norden beschreibbar. Die Monate November bis Februar sind warm und trocken. Von März bis Mai hingegen wechselt das Klima in Richtung heiß und trocken. Von Juni bis Oktober ist die feuchtwarme Regenzeit.

Die Republik Mali liegt geografisch betrachtet zwischen dem zwölften Grad westlicher Länge und dem vierten Grad östlicher Länge und zwischen dem zehnten Grad und dem 25 Grad nördlicher Breite. Mali hat Grenzen zu Ländern, wie z. B. Mauretanien, Algerien, Niger, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinea und Senegal. Die Hauptstadt von Mali, Bamako, hat ca. 1,8 Millionen Menschen als Einwohner.

---

Die Gesamtbevölkerung zählt ca. 13,95 Millionen Menschen als Einwohner bei einer Wachstumsrate von 3,6 % (2009). Es gibt in Mali viele verschiedene Volksgruppen, wie z. B. die Bambara, Malinke, Peul (Fulbe), Sonrhai, Sarakolle, Tuareg, Bobo, Dogon, Senufo, Bozo und andere (vgl. Auswärtiges Amt, Stand 2012).

Die Landessprache variiert in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur jeweiligen Volksgruppe. Es ist zudem keine Seltenheit, dass trotz der unterschiedlichen Sprachstämme ein Angehöriger und Angehörige einer Volkgruppe aus Respekt und zur Verständigung mit den anderen Volksgruppen auch eine andere Sprache lernt. Als Amtssprache wird durch die koloniale Vergangenheit Malis Französisch gesprochen. Als Nationalsprache sprechen ca. 61 % Bambara, der Rest verteilt sich auf die Sprachen Fulbe, Sonrhai, Sarakolle, Tamaschek, Dogon, Senufo, Bobo und Maurisch-Arabisch. Der Islam ist eine am häufigste vertretene Religion in Mali mit ca. 85 %. Es gibt 5 % Christen und viele Malier und Malierinnen sind zugleich auch einer Naturreligion oder dem Animismus zugehörig.

Das Land Mali war eine französische Kolonie und erlangte am 22.09.1960 die Unabhängigkeit zurück. Die Staatsform ist eine laizistische Republik, wobei diese an die französische Verfassung angelehnt ist und eine Präsidialdemokratie vorsieht. Als Übergangspräsident wurde am 12.12.2004 Diancounda Traore für das Amt des malischen Präsidenten gewählt (vgl. Auswärtiges Amt, 2012).

Das Bildungssystem (französischsprachig) arbeitet nicht flächendeckend. Die Analphabetenquote der Über-15-Jährigen wird derzeit vom Auswärtigen Amt auf 70 % geschätzt. In der malischen Schule wird im Fremdsprachenunterricht Englisch als erste Fremdsprache angeboten. Als zweitwichtigste und sehr beliebte Fremdsprache mit 100.000 Schülern und Schülerinnen folgt Deutsch, welche von mehr als 160 Lehrern und Lehrerinnen des Landes unterrichtet wird (vgl. Auswärtiges Amt, Stand 2012).

---

Das Gesundheitswesen wurde im Jahr 1991 von der malischen Regierung eingeführt und beinhaltet die Grundidee, dass alle Menschen in Mali freien Zugang zum Gesundheitssystem und auch zu Medikamenten haben sollten. Damit diese Forderungen eingehalten werden können, wurden folgende zentrale Ziele vereinbart:

1. Unterscheidung der verschiedenen Rollen und Aufgaben jedes einzelnen Sektors im Gesundheitssystem, indem eine Veränderung von einem hierarchischen und administrativen System in ein mehrfunktionales Design vollzogen werden soll.
2. Die Öffnung des Gesundheitssystems ist in der Hinsicht zu gestalten, dass ein freier Zugang zu den wichtigsten Medikamenten gegeben ist. Eine Veränderung des pharmazeutischen Sektors soll angestrebt werden, der eine Verteilung und auch die Verschreibung von Medikamenten regelt.
3. Die Förderung des gesellschaftlichen Engagements und die Teilhabe im Bereich des Gesundheitsmanagements für die Entwicklung des Gesundheitssystems zeigen, dass auf die Mobilität und die finanziellen Ressourcen geachtet wird, z. B. auf die Kostenerstattung und die optimale Nutzung der Medikamente.
4. Förderung der Werbung für ein dynamisches und gemeindeorientiertes privates System komplementär zum öffentlichen System (vgl. WHO statistic-core health indicators, 2007; vgl. Timeoko, 2006; Anais, 2008).

Die politischen deutsch-malischen Beziehungen sind als positiv zu beschreiben. Diese sind nach Angaben des Auswärtigen Amtes vor allem durch die Erinnerung der Malier und Malierinnen geprägt, dass bei der Auflösung der kurzlebigen Föderation mit Senegal im September 1960 die Bundesrepublik Deutschland als erster Staat die unabhängige Republik Mali anerkannte. Deutschland unterstützt derzeit mit Nachdruck die Wiederherstellung der territorialen Integrität des Landes Mali. Da der nördliche Teil von Mali durch die Tuareg-Rebellion zu Beginn des Jahres 2012 mit religiös-extremistischen Gruppen konfrontiert wurde, setzt sich Deutschland für eine Rückkehr der verfassungsmäßigen Ordnung auf politischer Ebene ein (vgl. Auswärtiges Amt, 2012).

### 3.2 Das Setting in Pont G

Das Setting in Pont G wird nachfolgend genauer beschrieben und mit grafischem Bildmaterial veranschaulicht. Die psychiatrische Klinik befindet sich auf einem großen Berg ca. 10 km von Bamakos Zentrum entfernt. Die weite Distanz zum KlinikUtn bedeutet ftir die Bevölkerung, dass der Aufstieg auf den Berg mit Kosten ftir die Autofahrt verbunden ist, die sich nicht jeder Malier oder jeder Malierin bei einem jährlich geschätzten Pro-Kopf-Einkommen von 330 Euro leisten kann. Insofern ist es günstig, dass die Angehörigen die Möglichkeit haben, dort gemeinsam mit dem Patienten und Patientinnen zu übernachten. Es gibt in der gesamten Region um Bamako und die umliegenden Gebiete nur das psychiatrische Krankenhaus als Behandlungsmöglichkeit, weshalb einige Menschen von sehr weit herkommen, z. B. von Segou nach Bamako (700 km), um sich in der Hauptstadt in Pont G behandeln lassen zu können. Das psychiatrische Gelände wurde dabei wie ein kleines Dorf konzipiert: mit Häusern, in denen die Patienten und Patientinnen mit ihren Familienmitgliedern leben können.



Abbildung 2 Das psychiatrische Dorf Pont G

In einem weiteren Gebäude der Klinik befinden sich zusätzliche Einzelbetten für Patienten und Patientinnen. Es gibt auch einen aus früheren Zeiten stammenden geschlossenen Raum, in dem sich allerdings nur noch selten ein Patient einfindet. Diese geschlossene Station ist nur für extrem aggressive Patienten und Patientinnen vorgesehen. Damit sind ausschließlich Patienten und Patientinnen gemeint, die bei der stationären Einweisung von ihren Angehörigen und dem Klinikpersonal als nicht mehr kontrollierbar und infolgedessen für die allgemeine Bevölkerung als fremdgefährdend eingeschätzt werden.

Alle Patienten und Patientinnen können sich im psychiatrischen Dorf frei bewegen, denn sie leben dort größtenteils eigenverantwortlich in ihrem eigenen kleinen Häuschen. Patienten und Patientinnen und Angehörige Begleitpersonen versorgen sich im psychiatrischen Dorf mit Unterstützung ihrer Verwandten selbstständig. Es gibt auf dem Gelände auch eine Gemeinschaftsküche, die ausschließlich im Rahmen der Ergotherapie genutzt wird. Die Patienten und Patientinnen können dort bei Festen für die gesamte Dorfgemeinschaft gemeinsam kochen. Inmitten des Dorfs gibt es das, 'Toguna', ein traditionelles Versammlungshaus, in dem die wöchentlichen Visiten stattfinden (Abbildung 3). Die Patienten und Patientinnen nutzen diesen speziellen Ort auch als Treffpunkt, um sich persönlich auszutauschen. Darüber hinaus gibt es auf dem Gelände einen Garten, in dem die Patienten und Patientinnen verschiedenes Gemüse anbauen können.

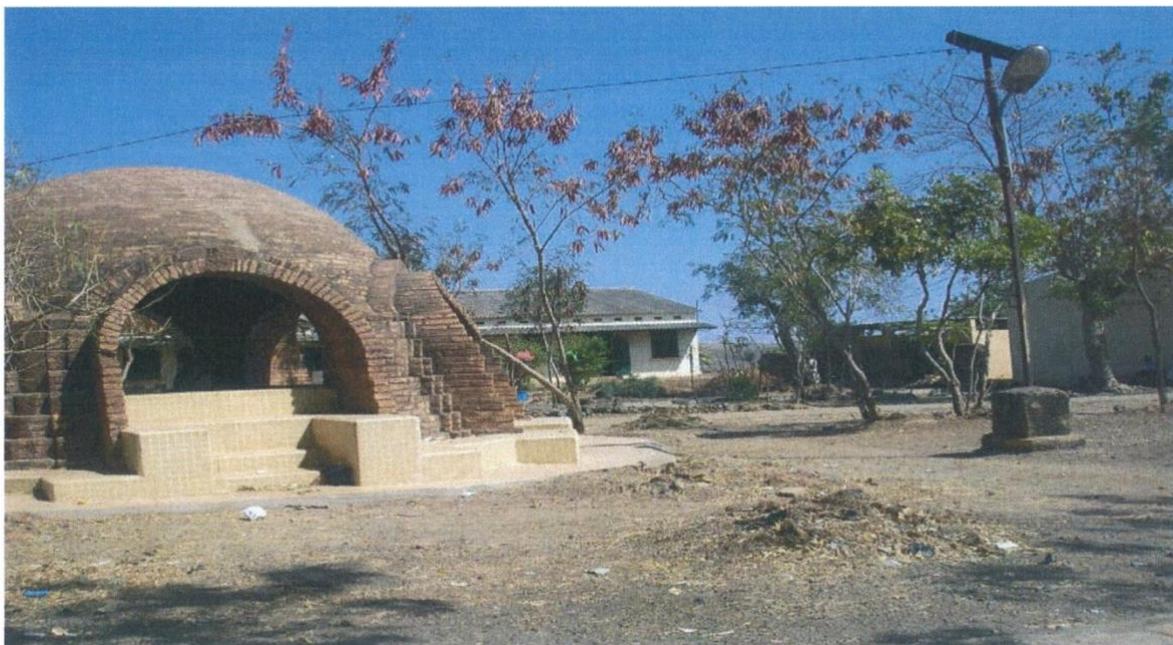


Abbildung 3 Das Toguna  
(Versammlungshaus)

### 3.3 Das Konzept der Angehörigenbegleitung

Die Begleitung durch Angehörige ist ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Konzepts der psychiatrischen Universitätsklinik Pont G. Dieses spezifische Konzept umfasst die Begleitung von Angehörigen der Patienten und Patientinnen des Universitätsklinikums, welche ihre Verwandten begleiten und mit diesen in einem der im Dorf errichteten Häuser gemeinsam wohnen. Es besteht dort die Möglichkeit, den Patienten und Patientinnen in seiner Autonomiebestrebung positiv zu unterstützen. Patienten und Patientinnen und ihre Familienangehörigen können in ihren Häusern kochen, schlafen und gemeinsam Essen vorbereiten. Das Konzept der Angehörigenbegleitung kann Patienten und Patientinnen ermöglichen, sich mit den Familienmitgliedern auszutauschen und während ihres Aufenthalts in der Psychiatrie ein weitgehend normales Umfeld zu haben. Durch die Begleitung einer oder mehrerer Familienmitglieder kann sowohl auf sozialer als auch auf medikamentöser Ebene parallel gearbeitet werden.

Diese zentralen Aspekte kennzeichnen den gemeindepsychiatrischen Ansatz in Pont G. Darüber hinaus wird die Resozialisierung und Wiedereingliederung in den familiären Kontext für die Patienten und Patientinnen dadurch erleichtert, dass mindestens ein Familienmitglied während des therapeutischen Prozesses permanent anwesend ist. Dieser Angehörige kann somit in seiner Mediatorfunktion für den Patienten und Patientinnen fungieren. Die Rolle des Mediators kann laut Napo et al. (2012) wie folgt beschrieben werden:

Die Aufgabe des Mediators ist es, den Patienten und Patientinnen nach erfolgreicher Behandlung, wieder in seinen Alltag zu integrieren. Mediatoren können demzufolge dazu beitragen, den Angehörigen das Krankheitsbild und dessen kulturspezifische Symptome näherzubringen und somit für alle Familienmitglieder verständlicher zu machen [ ... ] Des Weiteren haben der Mediatoren die Funktion, die Psychose mit ihrer phänomenologischen Expression, z. B. ist das der Fall, wenn (ein Patient berichtet, verhext worden zu sein). Diese individuelle und teilweise kollektive Erklärung der Krankheitsursachen mithilfe des therapeutischen Teams mithilfe von kultursensiblen Konfliktverarbeitungsmustern zu entmystifizieren. Auf diese Weise ist es möglich, die Erkrankung für die Gemeinschaft, in welche der Patienten und Patientinnen wieder integriert werden soll, verstehbar und annehmbar zu machen. (S. 45-46, Übersetzung der Verfasserin,)

---

Eine Rehabilitation des Erkrankten ist nach Auffassung der Experten und Expertinnen somit nur durch eine wohlwollende Unterstützung und intensive Mitarbeit der Familienangehörigen zu erreichen. Um einen Patienten und Patientinnen wieder in die malische Gesellschaft einzugliedern, ist es notwendig, dass die Erkrankung in ihrem Ursprung und Kontext ganzheitlich verstanden wird. Dabei ist es von Bedeutung, dass seine Erkrankung in diesem Kontext einen gesellschaftlich akzeptierten und integrierbaren Sinn verliehen bekommt (vgl. Napo, 2008). Das bedeutet, dass die professionellen Helferteams im Praxisalltag meist zwei zentralen Fragestellungen gegenüberstehen. Erstens: Aus welchem Grund ist der Inexpatient krank geworden? Zweitens: Was für eine soziale Bedeutung und Funktion hat die Krankheit eines bestimmten Patienten und Patientinnen für seine Gemeinschaft?

### **3.4 Geschichtliche Entwicklung der Universitätsklinik Pont Gin den 1980er-Jahren**

Erst nach Malis Unabhängigkeit wurde der psychiatrische Dienst für die Behandlung mentaler Krankheiten als einziges psychiatrisches Zentrum im Versorgungsgebiet Mali in Anspruch genommen. Der psychiatrische Dienst ist an die allgemeine Regelversorgung des Hospitals Pont G angeschlossen. In diesem Universitätsklinikum werden die psychisch Kranken des ganzen Landes behandelt. Die Patienten und Patientinnen wurden in den meisten Fällen von ihren Familienangehörigen eingeliefert, aufgrund ärztlicher Anweisung oder, bei aggressivem Verhalten, durch Polizeigewalt. In dieser Zeitperiode drohte das psychiatrische Zentrum zu einer Verwahrungsanstalt zu werden und verlor dadurch seine gesamte therapeutische Dimension.

1980 wurden 600 Patienten und Patientinnen stationär psychiatrisch untergebracht, obwohl die vorgesehene Bettenanzahl nur 110 betrug. Unter diesen Bedingungen war eine Chronifizierung des psychischen Gesundheitszustands der Patienten und Patientinnen wahrscheinlich und eine Rückkehr in die Familie ausgeschlossen. In dieser Zeit erkannte man die dringende Notwendigkeit, eine Vielzahl von Strategien zu integrieren, welche die Situation der psychiatrischen Patienten und Patientinnen und Angehörigen humanisieren sollte.

---

Die Folgen dieser Erkenntnis beschrieben die Forschende der Arbeit aus dem Jahr 2012 wie folgt:

Deshalb gab es in den 1980er-Jahren eine Reformbewegung, die es sich zum Ziel machte, gegen vorhandene negative Sichtweisen der Handlungsweisen der damaligen Psychiatrie sowie gegen Stereotype im Sinne einer Entstigmatisierung zu arbeiten (vgl. Koumare et al., 1989, zitiert nach Napo et al., 2012, S. 45). Die Bewegung setzte es sich zum Ziel, soziale Stigmatisierung zu reduzieren und den Patienten und Patientinnen und Angehörigen eine Stimme zu verleihen, um deren Bedürfnisse zu benennen. Angehörige sollten in die Therapie integriert und die Reintegration in die Gesellschaft dadurch erleichtert werden. Es sollte eine Psychiatrie geschaffen werden, welche die Situation der Patienten und Patientinnen und Patientinnen verbessert. Patienten und Patientinnen wurden vor dieser politischen Bewegung isoliert von ihrer sozialen Realität behandelt und in eine passive Rolle als Patient/in gebracht und medikamentös behandelt. (Koumare et al., 1989, zitiert nach Napo et al., 2012, S. 45, Übersetzung der Verfasserin)

Deshalb wurden 1984 in Mali auf politisch nationaler Ebene für die mentale Gesundheit zwei zentrale Ziele festgesetzt:

1. Verbesserung der Qualität der Bedingungen von psychiatrisch behandelten Patienten und Patientinnen.
2. Verhinderung der Ballung der psychisch Kranken in Bamako.

Die ersten Schritte in diese Richtung wurden zum einen durch die qualifizierte Schulung des gesamten Personals unternommen und zum anderen durch die Einführung der therapeutischen Koteba im psychiatrischen Setting sowie durch die Etablierung der Angehörigenbegleitung und eine adäquate Beratung aller Familienangehörigen. Seit diesem Zeitpunkt ist bei den Patienten und Patientinnen, die im psychiatrischen Dorf der Universitätsklinik Pont G behandelt werden, die Begleitung von einem Familienangehörigen für die Aufnahme erforderlich. (Dolo, 2007; Koumare et al., 1998)

### **3.5 Historie der Koteba**

Die Koteba ist eine Form des Unterhaltungstheaters im Mandingo-Umfeld in Mali und den umliegenden Gebieten. In der Nacht treffen sich einzelne Gruppen und versammeln sich auf dem öffentlichen Platz: die Kinder, die Frauen und die Männer. Sie ordnen sich dabei in einem konzentrischen Kreis an. Die Koteba bedeutet ursprünglich 'grand escargot', was auf Deutsch, 'große Schnecke' heißt. Der Name geht auf die Spirale der Muschel einer Schnecke zurück.

Das Spektakel des Koteba-Theaters beinhaltet die Aufgabe bestimmte Rollen von Personen, die einer Gemeinschaft angehören können zu verteilen. Das ist z. B. der Dorf Chef. Das Koteba-Theater provoziert und lädt zum Lachen ein. Das Lachen führt dazu, dass durch das gemeinsam erlebte Schauspiel und dadurch aktivierte Emotionen ein Gemeinschaftsgefühl entsteht. Das Koteba-Theater verurteilt aber in gleichem Maße wie es solidarisiert. Es ist in der Lage, soziale Konfliktthemen zu benennen, diese aber mit einem lächelnden Auge und durch Humor zu verändern. Aus Erzählungen hat die Autorin dieser Arbeit erfahren, dass damals vom Volk auch durch das Koteba-Theater wichtige politische Entscheidungen hinterfragt und kritisiert werden konnten (vgl. Napo et al., 2012). Es wird nicht einfach unbedacht Kritik ausgeübt, sondern man wendet sich ganz bewusst einem Thema zu, das reflektiert wird. Auf diese Weise kann den Teilnehmern und Teilnehmerinnen ein Gefühl von Freiheit vermittelt werden. Das Koteba-Theater ist eine populäre traditionelle Kunstform. Was man an wichtigen Inhalten zu vermitteln hat, teilt man der Gemeinschaft auf diese Weise spielerisch mit. Die Gemeinschaft wird in die Problemlösung des Individuums oder gesellschaftlich relevanter Themen miteinbezogen. Die Koteba findet an den Orten statt, an denen die Gemeinschaft zusammenkommt, d. h. an öffentlichen Orten in der Stadt oder im Dorf. 1960 gaben die Kotebaensemble das Theater für die große Bühne der Städte frei. Die Inhalte dieser Aufführungen beziehen sich seither nicht mehr auf die Belange eines Dorfs, sondern vielmehr auf die Probleme, die das gesamte Land betreffen (Napo et al., 2012).

### 3.6 **Koteba-Therapie**

In den letzten 15 Jahren hat die Koteba als eine traditionelle Form des malischen Theaters ihren Weg in die Therapie gefunden (Napo et al., 2012). Napo et al. (2012) merkten an, dass „die Koteba schon im historischen Ursprung immer dazu angewandt wurde, Tabus zu brechen und Inhalte zur Sprache zu bringen, die in einer traditionell orientierten Gesellschaft nicht einfach ohne Sanktion ausgesprochen werden konnten“ (S. 46, Übersetzung der Verfasserin).

Die therapeutische Koteba stellt somit ein wichtiges Instrument für die therapeutische Arbeit mit malischen Patienten und Patientinnen zur Aufarbeitung von Konflikten dar. In der psychiatrischen Universitätsklinik Pont G ist als Koteba-Leiter Meister Bagajogo mit seinem musikalisch-therapeutischen Ensemble-Team ernannt worden. Da aufgrund datenschutzrechtlicher Gründe in diesem Rahmen das Bildmaterial aus den aufgezeichneten Koteba-Sitzungen nicht dargestellt werden kann, wird nachfolgend auf deskriptiver Ebene die Koteba in ihrer therapeutischen Funktion explizit erläutert.

---

Die Koteba hat, wie bereits beschrieben, eine sehr lange malische Tradition und sollte aus diesem Grund nur von Menschen durchgeführt werden, die dafür individuell geschult worden sind und die Bedeutung des Koteba-Theaters in seiner kulturellen Dimension verstehen. Die Bedeutung der einzelnen Instrumente und deren Klangfolge sowie die Intensivierung im Spiel hängen stark von der Erfahrung und Initiation des Koteba-Leiters und seinem Team ab.

Die Erweiterung des Theaters für den therapeutischen Bereich, die in den 1980er-Jahren stattfand, nimmt eine wichtige Stellung in der psychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Menschen in Mali ein.

An einem Tag in der Woche werden alle eingeladen, an einer Koteba-Sitzung teilzunehmen, wenn sie möchten. Es wird vor allem darauf Wert gelegt, dass auch möglichst viele Kinder an diesem Gesangs- und Tanz-Spektakel teilnehmen. Das Koteba-Theater ist fröhlich und ernsthaft zugleich. Zu Beginn wird z. B. ein Patient ausgewählt, die Rolle des Dorfchefs "Kuntigui" zu übernehmen. Da mindestens 20 bis 30 andere Personen, welche aus der Stadt und umliegenden Dörfern kommen, an einer Koteba teilnehmen, stellen diese repräsentativ das Volk des Dorfchefs, Kuntigui' dar. Die Rolle als Kuntigui' ehrt den Patienten und Patientinnen und dieser fühlt sich in seiner Wichtigkeit und im Sinne eines salutogenetisch<sup>9</sup> förderlichen Prinzips mit seinen gesunden und nicht pathologischen Anteilen wahrgenommen. Durch die Teilnahme nicht hospitalisierter Menschen aus der Bevölkerung entsteht für den Patienten und Patientinnen ein von der Gemeinschaft konstruierter Raum von Normalität, in dem er seinen persönlichen Konflikt frei ausleben darf.

"Es gibt keine Grenze zwischen Gesunden und Kranken, da alle gleichermaßen verrückt tanzen" (IV 7 Z. Krankenschwester). Die Gemeinschaft bildet dafür den therapeutischen Rahmen und bietet dem Patienten und Patientinnen Schutz. Der Patient und die Patientin wird dabei nicht auf seine Rolle als Kranker reduziert und stigmatisiert, sondern das therapeutische Ziel ist vielmehr eine Akzeptanz des Menschseins zu erlangen. Die an der Koteba Teilnehmenden Menschen (Kinder, Frauen, Männer) tanzen zu Beginn zum Trommelschlag und zu den traditionellen Gesängen des therapeutischen Koteba-Teams. Auch Menschen aus dem Publikum werden dazu eingeladen, sich im konzentrischen Kreis der Schnecke anzuordnen. Diese erheben sich oftmals selbstständig aus der Menge der Zuschauer, um nach einiger Zeit zum Rhythmus und der Musik und des einladenden Gesangs mitzutanzten.

---

<sup>9</sup> "Salutogenese (lat. "Salus", Gesundheit, Wohlbefinden und Genese, also etwas "Gesundheitsentstehung") bezeichnet zum einen eine Fragestellung und Sichtweise für die Medizin und zum anderen ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen." (DTV-Lexikon 2006, S. 47).

Damit wird der ständige Wandel repräsentiert, wobei sich wie im wahren Leben Phasen der Aktion, der Reflektion und Phasen der Ruhe beschreiben lassen. Nach einer kurzen Zeit des Zusammenspiels werden, auch durch den Koteba-Leiter initiiert, weitere Personen aus Patienten- und Patientinnen Kreisen ausgewählt. Auf diese Weise kann z. B. die bedeutsame Rolle des Dorfchefs ausgewählt werden, welcher die Verantwortung und Funktion innehat, innerhalb der Aufmerksamkeit der Gemeinschaft ein Problem zu thematisieren und mit Unterstützung der therapeutischen Koteba zu lösen. Auf diese Weise bekommt der Patient und die Patientin den notwendigen emotionalen Abstand zur objektiven und Darlegung seines persönlich belastenden und schambesetzten Konflikts. Er wählt aus dem Publikum nach Gefühl im Sinne der Übertragung eine Person aus, die während des freien Spiels eine wichtige Schlüsselfunktion in der Bearbeitung seines Konfliktes einnimmt.

Ein klassischer Fall wäre folgender Konflikt: Es gibt ein Problem zwischen den beiden Frauen zweier Brüder. Deshalb wird eine Frau aus dem Publikum gewählt, welche die Frau des Bruders des Patienten während der Koteba-Therapie darstellt. Diese Frau ist in der Realität in einen großen Konflikt mit der Ehefrau des Patienten geraten, wodurch es zu einem großen Streit zwischen den beiden Brüdern und der gesamten Familie gekommen sei. Dem Index Patienten/Patientin wurde wegen diesem familiären Konflikt, welcher auch zu Spannungen zwischen den beiden Brüdern geführt habe, ein böser Blick' gesendet. Der Patient sei infolge dieses bösen Blicks krank geworden.

Alle Personen, die aus der Sicht des Patienten und Patientinnen eine wichtige Funktion für die Darstellung der Problematik haben, werden durch die entsprechende Rollenvergabe Teil des Koteba-Theaters. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen können auch selbstständig Lösungsideen vortragen und sich frei zum Konflikt äußern, um dem Patienten und Patientinnen auf diese Weise eine neue Perspektive auf das Problem zu ermöglichen. Dadurch wird der Genesungsprozess positiv gefordert. Eine Koteba-Sitzung dauert ca. zwei Stunden und darauf folgen Phasen des freien Spiels auf Phasen des Tanzens in Anordnung des konzentrischen Kreises der Schnecke. Nach der Koteba-Sitzung werden die Inhalte mit dem Therapeutenteam der Klinik und den Familienangehörigen gemeinsam besprochen. Der Konflikt wird im Anschluss auf psychodynamischer Ebene analysiert und in die ganzheitliche Therapie eingebettet.

### 3.7 Traditionelle Vorstellungen in der malischen Gesellschaft

In diesem Kapitel werden die zentralen Aspekte der traditionellen Vorstellungen in der malischen Gesellschaft dargestellt. Auf diese Weise ist es möglich, einen Einblick in die traditionellen Vorstellungen dieser Gesellschaft zu bekommen.

Für professionell im psychiatrisch sowie medizinisch-therapeutisch-sozialen Kontext tätige Menschen kann dieses Wissen für die praktische Arbeit eine bedeutende Bereicherung insbesondere für den diagnostischen Prozess darstellen. Daraus ergibt sich, dass im Rahmen der Diagnostik eine Unterscheidung zwischen kulturell akzeptierten Glaubensinhalten und z. B. pathologischen Wahnhaltungen ermöglicht werden kann (vgl. Haasen et al., 2004; Strakowski et al., 1996; Cochrane et al., 1989; Özek, 1988).

Die Konzeption des Menschen ist nahezu in allen afrikanischen Kulturen von der Vorstellung geprägt, dass "der Mensch sich als eine komplexe Einheit von Körper und verschiedenen psychischen, spirituellen Elementen, die den Körper beseelen" (Göttler et al., 2000, S. 7). Es gibt dabei viele verschiedene Modelle und Seelenkonzeptionen, die je nach den regionalen Vorstellungen und der kulturellen Prägung der verschiedenen Ethnien konstruiert wurden. Dennoch haben diese vielen zentralen Aspekte einiges gemeinsam. Darunter fällt z. B. die enge Verbindung mit der unsichtbaren Welt und die immerwährende Brücke zu den Ahnen, die im afrikanischen Kosmos einen Teil der Lebenden mit ihren Bestrebungen nach Lebenskraft und Gleichgewicht darstellen (vgl. Napo, 2008). Derek Hook (2004) beschreibt afrikanisch-traditionelle Glaubensinhalte folgendermaßen:

The African has always and everywhere presented a concept of the world, which is diametrically opposed to the traditional philosophy of Europe. The latter is essentially static, objective, and dichotomous; it is in fact dualistic in that it makes absolute distinction between body and soul, matter and spirit. It is founded on 36 separation and opposition on analysis and conflict. The African on the other hand, conceives the world, beyond the diversity of its forms, as a fundamentally mobile yet unique reality that seeks synthesis. (Hook, 2004, S. 36)

Die malische Bevölkerung legt im Allgemeinen viel Wert auf Tradition. Aus diesem Grund spielen mündliche Überlieferungen durch die Griots, welche die Geschichten und Mythen des Landes singend erzählen, um diese zu überliefern, eine bedeutende Rolle. Es können sich darin auch Lobgesänge auf Heldentaten von Menschen oder die Benennung der Tugendhaftigkeit einer Familie oder Familienmitglieds widerspiegeln (Napo, 2008, S. 37). Diese Gesänge sind den dafür auserwählten Griots vorbehalten und die Geschichten werden von Generation zu Generation weitergegeben.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche, Kulte', die als eine Art konservative Gemeinschaften zweckgerichtete Rituale durchführen. Diese Kulte unterliegen einer strengen Gesellschaftsordnung und hatten bereits vor der Einführung der Legislative ihre gesellschaftlich-soziale Funktion inne. Die Kulte und deren Ausübung werden von den Maliern und Malierinnen als alte Tradition respektiert. Als Voraussetzung dafür ist es Wichtig, dass diese humanistischen Vorstellungen repräsentieren und menschenwürdig handeln. Deshalb sind sie aus der malischen Kultur nicht wegzudenken. Die Zugehörigkeit zu diesen Gemeinschaften der Kulte ist von verschiedenen Variablen abhängig, z. B. dem Geschlecht, dem Alter, der spirituellen Reife oder der Blutlinie etc. Zur Aufnahme in einen solchen Kult ist eine Initiation notwendig (Napo, 2008, S. 7). Der Begriff der Initiation lässt sich nach Ikwuagwu (2006) folgendermaßen definieren:

"Initiation represents one of the most significant spiritual phenomena in the history of humanity. Coined from the Latin word *initiare*, to begin or beginning, 'initiation' means to 'enter upon', 'to introduce', or to 'set going'. It means to admit with necessary introductory rites or forms into some society or observance, especially, of occult character" (Ikwuagwu, 2006, S. 61).

Die Initiation spielt bereits in der afrikanischen Erziehung von Kindern eine große Rolle und befähigt diese z. B. durch eine Lebensprüfung einen bestimmten Reifegrad zu erreichen. Der durch die Initiation erlangte Reifegrad geht mit einer starken Verantwortungsübernahme für die Familienmitglieder und der Gesellschaft im Allgemeinen einher (vgl. Togbe-Kani, 2007). Der Begriff der Initiation verbindet in der malischen Gesellschaft darüber hinaus das Individuum mit anderen Altersgenossen und festigt auf diese Weise die Gemeinschaft. Die daraus entstehende Bruder- und Schwesterschaft dauert ein Leben lang an und ist geprägt von Fürsorge und Verantwortungsübernahme. Sie gilt daher im malischen Volksmund als generationsübergreifend unerschütterlich.

In vielen afrikanischen Ländern westlich der Sahara besteht ein "holistisches Weltbild und die Menschen sind eng verbunden mit den Geistern ihrer Ahnen" (vgl. Hook, 2004; Napo, 2008). "Es gibt keine Trennung zwischen Leben und Tod", da die Welt der Lebenden und der Toten eine Einheit darstellt und im ständigen Austausch miteinander ist. Dies mag sich für den westlichen Leser seltsam sein, doch es ist in den meisten Teilen Afrikas nichts Ungewöhnliches und fester Bestandteil des traditionellen Glaubens und unabhängig von religiösen Einflüssen (vgl. Napo 2008, S. 35).

### 3.7.1 Die traditionellen Basiskonzeptionen nach Coulibaly

Dermalische Psychologe Dr. Coulibaly (1988) beschreibt das traditionelle Konzept, Le Fasu', das die Geister der Ahnen repräsentiert. Er macht ebenfalls darauf aufmerksam, dass es eine Kontinuität zwischen der Welt der Toten und jener der Lebenden gibt (vgl. Coulibaly, 1988, S. 12). Diese repräsentieren das Abbild der Gesellschaft der Lebenden. Der Tod ist nur eine Übergangsphase, also eine Überleitung, um die nicht sichtbare Welt der Ahnen zu erreichen. Die Lebenden und die Geister der Ahnen beschützen und wachen über diese und sind die Ga-ranten der Tradition (vgl. Coulibaly, 1988, S. 11-13; Napo, 2008, S. 35).

Das Konzept, Le Faro' nach Coulibaly (1988) spielt in der Tradition der Bambara eine große Rolle und beschreibt die Wassergöttin, Le Faro' oder, Bafaro'. Die Wassergöttin spielt auch in anderen afrikanischen Kulturen eine bedeutende Rolle (vgl. Napo, 2008). Sie hat in der Beschreibung die Gestalt einer Sirene. Die, Mami Wata' ist das Äquivalent für die Göttin des Meeres (vgl. Coulibaly, 1988, S. 11-13).

Darüber hinaus diskutiert Coulibaly (1988) in seiner Forschungsarbeit über traditionelle Nosologien mit dem Titel "*Le Jinebana*" drei wichtige zentrale Nosologien. Der aus Mali stammende Psychologe beschäftigt sich unter anderem auch mit konstitutiven Elementen der Personkonzeptionen. Er untersucht dabei wissenschaftlich traditionelle Bezeichnungen von Animisten. Nach Coulibaly (1988) werden drei fundamentale Prinzipien unterschieden:

1. , Le Farrie' oder der Körper,
2. , Le Ni' oder das Lebensprinzip,
3. Das Ja hat verschiedene Sorten, Ja' Le ja Nikekuh (S. 12).

Der, jamnaloma' ist eine Silhouette. Im Tod verwandelt sich das, Ja' in, Suja', der sich am Tümpel befindet, wo die Geister der Ahnen residieren. In der Krankheit sind es jedoch häufig die, Satane', die aufgeweckt werden. Man versucht diese dann durch Gebete zu vertreiben und auch mit, Nasi', einer traditionellen Kräutermischung, die ähnlich wie Weihrauch benutzt wird (vgl. Coulibaly, 1988, S. 12).

Le, Nma' ist eine triebhafte Kraft, die Aggressionen mehr oder weniger kontrolliert, welche aus der Konstitution der Person herrühren, also aus dem physischen Körper (vgl. Coulibaly, 1988, S. 12). Lebensprinzip und spirituelles Prinzip: Pari', Ni', Ja'. Das, Ni' während des Lebens und im Moment des Todes manifestiert sich zu einer gefährlichen Kraft. Die Beerdigungen haben als Ziel, die negative reine Triebkraft des, Nama' zu entschärfen (Coulibaly, 1988, S. 12).

Der Djinn' des Islam spielt nach wissenschaftlichen Studienergebnissen von Coulibaly (1988) ebenfalls eine wichtige Rolle für das Verständnis der Glaubensinhalte in Mali. In der orientalischen metaphysischen Konzeption der Welt des Islam existiert ein einziger schaffender Gott, Allah', zwischen den Göttern und den Menschen (Adamaden' =Sohn von Abraham). Es gibt zum einen die, Engel' (oder, Meleke' = Botschaften von Gott), die ausschließlich gut sind, und zum anderen, Djinns' oder, Jinew' (Bambara), welche gut oder auch schlecht in Bezug auf ihre Charaktereigenschaften sein können. Diese existieren in der Vorstellung der menschlichen Gesellschaft wahrhaftig. ‚Iblis' wird als der ‚Sitanew' (Satan) bezeichnet. Dieser ‚Sitanew' ist in der Lage, schlechte Kräfte leibhaftig werden zu lassen (vgl. Coulibaly, 1988, S. 12).

Coulibalys Forschungsarbeiten befassen sich auch mit diversen Kulturen, wie z. B. der Senkalo und der Rah. Der Senkalo der Bambara erinnert an den ‚Mango Miniamnka', den Kult des Rah. Der Rab'-Kult geht auf die Tradition der Animisten zurück und wurde vielfach von den Wolof aus dem Senegal und den Lebou praktiziert (Coulibaly, 1988, S. 12). Dieser Kult wird mehrheitlich von Frauen und nur von einigen wenigen Männern praktiziert. Die Familienabstammung spielt dabei eine wichtige Rolle für die Ausübung des Kults (Coulibaly, 1988, S. 12). Der gewissenhafte, Rah' wird geehrt und dadurch zu einem ‚Tuur'. Dies ist ein Geist, der eine von Generation zu Generation übertragbare Allianz mit dem Gründer der Sippe des Dorfs hat. Im Geist der Anhänger verleiht er den Vorfahren gute Eigenschaften, wie z. B. Edelmut, Gerechtigkeit etc., die den Vorstellungen der Geister entsprechen (Coulibaly, 1988, S. 12). Der Rah' erinnert an die Inhalte des ‚Kungofenw'. Der ‚Rah' ist auch ein untrennbares Glied oder ‚ein zweiter Freund' der sichtbaren menschlichen Person. Dieser Freund wird von der malischen Gesellschaft offiziell akzeptiert und allgemein anerkannt. Beispielsweise kann ein eifersüchtiger ‚Rah' die Heirat einer schönen Frau hinauszögern, weil er sie nicht abgeben möchte. Durch die religiösen Einflüsse des Islams kam es allerdings zur Unterscheidung von Geistern der Muslime (serein') und denen des Lands (ceddo') (vgl. Coulibaly, 1988, S. 1).

### **3.7.2 Zusammenfassung der traditionellen Konzepte**

Diese verschiedenen Konzeptionen von Geistern haben ein ambivalentes Dasein. Sie können bei den Menschen, mit denen sie eine Art Bündnis geschlossen haben, mentale Erkrankungen provozieren. Darüber hinaus sind sie in der Lage, schwerwiegende psychische Störungen hervorzurufen, wenn sie jemanden dazu auserwählt haben. In diesem Sinne wird das Konzept von Krankheit und Gesundheit in traditionellen Gesellschaften nur durch ihre kulturellen Erklärungsmodelle in europäische Kategorien übersetzbar. Man glaubt daran, dass Geister bei Menschen Krankheiten auslösen können, wenn diese ihre Existenz vergessen haben (vgl. Napo, 2008, S. 7; Napo et al., 2009). Im psychoanalytischen Verständnis wären diese Konzeptionen hier sicherlich durch die klassischen Elemente von Scham- und Schuld-Introjektion verstehbar (vgl. Hilgers 2006).

Die Therapie besteht in einem solchen Fall eines missgestimmten Geistes aus einer speziellen Absprache, welche darauf beruht, eine Verbindung im Sinne einer Einigung mit dem Geist zu erreichen (vgl. Coulibaly, 1988, S. 11-13). Mensch und Geist gelangen auf diese Weise wieder in Einklang mit ihren individuellen Bedürfnissen in einer kollektiv geprägten Gesellschaft, in der ein Streben nach Individualität ein Tabu darstellt.

Diese Praxis erinnert an Therapiemethoden, bei denen es zur Integration der Krankheit kommt. Dieser von traditionellen Konzepten geprägten Auffassung zufolge ist der Mensch eng mit seinem Geist verbunden. Indem der Inexpatient und die Inexpatientin seine Erkrankung annimmt und diese als Teil von sich selbst und nicht als etwas Abgespaltenes wahrnimmt, muss es zur Aussprache eines Konflikts kommen, um den Geist zu beruhigen (vgl. Napo, 2008)

### **3.7.3 Ausschnitt aus der Geschichte der Psychiatrie in Mali**

Im Jahr 1950 wurde die Geschichte der Psychiatrie in Westafrika von einem Verwaltungsbeamten im Medizinbereich namens Carothers geprägt.

Er wurde aufgrund seiner großen Leidenschaft für klinische Psychiatrie und Krankenhausverwaltung dazu aufgefordert, zwölf Jahre in Matharie, Kenia zu arbeiten, obwohl er niemals eine psychiatrische Ausbildung genossen hatte (vgl. Mc Culloch, 1995). Die Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen, die Carothers im Jahr 1950 tätigte, führte dazu, dass er zu einer Autorität einer kolonialgeprägten Vorstellung von mentaler Krankheit für das koloniale Afrika wurde (vgl. Mc Culloch, 1995).

In den frankophonen Kolonien, wie z.B. in Algerien, prägte ein aus den Antillen stammender medizinischer Vertreter, Franz Fanon, die geschichtliche Entwicklung der dortigen Psychiatrie. In diesen Zeitraum fiel auch die Geburtsstunde der *Ethnopsychiatrie*, die als neue Disziplin arbeitswissenschaftliche Studien über das Verhalten und die Psyche von Afrikanern und Afrikanerinnen durchführen wollte (vgl. Nathan, 1986).

Da in den frankophonen Teilen nicht so viel Wert auf Rassentrennung gelegt wurde wie beispielsweise in Rhodesien oder Kenia, spielte in diesen Ländern der Rassismus im staatlichen Sektor eine große Rolle und spiegelt sich in den wissenschaftlichen Diskursen wider. In den Anfängen wurden beispielsweise Körper und Schädel gemessen, um die Unterlegenheit der nicht weißen Bevölkerung zu legitimieren (vgl. Napo, 2007; Mc Culloch, 1969). Die Ethnopsychiatrie hingegen interessierten kulturelle Erklärungsmodelle anstatt körperliche Merkmale als Untersuchungsgegenstand ihrer Forschung. Dennoch kam es immer wieder zu einer Vermischung der beiden Modelle, also des anthropologischen mit dem Schwerpunkt auf körperlichen Merkmalen und der kulturellen Erklärungsmodelle der klassischen Ethnopsychiatrie (vgl. Mc Culloch, 1965, S. 1; Napo 2007).

Nach Mc Culloch (1965) habe die Ethnopsychiatrie bislang keinen Status innerhalb der Mainstream-Psychiatrie erlangt, da sie eine Disziplin zwischen Anthropologie und Psychiatrie sei und in diesem Zwischenraum nicht als eigenständige Disziplin etabliert worden sei.

Die Ethnopsychiatrischen Entwicklungen und theoretischen Überlegungen führten schließlich dazu, dass im Jahre 1960 die Ethnopsychiatrie von der *transkulturellen Psychiatrie* abgelöst wurde. Diese übernahm konzeptionell das geistig- koloniale Erbe aus den 1950er-Jahren (vgl. Mc Culloch, 1965). "Clearly demarcated from the adjacent sciences of social anthropology and mainstream psychiatry, ethnopsychiatry had its own subjects, its own plants, and its own areas of expertise " (Mc Culloch, 1965, S. 2).

Verschiedene Vertreter, wie z. B. JC Carothers, Antoine Porot, B, J. F., Laubscher, WulfSachs und Pranz Fanon, haben sich entweder direkt oder indirekt mit der Psyche von Afrikanern und Afrikanerinnen beschäftigt. Der französischsprachige Raum und seine ethnopsychiatrischen Forschungsvertreter und Forschungsvertreterinnen berichten über die seiner Auffassung zufolge vermeintlich wissenschaftlichen Arbeiten von beispielweise bekannten Forschern aus der Ethnologie wie Lucien Levy-Bruhl, welcher nach Aussagen Mc Cullochs (1996):

---

"keine Erfahrungen mit afrikanischen Menschen hatte und trotzdem wie auch Carothers in den britischen Kolonien als Experte über das Verhalten und die Psyche von afrikanischen Menschen schrieb" (Mc Culloch, 1965, S. 2).

Unter den damaligen Vertretern, die vermeintlich vorgaben, sich wissenschaftlich mit dem Verhalten afrikanischer Menschen zu befassen, herrschte im Vergleich zu anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen Isolation und keine Austauschmöglichkeiten mit anderen Kollegen ihres Fachs, da ihre Qualifikation selten war. Die von Rivers C Dougall Myers und Murray verfasste psychiatrische Studie war prägend für die Geschichte der Ethnopsychiatrie (Mc Culloch, 1965, S. 2).

Die Autoren und Autorinnen untersuchten dabei 450 Menschen und gingen der Frage nach, wie die Sensibilität für Licht, Hören, Schmerz, Gedächtnis und Müdigkeit bei der afrikanischen Bevölkerung sei. Dabei fanden die Autoren und Autorinnen bei der Untersuchung heraus, dass die visuelle Aktivität der Einheimischen im Vergleich zu zivilisierten Europäern und Europäerinnen höher war. Es gab keine signifikanten Ergebnisse bei dieser Studie (Mc Culloch, 1965, S. 2). Darüber hinaus lieferte die Untersuchung das Ergebnis, "dass Myopia bei Europäern öfters zu beobachten war als bei Afrikanern." Die westlichen Psychiater, die nach Afrika kamen, um zu arbeiten, waren einerseits anthropologisch nicht geschult und beeinflusst vom kolonialen Pathos ihres Landes (vgl. Mc Culloch, 1965, S. 3). Andererseits blickte auch die Sozialanthropologie mit Distanz und Misstrauen auf die Arbeiten der Ethnopsychiatrie, da diese aufgrund ihrer mangelhaften methodischen Kenntnisse und fehlender Empathie in ethnopsychiatrischen Studien vielfach kritisiert wurden. Das spezielle Forschungsinteresse und die allgemeine Skepsis führte zu folgender Beschreibung " "Ethnopsychiatry was a selfenclosed enterprise." (Mc Culloch, 1965, S. 7).

Nach Mc Culloch (1965) fanden zu wenig Möglichkeiten und zu wenig Evaluation innerhalb der ethnopsychiatrischen Forschung statt. Vielmehr ist versucht worden, anhand der bestehenden Informationen, z. B. Zusammenfassungen von Tagungsbänden etc., die ethnopsychiatrische Forschung als neue Disziplin zu beschreiben und zu etablieren (vgl. Mc Culloch, 1965, S. 7). Diverse Stereotype Vorstellungen und rassistisches Gedankengut prägten die weißen Siedler und Siedlerinnen in ihrer Wahrnehmung und daraus resultierenden Beschreibung von afrikanischen Menschen (vgl. Mc Culloch, 1965).

---

Innerhalb der ethnopsychiatrischen Literatur wurden dabei von den Forschern zwei Gruppen unterschieden. Die Literatur über Intellektuelle und Bauern. Letztere richtete sich gegen die Klasse der missionsgebildeten Afrikaner und Afrikanerinnen, die am Rande der kolonialen Städte lebten. Aus diesen Kreisen wurden auch die Patienten und Patientinnen für die Studien rekrutiert.

Die Kritik an den intellektuellen und auch moralischen Verfehlungen der urbanen Afrikaner und Afrikanerinnen wurde nach Mc Culloch gleichzeitig auch zu einer Kritik am afrikanischen Nationalismus (Mc Culloch, 1996, S. 7). Mc Culloch weist darauf hin, dass bis 1945 die Ethnopsychiater und Ethnopsychiaterinnen durch die Forschungsnähe zu den untersuchten afrikanischen Subjekten, die zu der allgemeinen Bevölkerung keinen Kontakt hatten, dazu angehalten wurden, ihre eigene Rolle als Kolonialisten zu reflektieren. Vermutlich hatte diese Reflexion unter den damaligen Voraussetzungen eine sublimierende Funktion und ließ die kolonialistische Hegemonie in ihren Augen größer erscheinen. Die Ethnopsychiater-teams nahmen zum damaligen Zeitpunkt wahrhaftig an, die reale Lebenswirklichkeit der afrikanischen Menschen in den Kolonien zu kennen, da sie deren Lebensweise studierten und soziale Hintergründe kannten (vgl. Mc Culloch, 1965, S. 7). Den meisten von ihnen blieb jedoch die persönliche Erfahrung verwehrt, Auswirkungen von Rassismus zumindest in theoretischer Beschreibung, wenn nicht am eigenen Leib erfahren zu haben und teilen zu können. Eine Ausnahme stellte der aus den Antillen stammende Psychiater Franz Fanon dar, der eine enge Freundschaft zu Sartre pflegte (vgl. Napo, 2007, S. 48).

Bereits im Jahre 1939 etablierte sich eine neue Stimmung, die afrikanische Menschen dazu motivieren sollte, ihr koloniales Erbe und die damit verknüpfte Rolle abzulegen und zu einem neuen Bewusstsein zu gelangen. Die sogenannte *Négritude Bewegung* als eine neue Empowerment-Ideologie und auch die *Afrikanische Persönlichkeitspsychologie* prägten diese Epoche (vgl. Mc Culloch, 1965, S. 8). Die *Négritude Bewegung* versuchte, die von der Ethnopsychiatrie verwendeten Stereotype und rassistischen Beschreibungen von afrikanischen Menschen zu relativieren und durch positivere Bilder von und für afrikanische Menschen anzureichern. Afrikaner und Afrikanerinnen sollten ihr koloniales Erbe abtreten und zu einem neuen Bewusstsein gelangen (vgl. Eckert, 2007). Ethnopsychiatrie und *Négritude* können somit unter damaligen Gesichtspunkten als Antagonismen beschrieben werden (vgl. Mc Culloch, 1965; Eckert, 2007).

---

"Negritude is merely the mirror image of ethnopsychiatry, elaborated by the poets of Negritude as they struggled to create a positive value for precisely those traits which the ethno psychiatrists deplored" (Mc Culloch, 1965, S. 8).

Aufgrund der geschichtlichen Zusammenhänge und des rassistisch geprägten Blickwinkels des Konstrukts "Ethnopsychiatrie" oder auch der sich nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelnden Ethnopsychoanalyse lehnen beispielweise viele malische Psychiater heute weitgehend den Bezug zur Ethnopsychiatrie zugunsten einer Identifikation mit einer Universalistischen Psychiatrie, die Bezug nimmt auf kulturelle Besonderheiten, ab. (vgl. Napo, 2012, S. 34; Napo, 2007, S. 29). Die Ethnopsychoanalyse hat ihre Geburtsstunde erst nach dem Zweiten Weltkrieg, da diese sich aus der Ethnopsychiatrie heraus entwickelt hat und im Besonderen durch die Schweizer Psychoanalytiker Paul Parin, Goldy Parin, Mathew und Fritz Morgenthaler während ihrer Forschungstätigkeit von 1954 bis 1971 in Afrika, Mali geprägt wurde. (vgl. Napo, 2007, S. 29). Daher ist die Ethnopsychoanalyse in ihrer Erscheinung eher als eine postkoloniale Entwicklung zu betrachten.

Zusammenfassend lässt sich die Aussage machen, dass die Geschichte der westafrikanischen Psychiatrie weitgehend von Mc Culloch in seinem Buch *Colonial psychiatry and the african mind* thematisiert wird. Dabei setzt sich der Autor jedoch mehr mit der Geschichte der anglo-phonen Kolonien auseinander. Die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie in Mali beispielsweise findet bei ihm keine Erwähnung und auch die geschichtliche Entwicklung der senegalesischen Psychiatrie wird kaum benannt. Dennoch gelingt es dem Autor, allgemeine Charakteristiken und Beschreibungen über die damaligen Verhältnisse, welche die kolonial geprägten Wurzeln der Psychiatrie in Westafrika verdeutlichen.

Aus diesem Grund wird in Kapitel 4 dieser Dissertationsarbeit soweit das Literaturstudium ermöglicht hat, schemenhaft die Entwicklung der Psychiatrie der Universitätsklinik Pont Gin Mali beschrieben.

### 3.7.4 Exkurs Stigmatisierung und Exklusion

Traditionelle Konzeptionen sind aus historischer Perspektive zweifelsohne ein großer Reichtum. Es kommt heutzutage jedoch leider auch vor, dass Menschen besonders aufgrund solcher traditionellen Konzepte stigmatisiert werden.

Die Stigmatisierung, die durch traditionelle Konzeptionen in Afrika hervorgerufen wird (z. B.: "Person A muss eine Hexe sein"), hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass besonders Frauen, aber auch Männer bis heute sehr stark unter ihrer Folge, dem Ausschluss aus der Gemeinschaft, leiden. (vgl. Igwe, 2012)

Ervin Goffman (1974) definiert Stigmatisierung als "Beispiel für die Kluft zwischen dem was eine Person sein sollte (ihrer virtuellen sozialen Identität), und ihrer wirklichen sozialen Identität, d. h. was sie wirklich ist" (Goffman, 1974, S. 56). Stigmatisierung kann somit als ein Prozess verstanden werden, durch den Individuen in eine bestimmte Kategorie von Positionsinhabern d.h. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gemeinschaft eingeordnet werden. Diese Einordnungen erfolgen durch Zuschreibungen von Merkmalen und Eigenschaften, die diskreditierbar sind, oder sie erfolgen durch Diskreditierung bereits vorhandener sichtbarer Merkmale und Eigenschaften (vgl. Goffman, 1974, S. 56; Baum, 1978, S. 25).

Die United Nations (UN) dokumentieren diverse Menschenrechtsverletzungen, bei denen aufgrund der bereits genannten gesellschaftlichen Stigmatisierung teilweise zu Ermordungen gekommen sei. Während der klinisch-therapeutischen Tätigkeit als Psychologin konnte die Autorin in der Vorstudie zu dieser Dissertation in der praktischen therapeutischen Arbeit beobachten, dass besonders Frauen in der afrikanischen Gesellschaft eine stark erhöhte Vulnerabilität aufweisen, Stigmatisierung durch andere zu erfahren. Dies kann häufig im klinischem Rahmen beobachtet werden, wenn Verhaltensweisen und Lebensentwürfe dieser Frauen nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechen.

#### Beispiel IV Ausschnitt (IV 2007) Fall Untersuchung 01

Frau A berichtet im Interview der 1. Studierenerhebung in Deutschland an der Charite Berlin, dass "die anderen Frauen denken, ich sei eine Hexe, da ich noch kein Kind geboren habe. Es ist kaum auszuhalten, sie haben auch oftmals Angst, dass ich mich ihren Kindern nähere und reden immer über mich. Wir haben darüber nachgedacht, ein Kind zu adoptieren.

Deshalb hielt es die Autorin dieser Dissertationsarbeit aus ethischer Sicht für notwendig, auf diese wichtige Thematik einzugehen. Autoren und Autorinnen, wie beispielweise Helmchen (2012) verweisen bereits auf die Bedeutung und die wissenschaftliche Relevanz von ethischen Richtlinien in Bezug auf die Erforschung von mentaler Gesundheit von Menschen. Eine afrikanische Frau, die z. B. kinderlos und alleinstehend ist, weist demzufolge in vielen traditionellen afrikanischen Gemeinschaften eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Stigmatisierungsprozessen auf (vgl. Struening et al., 2001). So kann die Tatsache der Kinderlosigkeit einer afrikanischen Frau schnell zu boshafte[n] falschen und weitestgehend diskriminierenden Anschuldigung[en] kommen, wie in unseren Interviews transparent wurde.

Nach traditionellen Erklärungsmustern würde man vielleicht annehmen, dass sie z. B., eine Hexe' sei. Man könnte auch schnell vermuten, dass ein Djinn, ein guter Geist, in sie verliebt sei und sie vom Heiraten abhalte. Die Konsequenz daraus ist leider immer noch, dass eine solche Person stigmatisiert wird und ihr gesellschaftlicher Ausschluss droht (vgl. Phelan et al., 1998). Die starke Stigmatisierung führt zu einem erheblichen Leidensdruck, welcher die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen sowie das Risiko für eine soziale Isolierung deutlich erhöht (vgl. Sartorius, 2007).

Der Soziologe Gaffmann (1974) vertritt die These, dass diese "Stigmatisierungsprozesse eine allgemeine gesellschaftliche Funktion haben. Sie haben die Aufgabe, Unterstützung für die Gesellschaft bei denen einzuholen, welche keine Unterstützung von der Gesellschaft bekommen" (S. 138). Nach Hovrath (2002) ist die Stigmatisierung vergleichbar mit einem "Teufelskreis" (S. 26). Verschiedene andere Autoren und Autorinnen diskutieren die Stigmatisierung psychisch Kranker, welche auch heute noch ein großes Problem in vielen Ländern darstellt, ebenfalls (vgl. Bauman et al., 2005). In jüngster Zeit gibt es besonders durch die Forschungsaktivitäten des Schweizer Psychiaters Norman Sartorius und diverser Kollegen und Kolleginnen Bestrebungen, geeignete Anti-Stigmatisierungskampagnen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung von psychisch Kranken und deren Umfeld weltweit zu etablieren (vgl. Callard et al., 2012).

### 3.7.5 Exkurs: Ergebnisse der I. Vorstudie in Deutschland

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung soll an dieser Stelle als Exkurs Kapitel auf die Ergebnisse unserer Voruntersuchung eingegangen werden. Die erste Untersuchungsphase für diese Dissertation fand im Rahmen einer Voruntersuchung im Jahr 2008 an der Universitätsklinik Charite im ambulanten und stationären Rahmen statt. Innerhalb dieses Zeitraums wurden  $n = 12$  westafrikanische Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen befragt. Zur Erhebung der zielgruppenspezifischen Daten fanden die bereits im Rahmen der Dissertation genannten Methoden in Form von problemzentrierten Interviews und Experten und Expertinnen Interviews ihre Anwendung.

#### 1. Erhebung Leitfadengestützter problemzentrierter Interviews mit Patienten und Patientinnen aus Westafrika (n = 12)

Zeitraum: Januar 2008 bis November 2009

Methode: leitfadengestützte problemzentrierte Interviews

Fragen zu: Lebensqualität, Ursachen und Krankheitsvorstellungen, Bewältigungsmethoden, Behandlungserfahrung von westafrikanischen Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen

#### **Rekrutierung der Probanden:**

Die zwölf Patienten und Patientinnen wurden mündlich und schriftlich über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und um ihre persönliche Mitarbeit gebeten. Die stationäre Tätigkeit der Autorin und die Unterstützung ihrer psychiatrischen Kollegen, die über potentielle Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen informierten, waren eine Hilfe dabei, Patienten und Patientinnen für die Studie zu gewinnen. Alle rekrutierten Probanden und Probandinnen befanden sich im Zeitraum der Erhebung in stationärer oder ambulanter Behandlung des Klinikums der Charite Berlin. Diese Befragung ermöglichte dem Forschungsteam erste Erfahrungen mit leitfadengestützten Interviews. Auf diese Weise konnten unvorteilhafte Aspekte des Leitfadens gegebenenfalls modifiziert werden. Im Rahmen der Auswertung lassen sich folgende Ergebnisse der in Deutschland erhobenen Stichprobe zusammenfassen:

1. Die befragten westafrikanischen Migranten und Migrantinnen glaubten weniger als die Vergleichsgruppe an die alleinige Wirksamkeit der psychiatrischen Behandlung als Behandlungsweg, sondern gaben alternative Heilpraktiken, z. B. einen Besuch beim Hod-scha etc., als notwendige ergänzende Maßnahme an.
2. Die westafrikanischen Migranten und Migrantinnen Stichprobe glaubte bei der Verursachung der Erkrankung stark an externale Faktoren (z. B., böser Blick').
3. Die westafrikanischen Migranten und Migrantinnen Stichprobe gab im Hinblick auf den Verlauf der Erkrankung eine positive Sichtweise an, da sie die Erkrankung als eine vorübergehende Phase wahrnahm, die zur Herstellung des Gleichgewichts im Leben notwendig sei (z. B. Berufung, andere zu heilen, Versöhnung mit Angehörigen.)
4. Kulturell spezifische Krankheitskonzeptionen kamen bei allen der untersuchten Patienten und Patientinnen aus Westafrika zum Ausdruck.
5. Das kulturelle Verständnis von Schamerleben hat Einfluss auf die Symptomausgestaltung kultureller Konzeptionen westafrikanischer Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen.
6. Die Ätiologie und Genese der Erkrankung wurde neben kulturellen Krankheitskonzeptionen auch durch Migrationserfahrungen erklärt.

Die Konzeption dieser Untersuchung und ein erster Fallbericht wurden bereits von Wohlfart, Kluge & Napo (2009) publiziert. Die Untersuchungsergebnisse bestätigten das Vorhaben, in einer westafrikanischen Psychiatrie eine weitere Datenerhebung durchzuführen, in der die Krankheitskonzeptionen im kulturellen und auch institutionellen Kontext untersucht werden können. Die Forschung über Krankheitskonzeptionen schizophrener Patienten und Patientinnen aus Westafrika kann somit auch für professionell Behandelnde in Deutschland dazu beitragen, Krankheitsvorstellungen verstehbarer zu machen. Aus der Forschung ist bekannt, dass die Kenntnisse über die subjektiven Krankheitsvorstellungen von Patienten und Patientinnen eine notwendige Voraussetzung für das Gelingen einer therapeutischen Maßnahme ist (vgl. David et al., 2002; Kahraman, 2010).

## **4 Fragestellung der Untersuchung**

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation werden subjektive Krankheitsvorstellungen und das allgemeine Behandlungsverständnis von schizophrenen Patienten und Patientinnen, ihrer Angehörigen, der Experten und Expertinnen aus Westafrika, Mali wissenschaftlich untersucht. Dabei geht es um die Beantwortung zweier zentraler Fragestellungen. Diese Fragen werden im Kontext von (Re-)Migrationserfahrungen und dem allgemeinen Verständnis von Gesundheits- und Krankheitskonzepten westafrikanischer Patienten und Patientinnen diskutiert.

1. Welche subjektiven Krankheitsvorstellungen haben westafrikanische Patienten und Patientinnen, Angehörige und Experten und Expertinnen in Mali?
2. Wie werden westafrikanische Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen innerhalb eines integrativ-gemeindepsychiatrischen Ansatzes behandelt?

## **5 Methodische Basis der Untersuchung**

Das vorliegende Kapitel erläutert die im Rahmen der Dissertation verwendeten methodischen Grundlagen der Datenerhebung in ihren einzelnen Schritten des qualitativen Forschungsprozesses. Dabei werden in den nachfolgenden Kapiteln sowohl die Methoden der Datenerhebung als auch die Methoden der Datenauswertung ausführlich beschreiben.

### **5.1 Methoden der Datenerhebung**

In diesem Kapitel werden die Methoden der Datenerhebung ausführlich vorgestellt. Es wird dabei auf die zugrundeliegenden Kriterien für die Auswahl der Personen, die sich dazu bereit-erklärt haben, an der Studie teilzunehmen, eingegangen. Zu den befragten Personen für das Forschungsvorhaben zählten Patienten und Patientinnen und Angehörige des Klinikums Pont G, Angehörige und Experten und Expertinnen. Die Bedingungen der Durchführung und Besonderheiten der problemzentrierten Interviews und Experten und Expertinnen Interviews werden darüber hinaus für den Leser und die Leserin dieser Dissertationsarbeit nachfolgend ausführlich erläutert, um den wissenschaftlichen Forschungsprozess in seinen einzelnen Schritten nachvoll-ziehbar zu machen.

#### **5.1.1 Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen**

Am Anfang der wissenschaftlichen Studie wurde zuerst eine Genehmigung zur Erlaubnis der vorliegenden Datenerhebung im Klinikum in Mali für die Patienten und Patientinnen Interviews und Experten und Expertinnen Interviews eingeholt. In diesem Sinn wurde ein Kooperations-vertrag zwischen der Universitätsklinik Charite und der Universitätsklinik Pont G geschlossen, der auf Französisch formuliert wurde. Dieser Kooperationsvertrag wurde anschließend allen Parteien zur Unterschrift ausgehändigt. Der drei Monate andauernde Forschungsaufenthalt wurde durch ein Promotionsstipendium der Universitätsmedizin Charite Berlin finanziert. Der Forschungsaufenthalt musste deshalb auch in Deutschland vorher schriftlich beantragt und of-fiziell von verschiedenen Vertretern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charite Berlin genehmigt werden.

---

Die Rekrutierung von  $n = 20$  Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen erfolgte innerhalb eines drei Monate dauernden Forschungsaufenthalts an der psychiatrischen Universitätsklinik Pont G. Dieser Rekrutierungsweg erwies sich durch die positive Unterstützung des Forschungsvorhabens seitens des Klinikdirektors Prof. Dr. Baba Koumare und Dr. Coulibaly sowie weiterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik als erfolgreich. Die Patienten und Patientinnen und Angehörige hielten sich während des gesamten stationären Aufenthaltes in Begleitung ihrer Angehörigen im psychiatrischen Dorf Pont G der Universitätsklinik in Bamako, Mali auf. Das zuständige Klinikpersonal informierte die Patienten und Patientinnen und Angehörige vorab über das Forschungsvorhaben. Viele der zu befragenden Patienten und Patientinnen und Angehörige sowie der Angehörigen zeigten schon von Beginn an Interesse an der Forschungsthematik. Sie kamen im Forschungsfeld von sich aus auf das Forscherteam zu und wollten wissen, wie man ihre Krankheit in Deutschland behandeln würde. Die entgegengebrachte Offenheit ermöglichte einen leichten Zugang zu den Patienten und Patientinnen und deren Familien. Auf diese Weise konnten insgesamt 20 westafrikanische Patienten und Patientinnen, Angehörige und Experten und Expertinnen bezüglich der zentralen Fragestellung der Dissertation, über subjektive Vorstellungen, Ursachen und spezifische Bewältigungsformen der Erkrankung, befragt werden. Die gesamten Patienten und Patientinnen- sowie Angehörigenbefragungen fanden im "Toguna", einem Versammlungshaus für Patienten und Patientinnen statt, welches sich auf dem Universitätsgelände des psychiatrischen Dorfes befindet, und im Behandlungsraum des Therapeuten Dr. Coulibaly <sup>10</sup>, welcher auch im Vorfeld der wissenschaftlichen Befragung einen Akteneinblick ermöglichte und auf die Symptomatik des Patienten und Patientinnen verwies. Die einzelnen Befragungen der Experten und Expertinnen fanden überwiegend in ihren Behandlungsräumen statt. Die Experten und Expertinnen wurden ebenfalls im psychiatrischen Dorf während der Arbeit im Klinikum befragt.

---

<sup>10</sup> Dr. Coulibaly ist ein anerkannter malischer Psychologe, der durch seine Dissertation *Le Jinebaba* bekannt wurde. Er arbeitet als klinischer Psychologe und als Schulpsychologe in Bamako, Mali.

Interview	Geschlecht	Alter	Ethnie	Status	Bildung	Religion	N=
Patient	m	19	Oogon	ledig	4	mus	1
Patientfn	w	26	Sonrhai	ledig	3	mus	2
Patientin	w	70	Peuhl	verheiratet	2	mus	3
Patient	m	32	Bambara	ledig	2	mus	4
Patientfn	w	30	Malinke	single	1	mus	5
Patientin	w	41	Sonrhai	single	1	mus	6
Angelhörige	w	45	Senoufou	single	1	mus	7
Patientin	w	47	Bambara	verheiratet	4	mus	8
Patient	m	33	Peuhl	verheiratet	1	mus	9
Patient	m	40	Bambara	verheiratet	2	mus	10
Patientin	w	29	Malinke	verheiratet	2	kath	11
Patient	m	43	Kassonge	verheiratet	2	mus	12
Experte	m	51	Bambara	verheiratet	1	mus	13
Experte	m	42	Bambara	verheiratet	4	mus	14
Angehörige	m	26	Bambara	verheiratet	4	mus	15
Experte	m	43	Bambara	verheiratet	4	mus	16
Experte	m	59	Kassonge	verheiratet	4	mus	17
Experte	m	61	Bambara	verheiratet	4	mus	18
Expertin	w	60	Kassonge	verheiratet	4	mls	19
Experte	m	45	Kassonge	verheiratet	4	mus	20

Tabelle 1 Soziodemografische Daten

1 Keine Schulbildung

2 Elementare Schulbildung

3 Gymnasiale Schulbildung

4 Studium

---

### 5.1.2 Durchführung und Vorbereitung der Interviews

Die Vorbereitung zur Durchführung von leitfadengestützten Interviews fand bereits 2009 im Rahmen der Befragung von Patienten und Patientinnen der ersten Vorstudie statt. Diese erste Vorstudie fand in Deutschland statt und erfolgte während der klinischen Tätigkeit als Therapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Universitätsklinik Charite für Transkulturelle Therapie und Supervision. Zunächst wurde dazu ein Leitfaden (siehe Anhang) zur Orientierung konzipiert, der als eine Gedächtnisstütze dienen und gegebenenfalls auch die Funktion erfüllen sollte, Fragen zu vertiefen (vgl. Witzel, 1985). Dieser Leitfaden wurde anschließend in einer Studie mit  $n = 12$  westafrikanischen Patienten und Patientinnen/-innen, welche mit der Diagnose F 20 in der Universitätsklinik Charite kultursensibel behandelt wurden, angewendet. Durch die Erfahrungen, die im Rahmen dieser 1. Vorstudie in Deutschland an der Universitätsklinik Charite gewonnen wurden, konnten beispielweise eine problemlose Interviewdurchführung und die technische Benutzung der Aufnahmegeräte vor der Durchführung der eigentlichen 2. Studie in Afrika adäquat erprobt werden. Des Weiteren konnten die Fragen der leitfadengestützten Interviews auf den kulturellen Kontext in Mali modifiziert werden. Das Datenerhebungsmaterial (MD-Player und Kassette) wurde jeden Morgen vor der Ankunft in der Klinik hinsichtlich der Aufnahmetauglichkeit überprüft und bei Bedarf wurde eine neue Kassette eingelegt und anschließend archiviert. Die insgesamt 20 Interviews der 2. Studie in Afrika wurden in der psychiatrischen Klinik im Dorf in Pont G durchgeführt. Die Ersten Interviews sowie die Experten und Expertinnen Interviews wurden von einem erfahrenen Interviewer, meinem Doktorvater und Projektleiter Prof. Dr. Andreas Heinz sowie in Anwesenheit des Forschungsteams der AG Transkulturelle Psychiatrie der Charite Berlin durchgeführt. Ein Drittel der Interviews wurde im *Toguna* (Versammlungshaus für die Visite) aufgenommen. Dieser Ort erwies sich dabei als günstig, da sich dort viele der Patienten und Patientinnen mehrheitlich aufgehalten haben, um miteinander ins Gespräch zu kommen. In diesem Sinn ist dieser Raum so etwas wie ein besonderer Sozialraum für alle Angehörigen, Patienten und Patientinnen, die sich im psychiatrischen Dorf aufhalten. Die anderen Patienten und Patientinnen und Angehörigen wurden in ihren Häusern auf dem psychiatrischen Gelände angesprochen und um eine Teilnahme an der Befragung für diese Studie gebeten. Eine Patientin sowie ein traditioneller Heiler wurden außerhalb des psychiatrischen Campus in ihrem Zuhause aufgesucht und dort nach ihrem Einverständnis befragt.

Das medizinische Personal wurde ebenfalls während der Arbeit im psychiatrischen Dorf in Pont G interviewt. Die Interviewdauer betrug im Durchschnitt zwischen 45 und 60 Minuten.

### 5.1.3 Das problemzentrierte Interview

Im Rahmen dieser Dissertation findet das problemzentrierte Interview seine Anwendung. Das problemzentrierte Interview wird von Witzel (2000) als: "ein theoriegenerierendes Verfahren definiert, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, indem der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert" (Witzel, 2000, S. 1).

Durch entsprechende Kommunikationsstrategien können subjektive Wahrnehmung, Einstellung und Coping Strategien sowie Erkenntnisse über die Behandlungsweisen von Patienten und Patientinnen aus Westafrika gewonnen werden, wodurch eine Darstellung der subjektiven Problemsicht der Befragten ermöglicht wurde (vgl. Witzel, 2000, S. 1). Die angeregten Narrationen wurden von den Forschern und Forscherinnen ergänzt, z. B. durch eine kurze Erzählung über die Behandlungsweise in Deutschland.

Beispiel: Experten und Expertinnen Interviewsequenz Fall Untersuchung 02

106 Eine türkische Frau, die in Deutschland aufgewachsen ist und im  
 107 Alter von 18 Jahren in die Türkei zurückkehrt, da sie zwangsverheiratet  
 108 werden sollte, was sie aber nicht wollte. Sie ist dann nach Deutschland  
 109 zurückgekehrt und dann wurde sie depressiv und hatte organische Probleme.  
 110 Der Hodscha in der Türkei hat daraufhin gesagt, es handle sich dabei um  
 111 die Geister/Djinnis der männlichen Heiratskandidaten, die sie abgelehnt  
 112 habe. Nachdem der Marabout ihr also erklärt hat, dass sie so traurig sei, weil  
 113 sie die Männer abgelehnt habe, begann die Patientin die Männer zu  
 114 spüren. Sie kam dann in die Psychiatrie und die Kollegen haben am Anfang  
 115 gedacht, es müsse sich um einen Fall von Schizophrenie handeln. Aber das  
 116 war eine Depression mit spezifischen Problemen/Besonderheiten ...

Die leitfadengestützten Interviews wurden bei Bedarf durch Erzählstrukturen animiert und angereichert, um möglichst präzise Informationen vom Untersuchungskollektiv zu erhalten.

---

Die Haltung, die der Forscher und Forscherin bei der Befragung einnimmt, ist wie auch im gesamten qualitativen Forschungsansatz eine "unvoreingenommene Erfassung subjektiver individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verhandlungsweisen gesellschaftlicher Realität" (Witzel, 2000, S. 1).

Das problemzentrierte Interview lehnt sich weitgehend an das theoriegenerierende Grounded-Theory-Verfahren von Glaser und Strauss (1989) an. Das Vorwissen, welches ein Forschungsteam bereits durch Beschäftigung mit dem Forschungsthema oder durch Studien gewonnen hat, wird dabei als ein heuristisch-analytischer Rahmen betrachtet. Dieser ermöglicht es, Forschungsprozess dem Prinzip der Offenheit bezüglich der Bedeutung der zu beleuchtenden Fragestellung nachzukommen und Ideen zu den Fragen zu konzipieren (vgl. Witzel, 2000, S. 1). Ein theoretisch gewonnenes, z. B. über die Konzeptionen von Krankheitskonzepten psychotischer Menschen (Problemzentrierung), kann dann im Prozess als Verständnisgrundlage genutzt werden, ohne jedoch durch das Wissen des Forschers die Antworten der Befragten mit vorhandenen Ideen oder Konzepten in irgendeiner Weise zu beeinflussen (vgl. Witzel, 2000, S. 1).

Zu den drei Grundpositionen des problemzentrierten Interviews zählt Witzel die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung.

1. Die Problemzentrierung "kennzeichnet die Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung und charakterisiert die Organisation der Erkenntnis und Lernprozesses" (Witzel, 2000, S. 1). Dabei kann der Forscher bereits parallel an der Interpretation der subjektiven Sichtweisen des Untersuchungskollektivs arbeiten und seine Fragen in Richtung des Problems schrittweise im Prozess der Datenerhebung und -Untersuchung konkretisieren (vgl. Witzel 2000, S. 1).
2. Als weitere wichtige Positionierung des problemzentrierten Interviews benennt Witzel (2000) die Bedeutung einer Gegenstandsorientierung, womit diese "die Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen des untersuchten Gegenstandes betont" (S. 1). Das bedeutet, dass man auch seine Gesprächstechniken je nach Bedarf flexibel einsetzen und diese der Situation im Forschungsprozess optimal nach seinen Begebenheiten anpassen kann.

3. Als Letztes wird die Prozessorientierung beschrieben, welche sich auf den gesamten Forschungsprozess bezieht und die Beziehung zwischen dem Forscher und den zu befragenden Subjekten durch das Prinzip der Offenheit und des Vertrauensverhältnisses charakterisiert wird. Auf diese Weise ist es möglich, dass die Befragten immer wieder neue Aspekte zur Fragestellung generieren (vgl. Witzel, 2000, S. 1).

#### 5.1.4 Das Experten und Expertinnen Interview

Das Experten und Expertinnen Interview (Gläser & Laudel, 2010) fand bei der Befragung von Ärzten und des therapeutischen Personals Anwendung. Das zugrundeliegende Ziel war, professionelle Personen im Forschungsfeld nach den subjektiven Krankheitsvorstellungen ihrer behandelten westafrikanischen Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen in Mali zu befragen und herauszufinden, wie diese Experten und Expertinnen ihre Patienten und Patientinnen innerhalb eines gemeindepsychiatrischen Ansatzes in Mali behandeln. Der Begriff, 'Experte' bezieht sich dabei auf "alle Angehörigen einer Funktionselite, die über besonderes Wissen verfügen" (Gläser & Laudel, 2010, S. 11).

Gläser & Laudel (2012) definieren die beiden Begriffe, 'Experte' bzw., 'Experten und Expertinnen Interview' wie folgt: "*Experte* beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. *Experten und Expertinnen Interviews* sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen (S. 2) "Qualitative Interviews können unter anderem geführt werden: Als Experten und Expertinnen Interviews, in denen die Befragten als Spezialisten für bestimmte Konstellationen befragt werden oder als Interviews, in denen es um die Erfassung von Deutungen und Sichtweisen und Einstellungen der Befragten Selbst geht." (Hopf, 1993, S. 15, zitiert aus Gläser & Laudel).

---

In diesem Zitat wird die Flexibilität eines qualitativen Forschungsparadigmas deutlich, welches jeweils an die konkreten sozialen Situationen angepasst werden kann. Die klinischen, Experten und Expertinnen', die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, werden dementsprechend als ein, Medium' begriffen. Die Experten und Expertinnen sind Gegenstand der Forschung, wobei sie nicht als Objekt der Forschung zu betrachten sind, sondern vielmehr als Beobachter und, Zeugen' der untersuchten Fragestellung (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 12). In dieser Untersuchung gaben die klinischen Experten und Expertinnen, d. h. das ärztliche und therapeutische Personal, Auskünfte über die subjektiven Konzepte ihrer Patienten und PatientinnenInnen und Familienangehörigen. Als professionell Behandelnde konnten die Experten und Expertinnen schon beim Erstkontakt erfahren, wie sich ein Inexpatient und Patientin X seine schizophrene Erkrankung erklärt und welche Einstellungen in Bezug auf die Behandlungsmethoden und Selbstwirksamkeitserwartungen der Therapie bestehen. Experten und Expertinnen Interviews werden schlussfolgernd in ihrer Funktion "in Untersuchungen eingesetzt, in denen soziale Situationen und Prozesse rekonstruiert werden sollen, damit eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden" (Laudel & Gläser 2010, S. 13).

Es empfahl sich für diese Erhebung, das Experten und Expertinnen Interview mit einem Leitfadeninterview durchzuführen, da auf diese Weise während der Befragung mit einer offenen Haltung auf das unbekannte Wissen der Experten und Expertinnen zurückgegriffen werden konnte. Es flossen dabei auch Fragen ein, die den Erzählfluss der Experten und Expertinnen anregen sollten, wie im vorangegangenen Beispiel im Methodenteil exemplarisch erläutert wurde. Das Wissen der Experten und Expertinnen, welches im Forschungsprozess erschlossen werden sollte, konnte mit einer Fragenliste gewonnen werden, welche die wichtigsten Aspekte des zu "rekonstruierenden Sachverhalts" enthielt (Laudel & Gläser 2010, S. 43).

## 5.2 Methoden der Datenauswertung

In diesem Teil werden die angewandten Auswertungsmethoden und Untersuchungsschritte, die im Rahmen dieser Dissertation verwendet wurden, erläutert. Dazu zählen das Transkriptionserfahren, die qualitative Untersuchungstechnik nach Mayring sowie die Beschreibung und das Vorgehen bei der Verwendung des computergestützten Auswertungsverfahrens mithilfe des Programms Atlas TI.

### 5.2.1 Transkription

Für die Transkription der vorliegenden Interviewdaten der Dissertation wurden die von Dressing und Pehl (2010) zusammengefassten Regeln zur Transkription von Interviewmaterial im Rahmen einer Orientierungshilfe verwendet. Die Verwendung von Regeln für die Auswertung ist sinnvoll, da so zum einen das Datenmaterial strukturiert und zum anderen die ursprüngliche Interviewsituation durch den Vermerk von Zeichen, für z. B. Abbrüche, Melodien, Pausen, Wiederholungen etc., möglichst realitätsnah abgebildet wird.

Das Ziel einer wissenschaftlichen Transkription liegt darin, dass als Audio- oder Videoaufnahmen aufgezeichnete Ereignisse dokumentiert werden können, sodass sie sowohl für Auswertungsverfahren genutzt als auch dem Leser und Leserin in der wissenschaftlichen Auswertung zugänglich gemacht werden können (Dressing & Pehl, 2010, S.723).

Kowal und O'Connell (2007) weisen auch darauf hin, dass es sich bei der Transkription von Datenmaterial nicht um eine reine Abschrift handelt, sondern vielmehr um eine "graphische Darstellung ausgewählter Verhaltensaspekte von Personen, die an einem Gespräch teilnehmen" (S. 438). Dressing und Pehl (2010) betonen in diesem Zusammenhang die aktive Rolle der transkribierenden Person während der Transkription des Datenmaterials und auch die Relevanz der Erläuterungen zum Transkriptionsprozess beim wissenschaftlichen Arbeiten. Die im Rahmen dieser Dissertation erhobenen Interviews wurden teilweise zunächst von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin transkribiert. Es hat sich jedoch nicht als sinnvoll erwiesen, das Datenmaterial von einer dritten Person transkribieren zu lassen, die nicht an der Erhebung teilgenommen hat, da wichtige, für die Interpretation bedeutsame Kommunikationsebenen hätten verloren gehen können. Im Rahmen einer Datentriangulation und einer Arbeit mit Fokusgruppen wird das Datenmaterial häufig von zwei unabhängigen Interviewern und Interviewerinnen transkribiert (vgl. Flick, 2008).

---

In der vorliegenden Arbeit wurde jedoch auf dieses Verfahren der Transkription verzichtet. Deshalb wurden die Interviews alle gleichzeitig von der Autorin für die vorliegende Dissertation transkribiert und für die Interpretation der Daten vorbereitet, um Kontextinformationen einbeziehen zu können, da die Reduktion von Daten implizit vom Vorverständnis des Forschenden abhängt, z. B., ob ein Lachen, Räuspern oder Zögern bei der Antwort interpretiert wird. Nach Dressing & Pehl (2010) "resultieren weitere Reduktionen in Abhängigkeit vom Erkenntnisinteresse und den impliziten Theorien der Forschenden sowie aus der prinzipiellen Sprachfixierung von Transkripten" und aus Bedeutungsinhalten interkultureller Kommunikation (S. 725). Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Regeln der Transkription als eine Strukturierungshilfe des Materials zu verstehen sind. Im Rahmen des Auswertungsprozesses sind diese Vorgaben durchaus modifizierbar und müssen keinesfalls 1:1 übernommen werden. Die Transkriptionsregeln der ersten Untersuchung wurden mit anderen wissenschaftlichen Regeln zur Bearbeitung von Transkriptionsmaterial (Ehrlich, 1979) versehen, welche vornehmlich aufgrund der Aktualität des Forschungsgegenstandes zugunsten vorliegender Transkriptionsregeln geändert wurden. In Anhang B dieser Dissertation finden sich die Transkriptionsregeln nach Dressing und Pehl (2010) sowie ein Interviewbeispiel mit den angewandten Regeln.

### **5.2.2 Die qualitative Inhaltsanalyse**

Die qualitative Inhaltsanalyse im Rahmen der Forschungsmethodik wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts in den USA entwickelt. Am Anfang dieser Entwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse wurden systematische Auswertungen von großen Datenmengen, die meist aus Zeitungen oder dem Radio stammten, durchgeführt (Mayring, 2000). Diese wurden bei ihrer Entstehung zunächst als rein quantitative Untersuchungstechniken entwickelt: "Content analysis is a research technique for the objective, systematic and quantitative description of the manifest content of communication" (Mayring, 2010, S. 601).

In dieser Zeit wurden viele verschiedene "systematische, regelgeleitete, intersubjektiv nachvollziehbare und überprüfbare qualitative Verfahren zur Auswertung von Datenmaterial" ent-

---

wickelt. Dazu zählten die einfachen Häufigkeitsanalysen, komplexe Häufigkeitsanalysen, Kontingenzanalysen sowie und Valenzanalysen (vgl. Mayring, 2010). Da bei der Auswertung der Daten die einzelnen Textteile einfach festgelegt und die Häufigkeiten d.h. die Anzahl der Untersuchten und zu interpretierenden Daten bestimmt wurden, welche dann in Richtung einer bestimmten Frage interpretiert wurden, kam es in den 1970er-Jahren zu erheblicher Kritik aufgrund fehlender Kriterien und Regeln, die nicht erklären konnten, wie eine inhaltsanalytische Auswertung vollzogen wurde. Deshalb wurde das Verfahren im Laufe der Jahre entsprechend schrittweise modifiziert (vgl. Mayring, 2010). Ritsert (1972) kritisierte "die mangelnde Berücksichtigung latenter Sinnstrukturen durch Quantifizierbares" (Mayring, 2010, S. 601).

Die Grundtechniken der qualitativen Inhaltsanalysen nach Mayring (2010) können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Zusammenfassungen wollen den Text auf seine wesentlichen Bestandteile reduzieren, um zu Kernaussagen zu gelangen. Die induktive Kategorienbildung stellt hier eine wichtige Vorgehensweise dar.
2. Explikationen wollen an unklaren Textstellen ansetzen und sie durch Rückgriff auf den Textstellenkontext verständlich machen.
3. Strukturierungen wollen im Textmaterial Querauswertungen vornehmen und bestimmte Aspekte herausgreifen. Dazu wird vorab mit deduktiv gebildeten Kategorien gearbeitet, entlang derer das Material systematisiert wird (Mayring, 2010, S. 602).

Mit dieser qualitativ aufbereiteten Forschungsgrundlage lassen sich dann abschließend auch quantitative Aussagen in Bezug auf die Häufigkeit von Kategorien, die in einem bestimmten Textteil gefunden werden, treffen (vgl. Mayring, 2010). Die qualitative Inhaltsanalyse hat somit zum Ziel, diverses Material, z. B. musikalisches, bildliches, plastisches etc., aus Kommunikationen systematisch zu bearbeiten und intersubjektiv überprüfbar zu machen. Diese Technik stammt ursprünglich aus der Kommunikationswissenschaft und wurde mit der Zeit auf verschiedene Wissensbereiche angewendet (vgl. Flick, 1995, S. 209). "Die qualitative Inhaltsanalyse stellt somit einen Ansatz empirischer, methodisch kontrollierter Auswertungen, auch größere

,Textcorpora' dar, wobei das Material in seinen Kommunikationszusammenhang eingebettet, nach inhaltsanalytischen Regeln ausgewertet wird, ohne dabei in vorschnelle Quantifizierungen zu verfallen" (Mayring, 2000, S. 18). Nach Mayring liegt der Anspruch eines qualitativen Forschungsparadigmas grundsätzlich darin, am "Einmaligen, am Individuellen anzusetzen, [deshalb] erschließt sich dieses Forschungsparadigmas eher induktiv" (Mayring, 2003, S. 18). Es gibt viele verschiedene Techniken der qualitativen Inhaltsanalysen, die wichtig sind, um adäquate Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu ermöglichen (vgl. Mayring, 2003). Zum Beispiel werden die erhobenen Interviews demnach "immer innerhalb des Kontextes interpretiert, das Material wird auch auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht (vgl. Mayring, 2003, S. 42). Der soziokulturelle Kontext, die Atmosphäre, in welcher die Erhebung stattfand, Übertragungsphänomene etc., spielen eine bedeutende Rolle für die Textanalyse (vgl. Mayring, 2003).

Die Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse werden in ihren einzelnen Schritten nachfolgend genauer beschrieben.

1. Als erster Schritt der Untersuchung des Textsegments wird *die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang* vorgeschlagen. Der kommunikationswissenschaftliche Aspekt spielt dabei für die Interpretation des Materials eine entscheidende Rolle, da die Person, die den Text interpretiert, einen spezifischen Textteil in der Kommunikation definieren muss, der für die schlussfolgernde Auswertung des Materials verwendet wird (vgl. Mayring, 2003).
2. Die zweite wichtige Technik stellt *das systematische und regelgeleitete Vorgehen* dar. Die Systematik versteht sich nach Mayring als die Gesamtheit vorab festgelegten Regeln der Text Untersuchung. Die Festlegung eines konkreten Ablaufmodells der Untersuchung ist dabei am zentralsten (Mayring, 2003). Der Autor betont dabei die Wichtigkeit einer bedarfsorientierten Konzeption der Inhaltsanalyse auf einen konkreten Fall und lehnt eine maßgeschneiderte Technik, die auf alle Fälle passt, ab. Demnach ist die qualitative Inhaltsanalyse nie ein Unikat, sondern vielmehr gestaltet sich diese in Hinblick auf die jeweilige zu erforschenden wissenschaftliche Fragestellung und wird

---

aus diesem Grund in einem Ablaufmodell, welches strukturiert und präzise einzelne Untersuchungsschritte festlegt, definiert (vgl. Mayring, 2003).

3. Mayring (2003) hat den Anspruch, dass im "Gegensatz zu einer freien Interpretation jeder einzelne Untersuchungsschritt, jede Entscheidung im Auswertungsprozess, auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden kann" (Mayring, 2003, S. 43).
4. Der Interpret und die Interpretin hat die Möglichkeit, durch eine *Zergliederung des Materials* (Kodiereinheit, Kontexteinheit, Auswertungseinheit) eine Vereinfachung der Untersuchung zu bestimmen (vgl. Mayring, 2003).
5. Des Weiteren stehen *Kategorien* im Zentrum der Untersuchung. Qualitative Untersuchungsverfahren haben ebenso wie quantitative Untersuchungsverfahren den Anspruch, ein Kategoriensystem als zentrales Instrument der Untersuchung zu nutzen. Dadurch kann eine präzise, Intersubjektivität des Vorgehens' gewährleistet werden und Dritte können eine Untersuchung eigenständig nachvollziehen (vgl. Mayring, 2003). Das Ziel liegt im Besonderen auf der Kategorienkonstruktion und Begründung (vgl. Mayring, 2003).
6. Ein weiteres Instrument beschreibt Mayring unter dem Punkt *Gegenstandsbezug statt Technik*. Damit definiert dieser eine auf alle Fälle übertragbaren Technik und betont gleichermaßen damit die enge Verknüpfung zum Gegenstand. Die Überprüfung der speziellen Instrumente der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt immer durch Pilotstudien. Dies versteht sich als ein weiteres Kriterium der intersubjektiven Nachprüfbarkeit (vgl. Mayring, 2012).
7. Für ein qualitatives Forschungsparadigma ist *die Theorie geleitetetheil der Untersuchung* zentral. Damit ist gemeint, dass es den aktuellen Stand der Forschung zum Gegenstand hat. Theoriegeleitet meint, dass der Stand der Forschung zum Gegenstand und zu vergleichbaren Gegenstandsbereichen systematisch bei allen Verfahrensentscheidungen herangezogen wird (vgl. Mayring, 2012).

8. Im Rahmen der qualitativen Untersuchung kann der Interpret/in bei Bedarf auch den *Einbezug quantitativer Untersuchungsschritte* in Erwägung ziehen und diese dort einsetzen, wo es als sinnvoll erscheint, eine Generalisierung der Ergebnisse aufzuzeigen (vgl. Mayring, 2003). "Inhaltliche Argumente sollten in der qualitativen Inhaltsanalyse immer Vorrang vor Verfahrensargumenten haben, Validität geht vor Reliabilität" (Mayring 2003, S. 45). Eine sorgfältige, qualitativ begründete Kategorienzuordnung zu einem Material (z. B. durch Strukturierung, vgl. Kap 5.5.4, kann darüber hinaus auch durch komplexere statistische Auswertungstechniken ergänzt werden, wenn dies das Ziel der Untersuchung nahelegt und der Gegenstand das erlaubt" (Mayring, 2003, S. 45).
9. Die Einschätzung der *Gütekriterien* wie Objektivität, Validität und Reliabilität ist auch für die qualitative Inhaltsanalyse von großer Bedeutung. Besonderes Augenmerk, liegt auf der, 'Intercoder-Reliabilität', welche die Möglichkeit suggeriert, dass mehrere Inhaltsanalytiker unabhängig voneinander das Material analysieren und ihre Ergebnisse vergleichen können.

---

### 5.2.3 Entwicklung des Codierungssystems

In diesem weiteren Kapitel der Datenauswertungsmethodik werden explizit die einzelnen Schritte, welche im Verlauf der Codierung des Interviewmaterials vorgenommen wurden, anhand von ausgewählten Textbeispielen beschrieben. Die Autorin verspricht sich davon, dass Untersuchungsschritte für interessierte Leser-/innen somit besser nachvollziehbar sind. Auf diese Weise kann erklärt werden, wie der Weg von ‚Code‘ zur sogenannten ‚Kategorie‘ erfolgt ist. Es ist in der Forschung bekannt, dass innerhalb eines qualitativen Forschungsparadigmas oftmals der Fehler gemacht wird, dass speziell diese beiden Begriffe Code und Kategorie gleich verstanden werden. Demzufolge sollte dieser Trugschluss mit einer genaueren inhaltlichen und somit konzeptionellen Abgrenzung im Rahmen der deskriptiven Darstellung vermieden werden. Berg und Milmeister (2007) merken dazu Folgendes an:

Der Begriff Code kennzeichnet lediglich "das Zuordnen von Schlüsselwörtern zu einzelnen Textstellen", wohingegen der Begriff der Kategorie bereits als ein Bestandteil der zu entwickelnden Theorie" anzusehen ist. Demnach ist die "Kategorie als eine Art Oberbegriff zu verstehen, der mehrere Codes inhaltlich zusammenfasst. (S. 187).

In der vorliegenden Dissertation wurde bei der Codierung nicht auf bestehende Kategorien zurückgegriffen, vielmehr sollten diese möglichst a posteriori aus dem Datenmaterial heraus entwickelt werden. Es ist in diesem Zusammenhang jedoch von Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der ersten Studienphase bereits bedeutende Kategorien herausgearbeitet werden konnten. Dennoch wurde versucht, in der Untersuchung möglichst neutral an den Forschungsgegenstand heranzutreten, damit möglichst viele neue Kategorien gewonnen werden konnten. (vgl. Mayring, 2012). Im nachfolgenden Beispiel wird eine Liste einer Codierung mit Atlas TI vorgestellt.

HU: backup of HUPATH  
File: [J:\Fertigstellung Dissertation Napo\backup of HUPATH.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 14.04.11 00:26:41

Codes-quotations list

Code-Filter: All

Code: /narzistische Krankung {3-0}  
P 4: Die Frau die alles weiß sieht.rtf  
292 -292  
P 5: Frau T.Klinikakte.rtf  
P 6: <sup>4</sup>~~1111~~ die Gute Seele.rtf  
149 -149

Code: 1.Genese durch moderne Medizin {4-41}  
P 2: Begleiter M.Dog.rtf  
13 -13  
P 6: ~~11111~~ die Gute Seele.rtf  
117 -117  
P 7: Interview Mali ohne Blut.rtf  
77 -77  
P12: Prof. ~~111111~~ über die Psychiatrische Behandlung in Pont G.rtf  
41 -41

Code: 2.Traditionelle Behandlung {6-4}  
P 2: Begleiter M.Dog.rtf  
13 -13  
P 4: Die Frau die alles weiß sieht.rtf  
194 -194  
P 6: die Gute Seele.rtf  
117 , 157 -157  
P 7: Interview ~~11111~~ Mali ohne Blut.rtf  
77 -77  
P12: Prof. ber die Psychiatrische Behandlung in Pont G.rtf  
41 -41

Code: Ablehnung {4-0}  
P 4: Die Frau die alles weiß sieht.rtf  
292 -292  
P 5: Frau T.Klinikakte.rtf  
4 -4  
P 6: ..... die Gute Seele.rtf  
<sup>4</sup>~~11111~~ 149  
P12: Prof. ber die Psychiatrische Behandlung in Pont G.r:tf  
40 -40

Code: abnormal {1-0}  
P 2: Begleiter M.Dog.rtf  
5 -5

Code: Afrikanische Konzept spezifisc.. {4-0}  
P 3: der psychologe.rtf  
95 -95  
P 7: Interview Mali ohne Blut.rtf  
75 -75 , 7  
P12: Prof. ber die Psychiatrische Behandlung in Pont G.rtf  
32 -32

Code: Afrikanische Weltsicht {1-0}  
P 3: der psychologe.rtf  
90 -90

Code: aggressives Verhalten {7-0}

## Beispiel Kategorienbildung

Code Family: Integration und Transformation	Code Family: Krankheitsgrund psychosozial	Code Family: Krankheitskonzept Patienten	Code Family: Moderne Medizin
Codes (34): [1. Genese durch moderne MedizIn] [2. Traditionelle Behandlung] [Afrikanische Konzept spezifisch.] [Afrikanische Weitsicht] [allgemeine Konzeption Böser Blick] [Bedeutung von Religion] [Behandler & Pat haben gleiches Verständnis] [Diagnose] [Differentialdiagnostik] (Es gibt kulturellem Unterschied.) [Globale Wissenschaft] [Grenzen westlicher Konzeption] [Integration] [Klassische Medizin nicht effektiv.] (Konstrukte aus Wissenschaft) [konventionelle Methoden.] [Koteba] [Krankheitsgrund intern] [Krankheitsgrund magisch /naturalistisch] [Krankheitsgrund osvchosozial] f[Krankheitsherkunft	Codes (15): [/narzisstische Kränkung] [Beschämung] [Familienkonflikte] [gesellschaftliches Tabu] [Gewalterfahrung] [Krankheitsgrund intern] [Krankheitsgrund psychosozial] (Krankheitsursache intern) [oft noch lernen wollen] [Tabu] [Tabus brechen] [Überforderung] [wollte nicht schlafen.] [zuviel denke.] [Zwangsheirat] Quotation(s): 46	Codes (8): (allgemeine Konzeption Böser Blick) [Böser Blick] (Die Hexen ärgern mich ständig;) [Krankheitsgrund intern] [Krankheitsgrund magisch /naturalistisch] [Krankheitsgrund psychosozial] [Krankheitsherkunft unsichtbare Welt] [Krankheitskonzept] Quotation(s): 44	Codes (8): [Diagnose] [Differetialdiagnostik] [klassische Medizin nicht effektiv.] [konventionelle Methoden.] [Medikamente] [Medikamente abgelehnt] (Medikamente abgesetzt) [Medikamente absetzen] Quotation(s): 26

Abbildung 4 Beispiel Kategorienbildung

### 5.2.4 Computergestützte Auswertung mit Atlas TI

Die computergestützte Auswertung der Interviews erfolgte im Rahmen dieses Forschungsprojekts mit der Unterstützung des dafür entwickelten Auswertungsprogramms Atlas TI (Muhr 2009). Dieses Programm dient zur Auswertung qualitativer Interviews und ist ausgerichtet an der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1990) und der qualitativen Inhalts Untersuchung und dem gesamten Spektrum qualitativer Forschung bis hin zu den Schnittstellen der quantitativen Forschung. Es wurde in den Jahren 1989 bis 1992 im Rahmen eines Forschungsprojekts an der TU Berlin entwickelt und wird bis heute ständig aktualisiert (vgl. Friese & Muhr, 2012, S. 14). Das Programm Atlas TI hat die Funktion Primärdaten, also die transkribierten Interviews, so aufzubereiten, dass eine Untersuchung des Datenmaterials und eine daraus resultierende Auffindung von geeigneten Kategorien ermöglicht werden kann. Darüber hinaus kann man mit dem Programm auch Audio- und Videodateien sowie neuerdings Datenbestände aus dem Internet analysieren (Friese & Muhr 2012). Das Programm kann einem Forscher und Forscherio natürlich nicht das Denken abnehmen, aber es kann durch seine multiplen technischen Funktionen den Forschungsprozess dahingehend unterstützen, das vorhandene Datenmaterial adäquat zu strukturieren, zu vergleichen und zu visualisieren (Friese & Muhr, 2012, S. 14). Im Folgenden werden auch die Auswertungsschritte der im Rahmen dieser Dissertation transkribierten Interviews mittels Atlas TI näher erläutert.

---

Den nächsten Schritt nach dem Transkribieren der Interviews, bei dem man sich bestens mit dem vorliegenden Datenmaterial vertraut machen kann, stellt der Auswertungsprozess des Materials dar. Die transkribierten Interviews wurden dazu als Erstes alle der Reihe nach in die Datenbank des Programms Atlas TI zur weiteren Bearbeitung eingepflegt. Die Texte wurden vorher alle nacheinander im Disc-Operating-System-Format (DOS) bzw. im ANSI-Zeichensatz (Windows) oder Rich-Text-Format (RTF) formatiert. Dieser Schritt ist notwendig, damit das Datenmaterial in eine sogenannte *Hermeneutic Unit* eingefügt werden kann. Es ist von Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass dieser Vorgang eine bedeutende Arbeitsgrundlage für die Nutzung der Primärdaten im Programm Atlas TI darstellt. Die Interviews konnten im nächsten Schritt in der *textuellen Phase* mehrfach durchgelesen und explizit im Hinblick auf unsere zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung, schematisch geordnet werden. Diese konnten demzufolge, in Bezug auf das Auffinden subjektiver Konzepte und Behandlungsweisen von Patienten ihrer Angehörigen und Experten und Expertinnen, untersucht werden.

Im Rahmen der textuellen Phase konnten die wichtigsten Zitate, z. B. "Hexen im Bauch", farblich markiert werden und mit Konzepten (*Codes*) = Krankheitsbeschreibung versehen werden. Wenn beispielsweise eine eigene Textstelle, wie: "Es war eine traditionelle Behandlung ..." mit dem Code, 'traditionelle Behandlung' versehen wird, nennt man das nach der Sprache von Atlas TI, *in vivo codes*'. Dieses Vorgehen ermöglicht es, möglichst nah an der Alltagssprache der Subjekte zu bleiben, indem ein gesprochenes Zitat, z.B. eines interviewten Patienten und einer Patientin mit der eigenen Textstelle als Code versehen wird. Nach Schütte (2007) können auf diese Weise "nach gesprächsanalytischer Perspektive die Kategorisierungen der Interaktionsbeteiligten direkt als Kodierung übernommen werden als Eigen-, Fremd-Kategorisierung oder auch zur Strukturierung der sozialen Welt" (S. 60). Die gefundenen Zitate wurden schließlich inhaltlich zueinander in Beziehung gesetzt. Mit diesem Schritt entsteht nach Atlas TI ein Hypertext' (Friese & Muhr, 2012). Das Programm ist sehr anschaulich, da für die Codes, die Zitate und Memos einzelne Fenster separat geöffnet werden können, in denen wichtige Anmerkungen zu Zitaten gemacht werden können, und es über ein Fenster für die Primärdokumente verfügt. Auf diese Weise lässt sich während der Auswertungsphase strukturiert arbeiten.

Im weiteren Verlauf der *konzeptuellen Phase* schreitet der Grad der Vernetzungen und inhaltlichen Beziehungen der Daten und Konzepte fort. In dieser Phase war es möglich, erste Theorien und Modelle aus den Primärdaten zu entwickeln und zu beschreiben. "Atlas TI stellt eine Art Entdeckungskontext („*Context of Discovery*") zur Verfügung mit dem Ziel, durch Aufbrechen der oft linearen Textstrukturen neue Erkenntnisse zu fördern und komplexere Beziehungen angemessen zu repräsentieren, zu visualisieren und letztendlich zu kommunizieren" (Friese & Muhr, 2012, S. 14). Zum Schluss eines Projekts wurden wieder lineare Texte' erstellt, die zum einem mit Abbildungen und Netzwerksichten deskriptiv dargestellt wurden, um die erarbeiteten Beziehungen zwischen den Codes und den daraus entwickelten Theorien und Modellen visuell zu veranschaulichen. Dazu kann man auch "als Resultat Untersuchung dieser Daten Webseiten erstellen, wiederverwendbare Theorien oder Kode-Synopsen" (Friese & Muhr, 2012, S. 14).

---

## 6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden unsere Forschungsergebnisse im Hinblick auf die zu erforschenden Fragestellungen präsentiert mit dem Ziel, subjektive Krankheitskonzepte von Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen, sowie ihrer sogenannten Caregiver'<sup>11</sup>, den Experten und Expertinnen und Angehörigen, in einem gemeindepsychiatrischen Setting zu explorieren. In diesem Zusammenhang wird versucht, die Forschungsergebnisse möglichst strukturiert darzustellen und mit Bildmaterial zu veranschaulichen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse unter methodischen Gesichtspunkten diskutiert und entsprechend im Gesamtzusammenhang der vorliegenden Untersuchung evaluiert. (Napo et al., 2012, S 46).

### 6.1 Ergebnis Psychiatrisch-psychotherapeutisch-indigener Behandlungsweise westafrikanischer Patienten und Patientinnen und Angehörigen mit psychotischen Symptomen.

Während der gesamten Behandlungsdauer befanden sich die Patienten und Patientinnen in Begleitung ihrer Angehörigen im psychiatrischen Dorf Pont G der Universitätsklinik Bamako, Mali (vgl. Koumare et al., 1989). Die Behandlung von westafrikanischen Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen erfolgt in Mali in einem gemeindepsychiatrischen Setting, in dem viele Personen gemeinsam an der Behandlung beteiligt sind. Die Visiten finden dabei im Toguna, dem Versammlungshaus statt, welches sich in der Mitte des Geländes befindet. Die architektonische Konstruktion dieses Hauses unterliegt dabei nicht dem Zufall, sondern es wurde in Form und Gestalt eigens für den Zweck der Beratung von Patienten und Patientinnen konzipiert und dient darüber hinaus als Treffpunkt aller Patienten und Patientinnen auf dem psychiatrischen Gelände. Das Toguna wurde in der Mitte des psychiatrischen Geländes gebaut. Die runde Form wurde dabei gewählt, weil man davon ausgeht, dass dies mehr das Gefühl von Harmonie auslöst als eckige Kanten. Zudem merkten Napo und andere (2012) an, „die Höhe des

---

<sup>11</sup> Der Begriff Caregiver' wurde geprägt durch diverse wissenschaftliche Forschungsarbeiten. In der vorliegenden Dissertation bezeichnet dieser Angehörige und das System von verschiedenen medizinischen-therapeutischen Personen, welche gemeinsam am Genesungsprozess eines Patienten und einer Patientin arbeiten.

---

Toguna (Versammlungshaus) sei sehr niedrig, ca. 1,20 m, damit Patienten und Patientinnen sich im Rahmen von Wuterleben nicht erheben können und somit die aggressiven Tendenzen positiv beeinflusst werden“ (S. 45, Übersetzung der Verfasserin). Innerhalb einer solchen Visite sind alle Psychiater und Assistenzärzte, Krankenschwestern, Psychologen, Angehörigen und Patienten und Patientinnen anwesend. Es werden dort gemeinsam der Zustand des Patienten und Patientinnen und der weitere Verlauf der Therapie sowie wichtige neue Behandlungsdetails besprochen. Nicht nur anhand der Symptomatik, sondern auch in Bezugnahme auf die spezifischen subjektiven Konzepte der Patienten und Patientinnen werden neue Behandlungsschritte eingeleitet und der Nutzen der bisherigen Vorgehensweise evaluiert. Dabei werden alle Beteiligte mit ihren individuellen Ideen über die Konzeption der Behandlung mit in den therapeutischen Prozess integriert und angehört. In der malischen Tradition trafen sich auch einst die Weisen in einer Art Toguna, um sich über Probleme der Gemeinschaft zu beraten, weshalb diesem Raum als Ort, in dem die Visite stattfindet, eine besondere kulturelle Bedeutung zukommt. Der Behandlungsort und die Behandlungsweise sind eng verwoben und eine untrennbare Einheit. Ein bedeutendes Spezifikum stellt innerhalb der malischen Behandlung die Begleitung durch die Angehörigen dar, um im Sinn der Inklusion Stigmatisierung zu vermeiden und Rehabilitationschancen zu eröffnen (vgl. Napo et al., 2012; Koumare et al., 1989). Die Patienten und Patientinnen wohnen mit ihren Verwandten gewöhnlich in kleinen Häuschen auf dem Campus verteilt, für Patienten und Patientinnen mit aggressiven Tendenzen gibt es eigene Betten mit entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen. Auf diese Weise wird den Patienten und Patientinnen ermöglicht, in einem relativ heimischen Setting mit Eigenverantwortlichkeit und Integration in der therapeutischen Gemeinschaft zu leben. Darüber hinaus ist für die Behandlung eine Ergotherapie vorgesehen, die insbesondere Frauen dabei unterstützen soll, ihre Fertigkeiten in der Küche auszubauen, da das Personal entdeckte, dass eine Abnahme dieser Leistungsfähigkeit zu einer schlechteren Reintegrationsmöglichkeit nach Behandlungsende führte. Des Weiteren gehören auch die Bepflanzung und Bewässerung des Gartens zu den ergotherapeutischen Maßnahmen. An jedem Montag findet die therapeutische Koteba statt, das traditionelle malische Theater im psychiatrischen Kontext. Bei dieser Intervention sind die Mehrheit des medizinisch-therapeutischen Personals sowie ihrer Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Menschen aus der malischen Bevölkerung anwesend. Der Mittelpunkt dieses traditionellen therapeutischen Ansatzes ist die szenische Verarbeitung eines zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikts mit spielerischen Elementen und musikalischer Begleittherapie.

---

Darüber hinaus wird die Koteba auch als erweitertes Diagnoseinstrument verstanden. So werden z. B. die Körpersprache des Patienten und Patientinnen und die durch die szenische Darstellung neu offengelegten Themen als Ressourcenmaterial für Intervention und Diagnose innerhalb des therapeutischen Prozesses verstanden. Die Aufarbeitung nach einer solchen therapeutischen Koteba erfolgt im therapeutischen Team. Das therapeutische Team umfasst Patienten und Patientinnen, Angehörigen und alle Behandelnden. Einmal in der Woche, bei Bedarf jedoch auch mehrmals, gibt es zusätzlich psychologische Einzelgespräche. Diese psychologischen Einzelgespräche erfolgen nicht nach europäischer Manier, also als Einzelgespräch, vielmehr ist es auch hier durchaus Usus, dass ein Familienmitglied oder ein Mitpatient bei der Sitzung anwesend ist. Der Raum von Privatem und Öffentlichem ist in der malischen Kultur schlichtweg anders definiert als beispielsweise in Deutschland. (vgl. Wohlfart et al., 2009). Dabei werden schamauslösende Themen, die in der malischen Gesellschaft tabuisiert werden, metaphorisch besetzt und vom behandelnden Therapeuten kultursensibel kommuniziert, sodass zu behandelnde Patienten und Patientinnen ihr Gesicht bzw. ihr innewohnendes Verständnis von Würde wahren können. Auf diese Weise wird im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung ein vertrauensvolles Bündnis zwischen dem Behandelnden- und dem Patienten und Patientinnen-system ermöglicht. Es gibt in der Klinik eine religiös und fachlich sehr bewanderte Krankenschwester, die sich mit Fragen der Religion und Spiritualität gut auskennt. Auch diese Kenntnisse werden im Rahmen der Behandlung als Ressource anerkannt und in den klinischen Alltag des Patienten und Patientinnen-systems integriert. Die Klassifikation erfolgt im diagnostischen Prozess nach den Kriterien der ICD-10 und DSM, wobei kulturelle Faktoren und Konzeptionen sowie traditionelle Behandlungspraktiken im Sinn eines eigenen kulturellen Kriterienkataloges mit Besonderheiten integriert werden. Makanjofui und Ofa (1987) weisen daraufhin, dass beispielsweise depressive Symptome bei nigerianischen Patienten und Patientinnen als eine Reaktion auf den Verlust der Gruppe oder als Reaktion auf eine Bedrohung durch eine Katastrophe beobachtet werden können. Nach Koumare wird dabei nicht nur auf die Symptome oder Syndrome geachtet, sondern auch Rücksicht auf die subjektiven Konzeptionen der Patienten und Patientinnen genommen. Die kulturelle Ausgestaltung eines Symptoms spielt dabei eine bedeutende Rolle. So zeichnet sich die Depression nicht wie im europäischen Kontext zwangsläufig durch z. B. sozialen Rückzug aus, sondern eher durch kulturspezifische Ausgestaltungen der Symptomatik (vgl. Okello et al., 2006). Auf dieser Grundlage ergibt sich für die Behandlungsweise in Mali ein 2-Phasen-Prozessmodell der Behandlung.

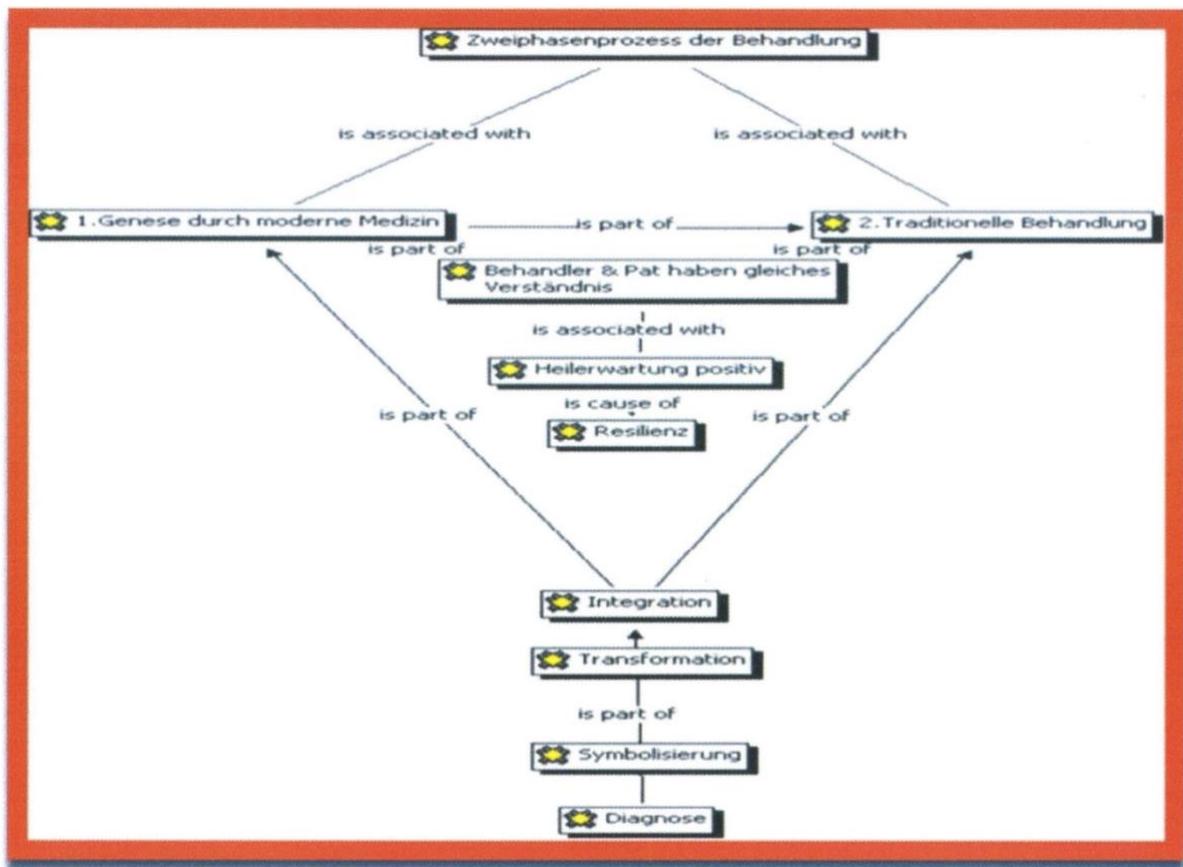


Abbildung 5 2-Phasen-Prozessmodell der Behandlung

Die Mehrheit der Patienten und Patientinnen sucht vor Beginn einer klinischen Einweisung traditionelle heilkundige Menschen auf. Der Grund dafür liegt darin, dass am Anfang der Erkrankung zum einem finanziell überschaubare Unterstützung aufgesucht wird und zum anderen ein Hilfesystem aufgesucht wird, welches bereits bekannt ist. In manchen Fällen kann im Verlauf der Erkrankung eine Steigerung von kulturell unerwünschten Verhaltensweisen, wie z. B. einem aggressiven Verhalten oder dem Beleidigen von Mitmenschen durch Respektlosigkeit beobachten werden. In diesen Fällen wird von modernen Behandlungsmethoden im Rahmen des psychiatrisch-therapeutischen Hilfesystems und traditionellen Heilformen, wie z. B. der

---

therapeutischen Koteba, Räucherungen, traditionellen Riten, additiv Gebrauch gemacht. Es handelt sich somit um eine Synthese von althergebrachten traditionellen Kenntnissen und Methoden, die mit den Praktiken der modernen Medizin gemeinsam eine positive Heilerwartung erwarten lassen werden. Die integrativen psychotherapeutischen Verfahren, die Pharmakotherapie und die Etablierung von ethnopharmakologischen Aspekten und spirituellen Aspekten finden im Rahmen einer umfassenden psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung Verwendung.

Die Ergebnisse der spezifischen Behandlungsweise in der psychiatrischen Klinik Pont G von Bamako, Pont Glassen sich folgend festhalten:

1. Der familiäre Kontext spielt im Rahmen der therapeutischen Behandlung eine entscheidende Rolle.
2. Das Toguna beschreibt ein traditionell therapeutisches Element, welches eingesetzt wird um aggressives Verhalten zu unterbinden und in Bezug auf eine Förderung therapeutischer Prozesse.
3. Die therapeutische Koteba dient zur systemischen Behandlung des Patientenkollektivs und ist ein bedeutsames traditionelles Diagnostikum.
4. Angehörigenbegleitung ist zentrales Charakteristikum eines malischen Behandlungsansatzes.
5. Behandlung erfolgt im psychiatrischen Dorf Pont G.
6. Eigenverantwortlichkeit, Verantwortungsübernahme und Selbstbestimmung werden durch therapeutische Gemeinschaft und Koteba gestärkt.
7. Affekte wie z.B. aggressives Verhalten werden nicht toleriert und durch traditionelle Behandlungselemente unterbunden. z.B. Einsatz Toguna.
8. Behandlungsteam im malischen Sinne besteht aus Patienten und Patientinnen Angehörigen und Experten und Expertinnen.
9. Der Raum von privaten und öffentlichen Themen ist in der malischen Kultur anders definiert im Gegensatz zu Beispielsweise Deutschland z.B. therapeutische Gespräche mit gesamter Familie, anderen Patienten und Patientinnen.
10. Schambesetzte Themen werden immer tabuisiert und metaphorisch besetzt

- 
11. Zentrales Charakteristikum einer malischen Behandlung, beinhaltet Würde und Integrität des Patientenkollektivs und ihrer Angehörigen zu wahren.
  12. Einbeziehung von religiös geschulten Personal in Themen der Religion und Spiritualität.
  13. Bedeutsam ist eine Integration von traditionell therapeutischen Heiler und Heilerinnen.
  14. Der Einfluss von traditionellen Heilkundigen Menschen, hat auch positiven Einfluss auf eine therapeutische Compliance. z.B. Einnahme von Medikamenten.
  15. ICD 10 und DSM werden gemeinsam mit einem eigenen kulturellen Kriterienkatalog mit kulturspezifischen Besonderheiten angewandt.
  16. Zentral ist kulturelle Ausgestaltung eines Symptoms.
  17. Die Behandlung beinhaltet Integration von Angehörigen, wobei diese Mediatorfunktion übernehmen und somit die Rehabilitation der Patienten und Patientinnen gewährleisten. (Diskussion thematisieren.....)
  18. Diagnoseinstrumente und Interventionsmethoden sind traditionelle Heilmethoden wie z.B. Therapeutische Koteba.
  19. Behandlung findet im therapeutischen System statt. Inkludiert ist das Experten Team und Patienten und Patientinnen-system und Angehörige.
  20. Traditionelle Heilformen finden neben modernen Methoden der Medizin im Sinn eines integrativen Ansatzes Verwendung. z.B. Das Zweifaktorenmodell der Behandlung.
  21. Subjektiven Konzepten und Erklärungsmodellen von Patienten und Patientinnen-innen und Angehörigen kommt eine entscheidende Bedeutung im Behandlungsprozess zu.
  22. Experten und Expertinnen übersetzen, transformieren und transportieren subjektive Konzepte bzw. Erklärungsmodelle ihrer Patienten, Patientinnen und Angehörigen.
  23. Behandlungsbasis ist das psychiatrische Dorf in Form eines Schutzraums der Patienten und Patientinnen-innen. Der Behandlungskontext bildet eine möglichst realistische rekonstruierte soziale Wirklichkeit in Bezug auf alle am Prozess beteiligten Personen.

- 
24. Grundlage der gemeindepsychiatrischen Behandlung sind Behandlungsprinzipien im Sinn der Inklusion und Reduktion von Stigmata.
  25. Integrative psychotherapeutische Verfahren Pharmakotherapie und Etablierung von ethnopharmakologischen und spirituellen Aspekten finden im Rahmen einer malischen Behandlungsweise statt.
  26. Grundlage der gemeindepsychiatrischen Behandlung sind Behandlungsprinzipien im Sinn der Inklusion und Reduktion von Stigmata.
  27. Integrative psychotherapeutische Verfahren Pharmakotherapie und Etablierung von ethnopharmakologischen und spirituellen Aspekten finden im Rahmen einer malischen Behandlungsweise statt.

Folgende sieben Punkte legen zentrale Ergebnisse der spezifischen Behandlungsweise in der psychiatrischen Klinik von Bamako, Pont G zugrunde:

1. Die Behandlung findet im therapeutischen Sinn durch die Integration von Angehörigen statt, wobei der Begleiter oder die Begleiterin eine Funktion als Mediator übernimmt und auf diese Weise die Rehabilitation der Patienten und Patientinnen/-innen gewährleistet.
2. Diagnoseinstrumente und Interventionsmethoden sind traditionelle Heilmethoden wie die Koteba.
3. Behandlung findet im therapeutischen System (alle Experten die an der Behandlung beteiligt sind) und Patienten und Patientinnen-system (Patienten und Patientinnen und Angehörige etc.) gemeinsam statt.
4. Traditionelle Heilformen finden neben modernen Methoden der Medizin im Sinn eines integrativen Ansatzes Verwendung.
5. Subjektiven Konzepten und Erklärungsmodellen von Patienten und Patientinnen/-innen und Angehörigen kommt eine entscheidende Bedeutung im Behandlungsprozess zu.
6. Experten und Expertinnen übersetzen und transformieren die subjektiven Konzepte und Erklärungsmodelle ihrer Patienten und Patientinnen und Angehörigen.

7. Behandlungsbasis ist das psychiatrische Dorf Pont G und ist Schutzraum der Patienten und Patientinnen/-innen, da der Behandlungskontext eine möglichst realistische rekonstruierte soziale Wirklichkeit für alle am Prozess beteiligten Personen darstellt.
8. Grundlage der gemeindepsychiatrischen Behandlung sind Behandlungsprinzipien im Sinn der Inklusion und Reduktion von Stigmata.

## **6.2 Subjektive Krankheitskonzepte und Erklärungsmodelle von Patienten und Patientinnen**

Die subjektiven Krankheitskonzeptionen und Erklärungsmodelle von Patienten und Patientinnen und Angehörigen, die im Rahmen dieser Forschung befragt wurden, werden nachfolgend dargestellt und anschließend mit Bildmaterial verdeutlicht.

1. Als lokales Konzept benannten die befragten Patienten und Patientinnen überhäufig, 'Hakili Bana' als „Beschreibung für ihr Leiden als Verlust des Geists, der Seele und des Denkens“ (Napo et al., 2012, S. 47, Übersetzung der Verfasserin) (siehe Abbildung 6)

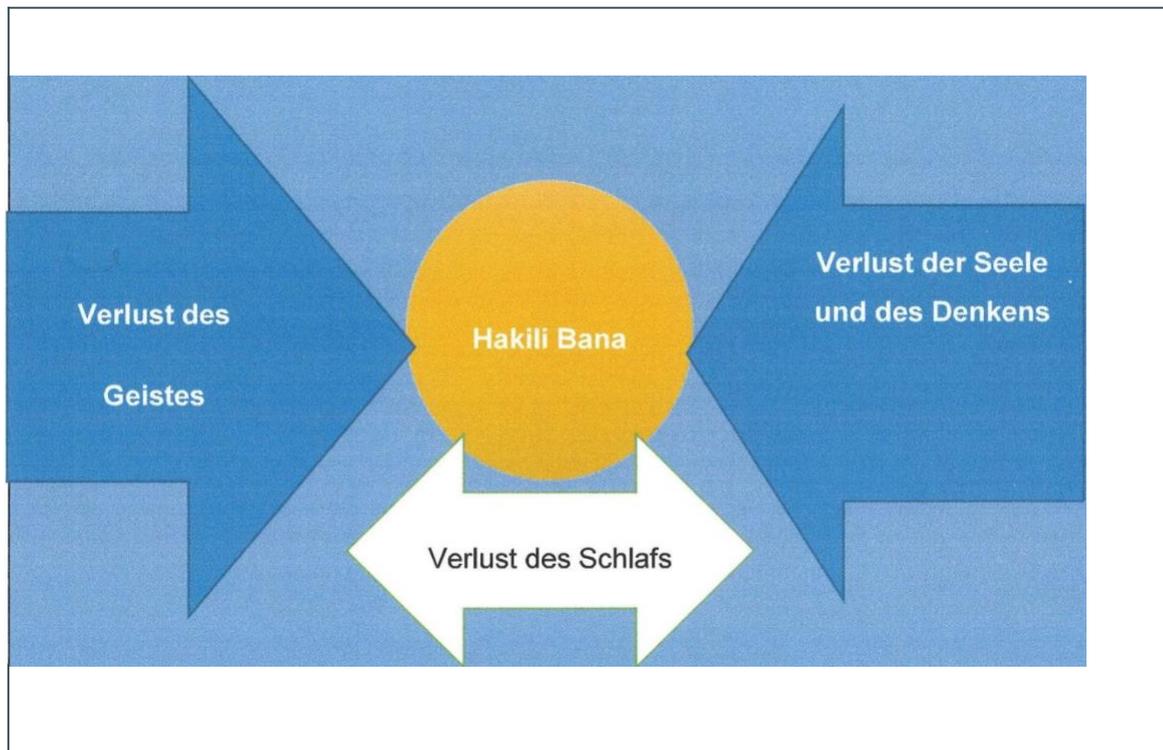


Abbildung 6 Transformation kulturspezifischer Konzepte

2. Alle Patienten und Patientinnen berichteten über externe Verursachungsfaktoren in Form der kulturspezifischen Ausgestaltung der Symptomatik (z. B., der böse Blick ' oder ein Fluch durch Hexen etc.).
3. Psychopathologische Patienten und Patientinnen berichteten über klassische Erstrangsymptome wie Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung durch Djinns und Hexen, Konästhesien und befehlende Stimmen von außen.

4. Familienkonflikte und Tabubruch werden bei Patienten und Patientinnen und Experten und Expertinnen erst nach Genesung als Gründe für die Entstehung der Erkrankung genannt. Nachfolgende Abbildung illustriert therapeutisches Vorgehen. Beschämung wird signifikant häufig in Bezug auf Ätiologie der Erkrankung genannt. Diese erlebte Beschämung kann nur durch kulturspezifisches Konzept chiffriert werden.

Beispiel: Falluntersuchung Patientin

Patientin X erlebt nach misslungener Migration eine narzisstische Kränkung. Sie wird von geliebter Person abgelehnt und sieht plötzlich alles weiß und keine Farben mehr um sich herum. Im Rahmen der Therapie konnte Patientin lernen mit Kränkung umzugehen, ihre gesamte Symptomatik verbesserte sich und sie konnte wieder Farben sehen.

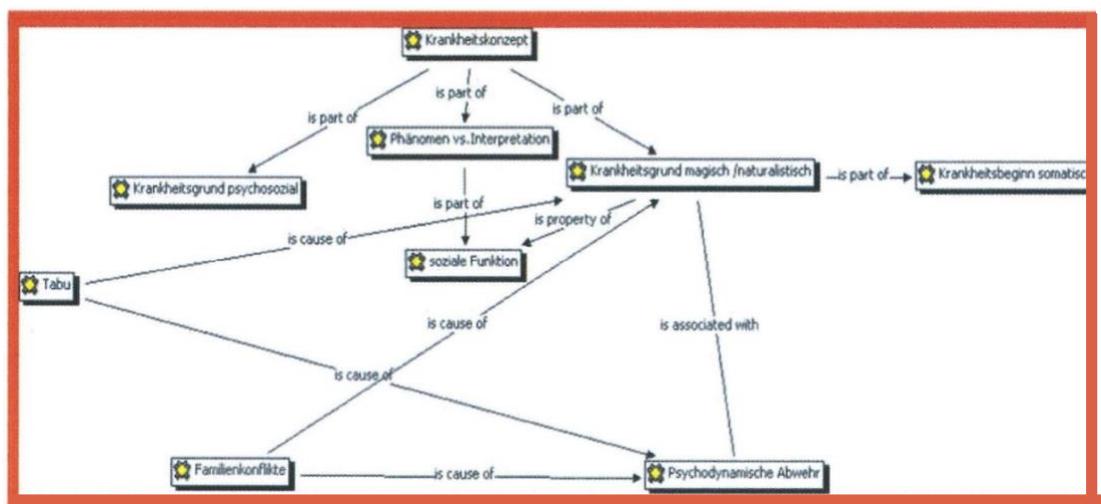


Abbildung 7 Transformation kulturspezifischer Konzepte

5. Krankheitskonzepte unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Alter der Patienten und Patientinnen. Jüngere Patienten und Patientinnen scheinen das Krankheitskonzept zu verändern hingegen ältere Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen an einer Aufrechterhaltung traditioneller Konzepte festhalten.

Beispiel: Falluntersuchung Patient X

Ein junger Schüler berichtet im Interview folgendes: „Ich bin krank geworden, weil Ich zu viel gelernt habe.“

---

### 6.3 Subjektive Krankheitskonzepte der Angehörigen westafrikanischer Patienten und Patientinnen und Angehörigen mit psychotischen Symptomen

1. Krankheit ist ein von außen verursachtes Phänomen durch externale Faktoren, z. B. durch z.B. Hexen, Geister, Djinns.

#### Beispiel I. Experten und Expertinnen Interview: Falluntersuchung 20

„Ja, in der Halluzination sagen sie dann, sie hören die Stimme von eini-  
Leuten, obwohl niemand zu sehen ist. Und dann interpretieren sie,  
dass es Geister sind.“

2. ‚Hakili Bana‘ wird als subjektives Krankheitskonzept demzufolge als Abwesenheit des Schlafs sowie als ‚Verlust des Geistes‘ verstanden und von Angehörigen westafrikanischer Patienten und Patientinnen und Experten signifikant häufig benannt.
3. Traditionelle Heilmethoden kommen mehrheitlich integrativ in der westafrikanischen Psychiatrie zum Einsatz, wobei medikamentöse Behandlung erst in Anspruch genommen wird, wenn Patienten und Patientinnen sozial nicht tolerierbares Verhalten, z. B. Aggression, Fremdgefährdung, zeigt (siehe 2-Faktoren-Modell, Abbildung 5)
4. Familienkonflikte und Tabubruch werden signifikant häufig von Angehörigen in Bezug auf die Entstehungsursache benannt.

## 6.4 Subjektive Krankheitskonzepte der behandelnden Experten und Expertinnen

Nachdem bereits im vorangegangenen Teil die spezifische Behandlung in Pont G und die daraus resultierenden Ergebnisse dargestellt wurden, sollen nachfolgend noch einmal gesondert zentrale Aspekte aus der Befragung mit den n=8 Experten und Expertinnen dargestellt werden. Der Behandlungskontext, in dem die Erhebung stattgefunden hat ist systemisch, verwoben und integrativ, das führt dazu, dass eine getrennte Darstellung der Ergebnisse eine große Herausforderung darstellt. Nachfolgend werden bedeutende Aspekte aus Sicht der Experten und Expertinnen genannt. Hinsichtlich der Frage nach den subjektiven Konzepten von zu behandelnden Patienten und Patientinnen und Angehörigen mit psychotischen Symptomen ergeben sich folgende Ergebnisse aus der Experten und Expertinnen Befragung des klinischen Personals und eines traditionellen Heilers.

1. Die kulturspezifische Ausprägung sowie die Gestaltung des psychodynamischen Konflikts sind im Rahmen der Diagnostik von Bedeutung (Abbildung 7).

### Fallbeispiel: Experten und Expertinnen Interview

1 I Um verschiedene Symptome verstehen zu können ist es wichtig die  
 2 I Symbolisierung zu verstehen. Wenn man zum Beispiel bei unsjemanden hat,  
 3 I der eine Impotenz aufweist, dann ... wird er Dir nicht sagen ich kann nicht  
 4 I bin nicht in der Lage für sexuellen Kontakt..... nein..... er wird dir sagen  
 5 I "der Gürtel sitzt nicht richtig". Es wird nun symbolisch etwas  
 6 I repräsentiert.....(W).... man muss also die Kultur verstehen,  
 7 I Das Symbolische und das Individuum begreifen..

2. Patienten und Patientinnen benennen in ihren subjektiven Konzeptionen, Hakili Bana' im Rahmen ihres kulturspezifischen Erklärungsmodells (Abbildung 6).
3. Es lassen sich bei westafrikanischen Patienten und Patientinnen überwiegend transiente Psychosen oder affektive Störungen mit psychotischem Erleben, welche mit den Befunden von verschiedenen Autoren und Autorinnen einhergehen, vorfinden. (Okello et al., 2006; Makanjoula & Olaifa, 1987; Murphy, 1987).

4. Patienten und Patientinnen mit okzidentaler Migrationserfahrung weisen bei Rassismus Erfahrung in der Diaspora und unvorbereiteter Rückkehr in ihre Heimat ein erhöhtes Psychose Erkrankungsrisiko auf.

Beispiel: Falluntersuchung Experten und Expertinnen Interview

8 I Beispiel: eine türkische Frau, die in Deutschland aufgewachsen ist und im  
 9 I Alter von 18 Jahren in die Türkei zurückkehrt, da sie Zwangsverheiratet  
 10 I werden sollte, was Sie aber nicht wollte. Sie ist dann nach Deutschland  
 11 I zurückgekehrt und dann wurde Sie depressiv und hatte organische Probleme.  
 12 I Der Hodscha in der Türkei hat daraufhin gesagt, es handele sich dabei um  
 13 I die Geister /Djinns der männlichen Heiratskandidaten, die Sie abgelehnt  
 14 I habe. Nachdem der Marabout ihr also erklärt hat, dass sie so traurig sei, weil  
 15 I Sie die Männer abgelehnt habe, begann die Patientin die Männer zu spüren.  
 16 I Sie kam dann in die Psychiatrie und die Kollegen haben am Anfang gedacht,  
 17 I es müsse sich um einen Fall von Schizophrenie handeln. Aber, das war eine  
 18 I Depression mit spezifischen Problemen/ Besonderheiten. (...) Ja.

5. Experten betonen kulturelles Verständnis ist Basis einer erfolgreichen Behandlung.

Beispiel: Falluntersuchung Experten und Expertinnen Interview

18 I Wenn du versuchst hier jemanden wie Freud zu analysieren, dann kannst du ein  
 19 I packen, du wirst versagen, du wirst versagen.....Du wirst versagen. Es reicht, die Person gegenüber  
 20 I zu haben, wenn du die Kultur verstehst dann fangt ihr an..... und  
 21 I die Person wird sich Stück für Stück öffnen und dann wird sich der Zustand auch  
 22 I verbessern.

6. Experten verweisen darauf hin, dass psychotische Symptome auch im Rahmen von affektiven Depressionen "mask Depression" zu betrachten und diskutieren sind.

Beispiel: Falluntersuchung Experten und Expertinnen Interview

1 I ..... früher habe ich mit meinem französischen .....  
 2 I Kollegen Kanoute, der da war sind wir zu dem Schluss gekommen, dass die Melancholie eine **Art**  
 3 I **Maske der Depression bei den Oxidentaten** sein könnte. Es ist die Traurigkeit auf die der Suizid  
 4 I folgt und bei den **Afrikanern handelt es sich mehr um eine Agitiertheit** und die hetero Aggression  
 5 I oder ist. Das ist unsere Hypothese gewesen. Es gibt also zwei **Formen der einen Pathologie oder**  
 6 I **Depression, die vorhanden sind.** Das sind die Majoren **affektiven Depressionen .....und die**  
 7 I **Depressionen.** Das sind unsere Hypothesen.

- 
7. Suizidalität wird durch die subjektive Konzeption external attribuerter Verursachungsfaktoren, z. B., böser Blick' oder, verhext, worden zu sein, reduziert.

Beispiel: Falluntersuchung Experten und Expertinnen Interview

Aber in unserer Situation hier in Mali, wenn es jemanden gibt der ein Problem hat, wird der in der Regel nicht daran denken, sich umzubringen, sondern er fragt sich: Wer ist, dass, der mir was Böses möchte? Der will vielleicht meiner Mutter oder meinem Vater schaden, weil hier in der Kultur denkt man sich, wenn jemand etwas wird, waseneicht hat, dann hat er eine gute Mutter, und wenn er nichts schafft, dann war die Mutter oder Frau nicht gut. Man hat immer die Tendenz, die Mutter anzuklagen. Das ist in der gesamten Repräsentation der Kultur so."

Beispiel: Falluntersuchung Experten und Expertinnen Interview

I 63. Aber der Unterschied mit der Melancholie in Europa ist, dort ist die Folge der Suizid. Der Patient wird I  
64 sagen ich bin nichts Wert, wird sich immer Selbstanklagen, aber hier ist diese Melancholie, ..... ) I  
65 eine Form der Projektion in..... ) I  
66 der man denkt, der andere verursacht, dass, welches eine Aggression gegenüber anderen ..... ) I  
67 hervorruft.

---

## 6.5 Entstigmatisierende Faktoren des Behandlungsansatzes in Pont G

Das Ziel dieser Dissertationsarbeit bestand unter anderem darin, Patientenressourcen im Sinne der Salutogenese zu erfragen. Die Autorin verspricht sich dadurch herauszufinden, welche Faktoren der Behandlung in der psychiatrischen Klinik Pont G sich sehr positiv im Rahmen der Genese des Patientenkollektives auswirken. Darunter ist gemeint, welche spezifischen Reize aus der Umwelt und dem Kontext in Mali können Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen mit eigenen Ressourcen reagieren. Welche gesunden Anteile einer spezifischen Behandlung in einem Patienten und einer Patientin sowie Angehörigen hervorruft. Die Koteba ist ein Behandlungsinstrument und integriert gesunde und kranke Menschen in einem therapeutisch strukturierten Setting. Das führt dazu, dass Patienten und Patientinnen ihre gesunden Anteile wahrnehmen können und diese Bewusstwerdung "Ich bin genau wie jeder andere Mensch" wirkt förderlich auf ihren Gesundungsprozess. Darüber hinaus wird dadurch Autonomie und Selbstverantwortung und eine kollektive Verantwortungsübernahme positiv gefördert. Die Begleitung von Angehörigen, kann zum einem Faktoren einer auftretenden sozialen Isolation entgegenwirken und zum anderen Patienten und Patientinnen im stetigen Kontakt mit ihren Familien halten und somit auch negative Attributionen minimieren. Nachfolgende bildliche Darstellung veranschaulicht Patientenressourcen im Sinn der Salutogenese unter entstigmatisierenden Faktoren der Behandlung in Mali, Pont G

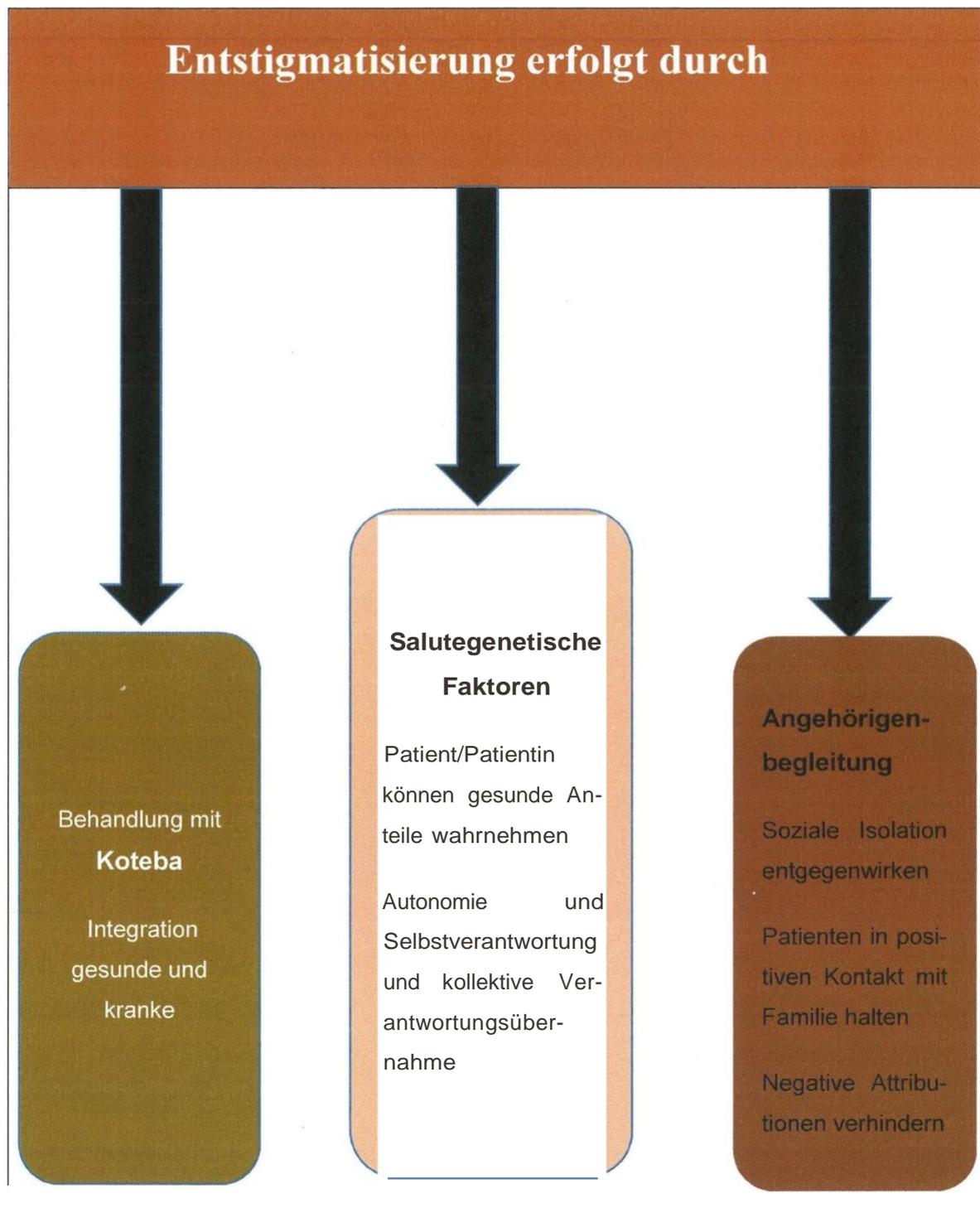


Abbildung 8 Entstigmatisierende Faktoren

## 6.6 Gegenüberstellung Ergebnisse Studie 1 und Studie 2

Westafrikanische Patienten und Patientinnen in Deutschland Studie 1

Westafrikanische Patienten und Patientinnen In Mali Studie 2

- Kulturspezifische und neu adaptierte Konzepte
- Patienten und Patientinnen berichten häufiger über negative Gewalterfahrungen und Rassismus im Rahmen ihrer Migrationserlebnisse

- Stärker von Isolation

- Weniger ausgeprägtes individuelles Schuld und Schamerleben

z.B. Schuld und Scham erleben, dann groß,

- wenn P. nicht Beerdigung eines Familien Mitglieds begleiten kann.

-Familie nicht finanziell unterstützen kann

- Kollektives Schamerleben erhöht
- Kollektives Schuld erleben erhöht
- Verfolgungswahn erhöht

- Kulturspezifische Konzeptionen stärker ausgeprägt und werden von Angehörigen aufrechterhalten. Erhöhen Scham und Schuld erleben
- Verfolgungswahn stärker durch traditionelle Konzepte bedingt

- Hexen, Djinns etc

- Ausnahme P. mit Migrationserfahrung leichte Modifizierung und

- Adaptation westlicher Konzepte

- Scham und Schuld erleben stehen in enger Beziehung zu traditionellen und religiösen Konzepten

- Besonders religiöse Inhalte und Tabus erhöhen das Erleben von Scham und Schuldgefühlen

- Verfolgungswahn nicht vorhanden

- 
- wobei nicht kulturelle Konzeptionen, sondern staatliche Verfolgung, Polizei etc. thematisiert werden
  - Familien können nicht in Therapie integriert werden, haben jedoch indirekt Einfluss auf Behandlungsprozess indem traditionelle Konzepte durch Sie aufrechterhalten werden
  - Anforderung Konflikt der Familienmitglieder alte und neu erworbene müssen übersetzt werden
  - Kulturell spezifische Krankheitskonzeptionen kamen bei allen der untersuchten Patienten und Patientinnen aus Westafrika zum Ausdruck.
  - Familien sind integriert in therapeutische Abläufe und werden im System mitbehandelt
  - Psychodynamische familiäre und tabuisierte Themen und Konflikte werden aufgelöst
  - Kulturell spezifische Krankheitskonzeptionen kamen bei allen der untersuchten Patienten und Patientinnen aus Westafrika zum Ausdruck.

## 7. Diskussion und Schlussfolgerung

In diesem letzten Diskussionsteil der Dissertation werden die gewonnenen Ergebnisse mit theoretischen und empirischen Befunden in Verbindung gebracht und kritisch diskutiert. Auf diese Weise werden bedeutsame Implikationen und Schlussfolgerungen in Bezug auf eine Verbesserung der Praxis ableitbar. Besonderes Augenmerk wird dabei einerseits auf die von Experten und Expertinnen genannten ressourcenorientierten Behandlungsmöglichkeiten und die von Patienten und Patientinnen und Caregivern benannten subjektiven Konzepte der Schizophrenie hinsichtlich einer kultursensitiven Diagnostik und Behandlung gelegt. Im Anschluss daran wird die gesamte methodische Umsetzung der vorliegenden Arbeit in Bezug auf eine angemessene Bewertung der Ergebnisse unter kritischen Gesichtspunkten diskutiert.

Während unserem Colloquium an der FU Berlin haben wir vielfach über eine geeignete Darstellung des Diskussionsteils diskutiert. Es wurde gemeinsam beschlossen, dass eine adäquate Darstellung der Ergebnisse möglichst strukturiert nach den einzelnen Befragungsteilnehmern und Befragungsteilnehmerinnen erfolgen sollte. Die Aussagen der Experten und Expertinnen, Patienten und Patientinnen und Angehörigen sollten auf diese Weise besser nachvollziehbar sein. In der Praxis stellt diese Darstellung aber nicht die Wirklichkeit der systemischen Orientierung einer indigenen und kultursensiblen psychiatrisch-therapeutischen Versorgung dar. Die Verwobenheit aller Beteiligten Caregiver im diagnostischen Prozess und der Behandlungsweise in Mali ist kennzeichnend und charakteristisch für eine kultursensible Praxis. Eine deutliche dichotome Trennung, wie dies in westlichen Konzepten der Fall ist, ist nicht möglich und entspricht nicht der sozialen Wirklichkeit und dem Kontext des beforschten Untersuchungskollektivs. Auf dieser Grundlage hat sich die Autorin während des Schreibprozesses letztendlich für einen allgemeinen Diskussionsteil gewählt. Die folgende Diskussion soll die Ergebnisse der befragten Personen von unterschiedlichen Perspektiven reflektieren und diskutieren. Auf konzeptioneller Ebene bedeutet dies eine Erweiterung des Verständnisses der theoretischen Konzeption subjektiver Krankheitsmodelle in indigenen Kulturen mit holistischer Weitsicht, welche sich in der vorliegenden Forschung als nicht statische, wechselseitig bedingte und systemische Konstrukte zeigen, welche durch diverse subjektive und kollektive (historische) Erfahrungen der Caregiver, Patienten und Patientinnen und Angehörige charakterisiert werden kann.

---

Die Ergebnisse ihrer Studie interpretieren Napo et al. (2012) wie folgt:

Die Ergebnisse der Studie betonen die wichtige Rolle des Einflusses von individuellen und kulturellen Erklärungsmodellen in Bezug auf die Symptomausprägung, soziale Interaktionen und Behandlungserwartungen von Patienten und Patientinnen (vgl. Bhui & Bhugra, 2002; Raasen et al., 1980; Leventhal et al., 1984; Murphy, 1987). Trotz des Vorkommens kultureller und religiöser Unterschiede in der Erläuterung der Entstehung, der Bewältigung und der Behandlung von psychotischen Symptomen berichteten die Patienten und Patientinnen in den Interviews über das Vorhandensein, klassischer Erstrangssymptome' der Schizophrenie. Die Patienten und Patientinnen weisen Symptome der Schizophrenie auf, wie z. B. Gedanken- eingebug, welche allerdings durch die lokalen und kulturell geprägten Vorstellungen in Form von Hexen, Djinns oder Geistern erklärt wurden (S. 47, Übersetzung der Verfasserin)

## **7.1 Diskussion der Experten und Expertinnen Befragung**

Die malischen Experten und Expertinnen, die befragt wurden, betonen, dass „in der westlichen Psychiatrie vor allem das Symptom der Schizophrenie diagnostiziert wird. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Person daran glaubt, dass diese mit Hexen in ihrem Körper sprechen kann" (Napo et al., 2012, S. 47, Übersetzung der Verfasserin). Eine umfassendere Herangehensweise haben afrikanische Psychiater Teams, denn wenn diese einen solchen Patienten und Patientinnen diagnostizieren, nehmen sie darüber hinaus im diagnostischen Prozess Bezug auf andere alternative Konzeptionen von, Selbst- und, Ich'-Bezug. Sie achten dabei insbesondere auf subjektive Konzepte der Patienten und Patientinnen und Angehörigen, welche von „kulturellen, ethnischen Normen und Traditionen beeinflusst sind und magische Glaubensvorstellungen beinhalten" (Napo et al., 2012, 47, Übersetzung der Verfasserin).

Davon ausgehend, dass magische Glaubensvorstellungen in der malischen Gesellschaft existieren, bleibt immer noch die Frage offen, wie die malischen Experten und Expertinnen zwischen einer psychotischen Erkrankung und den dortigen magischen Glaubensvorstellungen adäquat unterscheiden können (vgl. Napo et al., 2012, S. 47-48).

---

Sowohl die malischen Experten und Expertinnen und auch die Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen berichteten davon, dass Besessenheit von Djinns dazu führe, dass man Pech habe, wobei die klassischen Symptome Gedankeneingebung und die befehlenden Stimmen diese negativen Sichtweisen bezüglich der schlechten Zukunftserwartung in Form von Unglück nicht implizieren. Das bedeutet im engeren Sinne, dass die subjektive Bewertung der Patienten und Patientinnen hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankung mit einer negativen Zukunftserwartung einhergeht, wenn von einer Besessenheit von Djinns ausgegangen wird.

Die Bedeutung der Integration von Familienangehörigen und Freunde in diesem diagnostischen Prozess kann folgendermaßen dargestellt werden:

Sie kann eine wichtige Ressource in der Unterscheidung kultureller Glaubensvorstellungen und idiosynkratischen Verständnis von psychotischen Symptomen und Syndromen darstellen. In der vorliegenden Untersuchung gab es beispielsweise einen Patienten und Patientinnen, der Gedankeneingebungen von Hexen beschrieb, was seine gesamte Familie als ungewöhnlich alarmierend und als Krankheitshinweis aufnahm. Die Angehörigen betonten, dass diese Erfahrung keineswegs durch traditionelle Konzepte erklärt werden könne, da spirituelle Interferenzen, wie z. B. die Besessenheit von einem Geist, zu einem erheblichen Leidensausdruck und Unglück führen, aber nicht zur Gedankeneingebung (Napo et al., 2012, S. 47-48, Übersetzung der Verfasserin).

Diese Betrachtungsweise hebt noch einmal hervor, dass sowohl die Sprache als auch die Symbolisierung der Patienten und Patientinnen die Wahrnehmung und Interpretation des Symptoms innerhalb des diagnostischen Kontextes beeinflussen. Die Besonderheiten, in der Patienten und Patientinnen und ihre Verwandten psychische und körperliche Symptome und Syndrome beschreiben, spielen eine entscheidende Rolle in einer kultursensiblen Diagnostik und können zur Reduzierung von Fehldiagnosen beitragen (vgl. Haasen et al., 2004; Cochrane & Bai, 1989; Leventhal et al., 1984; Kleinman, 1980, Ohaeri & Oedjide, 1994).

Eine professionelle therapeutische Behandlung in Pont G bezieht die Familienmitglieder und auch die Öffentlichkeit durch die Teilnahme am Koteba-Theater mit ein. Die Festigung der Verbindung mit der Familie ist eine Möglichkeit, den Faktoren der Isolation, Stigmatisierung und des sozialen Ausschlusses entgegenzuwirken. Aus der Forschung ist bekannt, dass soziale

Isolation psychische Erkrankungen verschlechtert oder begünstigt (vgl. Gehard et al., 1987). Makanjola und Olaifa (1987) haben in ihrer Forschungsarbeit herausgefunden, dass negative Gemütszustände und besonders, Depression' als Reaktion des Verlusts einer Position einer Person innerhalb ihrer sozialen Gemeinschaft oder aufgrund einer Katastrophe erlebt werden (vgl. Napo et al., 2012, S. 47-48).

Prof. Dr. Baba Koumare, der psychiatrische Leiter der Abteilung der Psychiatrie Pont G in Mali, erklärt, dass der Glaube an external verortete böse Kräfte Patienten und Patientinnen dazu befähigt, ihre Gefühle von Scham und Schuld zu externalisieren. Dieser Prozess vollzieht sich, indem die Betroffenen den Grund für ihre Erkrankung oder die Verursachung ihres Leidensdrucks, im Außen' suchen. Die Suche nach subjektiven Erklärungsmodellen und Verursachungsmechanismen wird oft mit Schuld Faktoren assoziiert (vgl. Hilgers, 2001, S. 2; Napo et al., 2012, S. 47). Diese werden dann von den Psychiatern und Therapeuten als eine Paranoia, Psychose oder schizoaffektive Störung diagnostiziert. Aus einer salutogenetischen Perspektive werden Mechanismen ersichtlich, die einen deutlichen Widerstand gegen die Symptome der psychotischen Erkrankung darstellen, da die externalen Verursachungsfaktoren und Akteure bei den Patienten und Patientinnen sowohl Widerstandsfähigkeit als auch das Gefühl von vorhandener Einflussnahme auf die Erkrankung hervorrufen. Der Patient ergibt sich nicht einfach seinem Schicksal mit den dazugehörigen Konsequenzen, sondern er versucht mit verschiedenen Mitteln gegen die missgünstigen Widersacher, z. B. den bösen Blick, anzukämpfen. Die Krankheitseinsicht bleibt dabei unberührt, aber die Verursachungsfaktoren und die daraus resultierende Behandlungsindikation sind durch die subjektiven Erklärungsmodelle der Patienten und Patientinnen beeinflusst. Patientensysteme Patient kämpfen dabei nicht allein, mit ihren Problemen denn durch die Attribution auf externale Bedingungsfaktoren der Erkrankung wird das gesamte Familiensystem aktiviert, was zu einer erhöhten Unterstützungsbereitschaft führt. Die Erklärungsmodelle und subjektiven Konzepte der Patienten und Patientinnen haben somit auch eine soziale Funktion, indem sie es Patienten und Patientinnen erleichtern, gemeinsam mit ihren Familienangehörigen die Ursache des Leidens zu benennen und zu bekämpfen (vgl. Napo et al., 2012). Die Experten und Expertinnen berichteten in der Untersuchung auch davon, dass die ständige Beschäftigung und der gefestigte Glaube an externale Verursachungsfaktoren die suizidale Neigung eines Patienten und Patientinnen minimieren (vgl. Napo et al., 2012).

Die sozialpsychologische Forschung hat sich damit beschäftigt, wie Gruppen besser zusammenhalten können, und dabei herausgefunden, dass der gemeinsame Ausschluss eines Mitglieds den Gruppenerhalt erheblich fördern kann (Stroebe, 2001, S. 409). Das bedeutet für die vorliegende Untersuchung, dass es durchaus nachvollziehbar ist, dass ein gemeinsamer Feind im Sinn der externalen Erklärungsmodelle und subjektiven Konzepte von Erkrankung (z. B. "der jüdische Nachbar, der einen bösen Blick auf ein Familienmitglied geworfen hat") die Familienbande festigen und wieder gemeinsam vereinigen kann. Der Nachbar ist im Sinn der erweiterten Familie somit Teil der sozialen Gruppe und hat als 'Outsider' unbewusst die Funktion, die Familie mit tabuisierten Konflikten, die meist schambesetzt sind, zu vereinigen.

Nach der Auffassung der malischen Experten und Expertinnen sollten professionell ausgebildete Menschen, die mit psychisch Kranken arbeiten, darauf achten, den kulturellen Einfluss auf die Konzeption von Erkrankungen in der Praxis nicht zu vernachlässigen. Sie sollten vielmehr versuchen, eine Integration von traditionellen, lokalen Erklärungsmodellen über das spezifische Leiden der Patienten und Patientinnen in die psychiatrisch-therapeutische Behandlung zu integrieren. Die besonderen Voraussetzungen dafür sind vor allem der Respekt und die Anerkennung von traditionellen Heilformen psychischer Erkrankung. (vgl. Napo et al., 2012).

Beispiel: Falluntersuchung 2 Experten und Expertinnen Interview

I 124 (W)... man muss also die Kultur verstehen,

I 125 Das Symbolische und das Individuum begreifen...

Zusammenfassend betont unsere Untersuchung folgende zentrale Punkte für eine erfolgreiche Behandlung von psychotischen Symptomen:

1. Wichtigkeit der Betonung eines kultursensitiven diagnostischen Prozesses.
2. Wichtigkeit der Bedeutung der engen Verbindung mit den Familienbanden.
3. Wichtigkeit der Betonung und Funktion der sozialen Inklusion.
4. Wichtigkeit der Bedeutung und die Funktion des Tabubruchs.

---

Die dauerhafte Integration der Familienmitglieder in die therapeutische Behandlung und den diagnostischen Prozess helfen dabei, bestehende subjektive Krankheitskonzepte zu integrieren und im Sinne der Genesung der Patienten und Patientinnen/innen entsprechend zu transformieren.

## **7.2 Diskussion zur Befragung der Patienten und Patientinnen/-innen**

Die Befragung der Patienten und Patientinnen im Rahmen dieser Dissertation fand auf dem psychiatrischen Gelände der Universitätsklinik Pont G statt. Da in dieser Untersuchung der Fragestellung nach den subjektiven Behandlungskonzeptionen von schizophrenen Patienten und Patientinnen nachgegangen wurde, könnte man sich als klinischer Experte die Frage stellen, inwieweit die Patienten und Patientinnen in der Lage waren, der Befragung kognitiv zu folgen und adäquate Aussagen über ihren Zustand zu liefern. Da der Zustand der befragten Patienten und Patientinnen Post akut eingeschätzt wurde und dies durch die Zustimmung der Ethikkommission in Mali bestätigt wurde, wurden nach ethischen Gesichtspunkten nur Patienten und Patientinnen/innen befragt, die sich in der Lage fühlten, an der Untersuchung teilzunehmen, und ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben. Wir haben die Patienten und Patientinnen/innen für ihre Teilnahme an der Studie nicht bezahlt, weshalb eine freiwillige und hohe Motivation seitens der Patienten und Patientinnen gegeben war. Viele der Patienten und Patientinnen/innen wiesen bereits Migrationserfahrung in der Diaspora auf. Deshalb war es ihnen allen ein Anliegen, indirekt an der Verbesserung der psychosozialen Versorgungssituation von Migranten und Migrantinnen in Deutschland mitzuwirken. Deshalb wiesen die Patienten und Patientinnen eine hohe Bereitschaft auf, an der Untersuchung teilzunehmen und Fragen zu ihren Einstellungen, ihrer Behandlungsweise und dem subjektiven Erleben ihrer Erkrankung zu beantworten. Die Patienten und Patientinnen, die befragt wurden, wiesen alle eine Erstmanifestation einer psychotischen Symptomatik auf, weshalb sie sich zum ersten Mal in psychiatrischer Behandlung in Pont G befanden. Es gab nur eine Patientin, welche die psychiatrische Klinik mehr als einmal aufgesucht hatte, um ihre psychotischen Symptome, die im Rahmen einer affektiven Störung auftraten, behandeln zu lassen.

Das bedeutete für die Untersuchung, dass die Ausgangsbedingungen für die Befragung als homogen einzuschätzen waren und dem Team deshalb bei der Untersuchung Arbeit erspart wurde, da keine Differenzierung zwischen den Aussagen derjenigen getroffen werden mussten, die mehrere psychiatrische Auf-enthalte hatten, und denjenigen, die zum ersten Mal in der Klinik waren. Da sich die Aussagen der ersteren Befragten vermutlich inhaltlich von jenen der nachfolgenden Patienten und Patientinnen unterscheiden würden. Dieser positive Aspekt kann vor allem dadurch begründet sein, dass nach Ansicht der Experten und Expertinnen hauptsächlich transiente Psychosen diagnostiziert werden, die sich durch eine kurze Exacerbationszeit kennzeichnen wie auch in den wissenschaftlichen Arbeiten verschiedener Autoren und Autorinnen diskutiert (vgl. Wohlfart et al., 2009; Napo et al., 2012).

### **7.3 Diskussion zur Befragung der Angehörigenbefragung**

Die Befragung der Angehörigen gestaltete sich unproblematisch, da diese ein hohes Bedürfnis aufwiesen, sich mitzuteilen. Diese wurden meist im Anschluss an die Patienten und Patientinnen Befragung oder nach Terminabsprache im psychiatrischen Dorf interviewt. Deshalb kann man sich die Frage stellen, ob nicht bereits die Befragungssituation auch ein bedeutsamer Teil der psychotherapeutischen Intervention im Sinne der Entlastung durch das aktive Zuhören darstellte.

### **7.4 Zusatzerläuterung zur Befragung des Untersuchungskollektivs**

Da der Prozess der Erhebung der Daten derart systemisch verwoben war, hielt es die Autorin für sinnvoll, diese spezifischen Besonderheiten in der Befragungssituation explizit aufzugreifen und zu diskutieren. Die drei Befragungsgruppen wurden zwar alle relativ unabhängig voneinander interviewt, doch heißt die Durchführung eines unabhängigen Interviews mit einem Patienten und Patientinnen in Mali nicht zwangsläufig mit dem Patienten und Patientinnen allein zu sprechen, sondern es kann vielmehr sein, dass ein Familienangehöriger oder ein Mitpatient auf

Wunsch der Patienten und Patientinnen anwesend ist, während der Patient oder die Patientin die Fragen beantwortet. Das bedeutet aus methodischer Sicht, dass es hier durchaus in den Antworten mancher Patienten und Patientinnen zu einem Bias, also einer minimalen Verzerrung der Antworttendenzen durch Gegenübertragungsphänomene in Richtung der Konzeptionen und Einstellungen über Krankheit, gekommen sein könnte. Dabei könnte der Patient und die Patientin vielleicht unbewusst Erklärungsmodelle und Konzepte des Angehörigen aufgegriffen haben. Deshalb stellte sich der Autorin aus methodischer Sicht die Frage, ob diese Gruppen getrennt dargestellt werden sollten, was sich jedoch während des Analyseprozesses und der Interpretation des Datenmaterials als nicht leicht erwies, da die Basis der Konzeptionen zwar gleichen Ursprungs ist, sich jedoch die Interpretationen aus den unterschiedlichen Perspektiven Angehöriger und Betroffener im zeitlichen Verlauf der Erkrankung deutlich unterscheiden können.

Die Angehörigen beschreiben die Symptomatik der Patienten und Patientinnen-/innen eher aus der Beobachterperspektive und wehren Konflikte ab. Sie suchen dementsprechend auch weniger nach psychosozialen Gründen als Auslöser für die Erkrankung als der Patient selbst. Da der Indexpatient oftmals kein gesellschaftliches Tabu brechen kann, wird dieser zugunsten eines externalen Verursachungskonzepts in seinem psychosozialen Wachstum durch die auferlegten gesellschaftlichen Schranken als Individuum durch das kollektive Bewusstsein gehemmt und edukativ reglementiert.

## 7.5 Bewertungskriterien qualitativer Forschung

Innerhalb der qualitativen Sozialforschung wurde vielfach diskutiert, welche Gütekriterien zur Bewertung des Forschungsprozesses herangezogen werden können. Steinke (2009) drei verschiedene Strömungen zur Bewertung eines qualitativen Forschungsparadigmas:

1. die Anwendung quantitativer Kriterien für die qualitative Forschung, beispielsweise Objektivität, Reliabilität, Validität (Kirk & Miller, 1986; Lincon & Guba, 1985; Kelle et al., 1993, zitiert aus Steinke, 2009, S. 320);
2. die Möglichkeit, sich auf die Suche nach eigenen Gütekriterien der qualitativen Forschung zu machen, beispielsweise durch kommunikative Validierung, Triangulation, Validierung der Interviewsituation, Authentizität (Terhart, 1981, 1995; Kvale, 1995;
3. (Denzin, 1994; Flick, 2008; Legewie, 1987; Kvale, 1996; Groeben et al., 1988; Guba & Lincoln, 1989; Manning, 1997, zitiert aus Steinke, 2009, S. 321).
4. die postmoderne Ablehnung von Beurteilungskriterien; eine Generierung eigener angemessen qualitativer Gütekriterien für ein bestimmtes Verfahren, z. B. die qualitative Inhalts Untersuchung, ist demnach nicht möglich (Steinke, 2009, S. 321).

„Es liegt nahe, dass ein Verzicht auf angemessene qualitative Gütekriterien keine adäquate Lösung im Streit der geeigneten Gütekriterien darstellt, denn es ist von Bedeutung, dass es konstruktive Bewertungskriterien für qualitative Forschung gibt. Eine Zurückweisung birgt die Gefahr der Beliebigkeit und Willkürlichkeit qualitativer Forschung.“ (Steinke, 2009, S. 321-322). Die Anwendung quantitativer Kriterien für qualitative Forschung ist nach Steinke (2009) nicht geeignet, da "diese Kriterien für eine andere Methode z. B. Laborexperimente entwickelt wurden, sie wiederum auf entsprechenden Methoden, Wissenschafts- und Erkenntnistheorien basieren" und nicht für eine subjektnahe Forschung an der Alltagswirklichkeit von Menschen anknüpfen (Steinke, 2008, S. 322). Die von verschiedenen Vertretern diskutierte Möglichkeit, sich auf die Suche nach eigenen Kriterien zu machen, wird von Steinke (2009) befürwortet. Demnach postuliert sie eine eigenständige Entwicklung von Kriterien, die den definierten wissenschaftlichen Theorien und Paradigmen sowie methodologischen Ausgangspunkten im wesentlichen Inhalt entsprechen (Steinke, 2009). Die Kriterien Reliabilität und Objektivität können aufgrund ihrer festen Bedeutungsverankerung zu den quantitativen Methoden und der daraus resultierenden Gefahr der Fehlinterpretation bei der Übertragung auf qualitative Methoden nicht wirksam werden (Steinke, 1999, S. 2003).

Aus dieser Debatte heraus schlägt Steinke (2009) den im Folgenden dargestellten flexiblen Kriterienkatalog als Orientierung vor, an dem sich die qualitative Forschung je nach Bedarf der konkreten Fragestellung der Untersuchung richten kann. Diese wurden für die Diskussion der

Gütekriterien in der vorliegenden Untersuchung zur Fragestellung nach den subjektiven Krankheitskonzepten von westafrikanischen Patienten mit psychotischen Symptomen in einem gemeindepsychiatrischen Ansatz im Sinne eines qualitativen Forschungsparadigmas angewendet.

### **7.5.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit**

Steinke (2009) nennt zur Überprüfbarkeit der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit drei wichtige Schritte. Dazu zählt sie als Kriterien für die wissenschaftliche Erforschung von sozialen Phänomenen die Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen und die Anwendung kodifizierter Verfahren. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wurde in dieser Dissertationsarbeit dadurch gewährleistet, dass zum einen der Forschungsprozess in einzelnen Schritten ausführlich dokumentiert wurde, damit dieser auch für sogenannte Dritte in der Konzeptualisierung des Forschungsprozesses und in der abschließenden Diskussion der Ergebnisse intersubjektiv nachvollziehbar ist. Darin enthalten waren zu Beginn dieser Arbeit das Vorverständnis der Autorin zum Untersuchungsgegenstand, welches durch eine bereits vorveröffentlichte Studie I zur gleichen Thematik in Deutschland sowie durch ihre, impliziten und expliziten Erwartungen', die sich in der Auswahl und Entscheidung für eine qualitative Auswertungsmethode der leitfadengestützten Interviews begründet hat. Damit konnte sichergestellt werden, möglichst nah an der subjektiven Erfahrungswelt des Untersuchungskollektivs forschen zu können. Auf diese Weise konnte auch überprüft werden, ob im Sinne der Fragestellung neue Konzepte generiert wurden. Durch die Dokumentation der Beschreibung des problem-zentrierten Interviews und des Experten und Expertinnen Interviews als Erhebungsmethoden und der Deskription der psychiatrischen Universitätsklinik Pont G als Erhebungskontext dieser Untersuchung kann darüber hinaus eine Einschätzung bezüglich der Glaubwürdigkeit der Interviewgespräche gemacht werden. Auf diese Weise kann man leicht nachvollziehen, ob tatsächlich eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden konnte, in der sich die befragten Personen frei von Zwängen äußern konnten. Durch meine Präsenz im Feld konnte das Forschungsteam als Teil der sozialen Wirklichkeit der Patienten und Patientinnen und Angehörige während des Aufenthalts in der psychiatrischen Universitätsklinik Pont G wahrgenommen werden. Innerhalb der Woche habe ich mich um sechs Uhr morgens auf dem psychiatrischen Gelände eingefunden

---

und bis zum Spätnachmittag meine wissenschaftlichen Befragungen durchgeführt, wodurch großes Vertrauen entstand und der Forschung großes Interesse entgegengebracht wurde. Die daraus resultierende Offenheit bei der Befragung der Forschungsteilnehmer ist daher während des gesamten Forschungsprozesses als positiv zu bewerten. Einer Überprüfbarkeit des Transkriptionsverfahrens nach angemessenen Regeln wurde ebenfalls versucht nachgekommen, wobei die Interviews alle vollständig ohne Auslassungen transkribiert wurden. Diese wurden im Rahmen der Reliabilität unabhängig voneinander von der Parseherin im Feld sowie zusätzlich von einer weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterin, welche nicht an den Befragungen vor Ort teilgenommen hatte, transkribiert. Die Transkriptionsregeln, welche sich von denen in der ersten Untersuchung aufgrund der Aktualität der Forschung unterschieden, finden sich im Anhang der Dissertation aufgelistet. Darüber hinaus wurden die aus den leitfadengestützten Interviews gewonnenen Ergebnisse nach dem Ansatz des "Peer debriefing" (Lincoln & Guba, 1985, S. 308) mit einigen promovierenden psychologischen Kollegen, die nicht an der Untersuchung gearbeitet haben, innerhalb eines an der FU stattgefundenen Doktoranden-Colloquiums ausführlich diskutiert und evaluiert. Auf diese Weise konnte versucht werden, die Herstellung des Kriteriums der intersubjektivität und der Nachvollziehbarkeit in Bezug auf die Bewertung der Daten in diskursiver Form zu ermöglichen (Steinke, 2009). Eine Verbesserung des Kriteriums der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit auf die Bewertung der Daten kann auch eine Auswertung der Interviews durch verschiedenen Personen anhand unterschiedlicher qualitativer Auswertungsmethodenverfahren (z. B. Atlas TI, ein Max Quada Verfahren) darstellen. Dieser Aspekt wird beispielweise innerhalb der qualitativen Untersuchung von Flick (2008) unter dem Begriff Triangulation diskutiert, welche jedoch im Rahmen dieser Dissertationsarbeit methodisch vorwiegend im Rahmen von Publikationen angewandt wird.

Die Auswertung des Datenmaterials von unabhängigen Personen hat sich allerdings schon im Bereich der Transkription nicht erfolgreich erwiesen. Die Bedeutung des Kontextes, in dem die Erhebung stattfand, setzt entsprechende kulturelle Kenntnisse und Anpassungsvermögen des Interviewers und der Interviewerin voraus, damit auch bedeutsame Sinngebungen von Nicht-Gesprochenen sowie Symbolisierungen, welche für ein Verständnis des Datenmaterials erforderlich sind, auf diese Weise adäquat wiedergegeben werden können.

Es wäre dementsprechend *im* Rahmen weiterer Datenerhebung sinnvoll darüber nachzudenken kultursensible Teams zu Schulen, welche diesen wissenschaftlichen Anforderungen einer unabhängigen Auswertung im Sinne einer Triangulation mit den vorhandenen Daten nachkommen können (vgl. Flick, 2008).

Darüber hinaus wurde die Anwendung der kodifizierten Verfahren, welche die "Explikation und systematische Untersuchung des Vorgehens mit dem Ziel der logischen Formulierung von Methoden" beschreiben, eingehalten. (Steinke, 2009, S. 322). Die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltlichen Untersuchung erfolgte anhand des computergestützten Auswertungsprogramms Atlas TI mit den daraus hervorgegangenen Codierungen, die aus den Primärdaten gewonnen wurden und wurde ausführlich beschrieben.

### **7.5.2 Indikation des Forschungsprozesses**

Das Kriterium der Indikation des Forschungsprozesses versteht sich "als die Forderung nach Gegenstandsangemessenheit, da nicht nur die Angemessenheit der Erhebungs- und Auswertungsmethoden, sondern der gesamte Forschungsprozess hinsichtlich seiner Angemessenheit (Indikation) beurteilt wird" (Steinke, 2009, S. 326). Diesem Kriterium konnte insofern Rechnung getragen werden, indem die Autorin erklärt hat, warum sie sich in dieser Untersuchung für ein qualitatives Verfahren entschieden hat, um subjektive Konzepte westafrikanischer Patienten und Patientinnen in ihrem Behandlungskontext während eines dreimonatigen Aufenthalts zu erforschen. Ein quantitatives Verfahren hätte den Bezug zur Untersuchung des Kontextes der Feldforschung verwehrt und Ziel dieser Untersuchung war es, möglichst nah an den subjektiven Vorstellungen, der Erlebniswelt und der Alltagswirklichkeit der beforschten Subjekte zu forschen. Die Patienten und Patientinnen konnten in der vorliegenden Studie ihre Einstellung zur Erkrankung und die daraus resultierenden Behandlungserwartungen ohne methodische Schranken schildern.

### 7.5.3 Empirische Verankerung

"Die Bildung und Überprüfung von Theorien sollte in der qualitativen Forschung empirisch, d. h. in den Daten, begründet(verankert) sein" (Steinke, 2009, S. 328). Deshalb wurde in dieser Untersuchung versucht, möglichst offen an den Untersuchungsgegenstand heranzutreten, obwohl bereits Vorwissen zu den subjektiven Konzepten von westafrikanischen Migranten und Migrantinnen in Deutschland entstanden war. Deshalb war es der Autorin ein Anliegen, in einem anderen Kontext die Bildung der Theorien möglichst nah am Subjekt und ihrer sozialen Wirklichkeit zu gestalten, indem das Datenmaterial eng an die subjektiven Sichtweisen der Befragten geknüpft und systematisch in einem induktiv-deduktiven Wechsel analysiert wurde, um neue Aspekte der Thematik zu erforschen. Die empirische Verankerung wurde durch die Verwendung kodifizierter Verfahren und die Auffindung hinreichender Textbelege durch die Markierung der wichtigen Zitate aus den Interviews der Befragten zu ihren subjektiven Krankheitskonzepten nachgekommen. Darüber hinaus konnte im Prozess der konzeptionellen Phase durch analytische Induktion eine Theorie am Einzelfall überprüft werden und bei Bedarf zugunsten einer neuen, universellen Beziehung' verworfen werden (vgl. Steinke, 2009).

### 7.5.4 Limitation

Unter Limitation, welches ein weiteres Kernkriterium qualitativer Forschung darstellt, versteht man die Bestimmung der Grenzen der entwickelten Theorie mit dem Ziel, nichtzulässige Generalisierungen auszuschließen. Steinke (2009) nennt dazu zwei zentrale Techniken der Fallkontrastierung im Sinne von maximal und minimal verschiedenen Fällen und der Suche und Untersuchung abweichender negativer und extremer Fälle (Steinke, 2009).

Diese ergeben sich in der vorliegenden Untersuchung auf methodischer Ebene. Die Wahl für ein qualitatives Forschungsdesign beinhaltet auch die Möglichkeit mittels qualitativer Methoden sehr präzise Forschung im Rahmen, einer kleinen Anzahl von Menschen anhand von qualitativen Methoden genau durchzuführen und zu überprüfen. Aufgrund der nur kleinen Stichprobe könnte allerdings zugleich eine mangelnde Generalisierbarkeit als Limitation der Untersuchung genannt werden. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die subjektive Reflexivität der Forscherin einen Einfluss auf die Erhebung der Daten, die spätere Kodierung

und die Interpretation gehabt haben könnte. Übertragungssituationen in den Interviews wurden durch Feldaufzeichnungen im Sinne eines Forschungstagebuchs im Memo des wissenschaftlichen Forschungsprogrammes Atlas TI während der Erhebungszeit dokumentiert. Diese für den Forschungsprozess bedeutsamen Reflexionen wurden dann mit der Unterstützung von den Kollegen und Kolleginnen bereits vor Ort in Mali und teilweise auch in Deutschland mit Forscherinnen und Forschern kritisch diskutiert. Der Zugang zum Forschungsfeld und den Patienten und Patientinnen/-innen sowie Experten und Expertinnen/-innen war für mich durch diverse Rollenzuschreibungen in einigen Bereichen erschwert und in anderen stark vereinfacht. Als schwarze Frau, die im wissenschaftlichen Kontext als Autorin, Forscherin und Therapeutin in Mali tätig ist, ist man spezifischen Projektionen ausgesetzt, die sich entweder als günstige Faktoren für den Forschungsprozess erweisen oder ungünstig sind. Für jemanden, der wie ich lange Zeit im Bereich transkulturelle Psychotherapie, Psychiatrie und Versorgung, interkulturellen Bildungsprozessen tätig war und spezifische kulturelle Besonderheiten z.B. des Landes Mali kennt, waren gewisse Regeln, die in der Interaktion mit Maliern und Malerin zu beachten sind, vertraut. In Mali ist es noch sehr selten, dass eine (unverheiratete) Frau eine Untersuchung im psychiatrischen Kontext durchführt, da diese 'gefährliche Domäne' aus Sicht vieler Malier und Malierinnen vorbehaltlich auch aufgrund religiöser Gründe und zahlreichen Stigmatisierungen Männern vorbehalten ist. Die noch geringe Frauenquote im psychiatrischen Feld ist deshalb bestimmten traditionellen Regeln im Umgang mit Kollegen und Kolleginnen unterworfen.

Durch die Migrationserfahrung vieler Patienten und Patientinnen waren sowohl Offenheit und das Interesse an der spezifischen Forschungsfrage gegeben, da viele der Patienten und Patientinnen/-innen direkt motiviert waren, ihren Beitrag für eine Verbesserung der Situation von Migranten und Migrantinnen und Versorgungssituation in Mali zu leisten. Einige unserer Patienten wiesen bereits Migrationserfahrungen auf und waren schon aufgrund dieser Tatsache interessiert sich mit Wissenschaftlern aus Deutschland zu Unterhalten. Im Rahmen eines solchen qualitativen Forschungsvorhabens wird den Forscherinnen und Forschern oftmals bei der Interpretation der Daten eine positive kulturelle Verzerrung vorgeworfen. Die im Rahmen der qualitativen Untersuchung entstandenen Codierungen und Interpretationen wurden aus diesem Grund innerhalb unseres Forschungskolloquiums an der FU Berlin im ständigen Versuch im Kolloquium überprüft, um dem Kriterium der kommunikativen Validierung nachzukommen.

### **7.5.5 Kohärenz**

Die Frage nach der Kohärenz im Forschungsprozess beschäftigt sich mit der im gesamten Forschungsprozess aus dem Datenmaterial entwickelten möglichst widerspruchsfreien Theorie. Diese Theorie sollte immer offengelegt werden, kritisch betrachtet und reflektiert werden und in sich konsistent sein (vgl. Steinke, 1999, S. 239).

### **7.5.6 Relevanz**

Bei diesem Gütekriterium soll überprüft werden, welchen praktischen Nutzen die wissenschaftlichen Fragestellungen und die daraus entwickelte Theorie haben. Die Fragestellungen dieser vorliegenden Dissertation sind relevant für die Behandlung von Menschen aus westafrikanischen Ländern und der Diaspora sowie für die entsprechenden behandelnden Experten und Expertinnen. Die Praktische Relevanz zeigt sich auch in einer Integration unserer Ergebnisse in Ausbildungsinhalte im Rahmen der Supervision von Therapeuten und Therapeutinnen. Sie leistet in diesem Sinn einen wichtigen Beitrag für die diagnostische Abklärung von psychotischen Symptomen und die psychosoziale Versorgung im Sinn erweiterter Behandlungsperspektiven und einer Anti-Stigmatisierung von psychotischen Patienten und Patientinnen. Das Wissen über subjektive Konzepte westafrikanischer psychotischer Patienten und Patientinnen und Behandlungsmethoden ermöglicht ein verbessertes Verständnis des Konzepts Schizophrenie in unterschiedlichen Kulturen und betont die Relevanz einer kultursensiblen Herangehensweise (vgl. Steinke, 2009).

### **7.5.7 Reflektierte Subjektivität**

„Unter der reflektierten Subjektivität versteht man ein Gütekriterium der qualitativen Forschung, welches die Rolle des Forschers als Subjekt und Teil der untersuchten sozialen Welt reflektiert“ (Steinke, 2009, S. 120). Dieses Kriterium wurde durch zwei Faktoren erfüllt: Zum einen Bestand für die Autorin als eine in Deutschland aufgewachsene wissenschaftliche Forscherin und Therapeutin mit malischen Wurzeln die ständige Reflexion ihrer Forschungsrolle im Feld sowie die Beziehung zum Untersuchungsgegenstand und den erforschten Subjekten in ihrer sozialen Wirklichkeit.

Die persönlichen Voraussetzungen für die Konzeption einer kultursensitiven wissenschaftlichen Studie spielen neben den theoretischen Aspekten der Forschung eine entscheidende Rolle in der qualitativen Forschung. Durch ihren dreimonatigen Aufenthalt in Mali im psychiatrischen Dorf, bei dem die Autorin teilweise am Alltag der Patienten und Patientinnen und Angehörige partizipieren konnte, wurde sie als klinische Psychologin mit malischem Migrationshintergrund als Teil der untersuchten sozialen Welt integriert. Es bestand ein positives Vertrauensverhältnis der Patienten und Patientinnen und Angehörige sowie deren Angehörigen, die Bereitschaft zeigten, die Forschungsfragen bezüglich der Ausgestaltung psychotischer Symptome und deren Behandlung in Mali gemeinsam zu ergründen. Deshalb entschlossen sich alle Patienten und Patientinnen und Patientinnen, welche stationär in der Universitätsklinik Pont G aufgenommen waren dazu, an der Erhebung teilzunehmen. Die Patienten und Patientinnen und Angehörigen begegneten der Autorin dieser vorliegenden Dissertationsarbeit mit viel Respekt und Neugierde in Bezug auf das Forschungsthema und nahmen sie als transkulturelle Expertin der Thematik wahr.

Darüber hinaus wurden die Richtlinien der Ethikkommission für Psychologie (2006) beachtet, die in nachfolgender Tabelle vorgestellt werden. Es werden sechs Faktoren benannt, die für eine adäquate wissenschaftliche Praxis notwendig ist, wie z. B. Regeln einer guten wissenschaftlichen Praxis, der Aspekt der Gerechtigkeit und der Verantwortung gegenüber den befragten Personen, Wichtigkeit Patienten und Patientinnen über Inhalt und Forschungsvorhaben zu informieren. Der weiteren Aspekte welche sich auf gute Beurteilungskompetenzen der Forscher, sowie der Haltung im Sinne des Vorhandenseins eines allgemeinen Respekts und vor allem sich der Grenzen der Forschung bewusst zu werden.

## PRINZIPIENRICHTLINIEN DER ETHIKKOMMISSION FÜR PSYCHOLOGIE (2006)

RESPEKT FOR AUTONOMY	INFORMED CONSENT	Die freiwillige, informierte Zustimmung zu einem Forschungsvorhaben setzt voraus, dass dem Teilnehmer alle Informationen hinsichtlich Inhalt, Ziel und Konsequenzen der Studie mitgeteilt wurden und er frei entscheiden darf, ob er teilnehmen möchte.
NONMALEFIENCE	VERANTWORTUNG	Anderen darf weder physischer noch psychischer Schaden zugefügt oder verursacht werden. Das Wohlergehen, die Sicherheit und die Gesundheit der betroffenen Personen müssen sichergestellt sein
	GRENZEN DER FORSCHUNG	Forschende müssen sich der Grenzen ihrer Forschungsmethoden sowie der möglichen Schlussfolgerungen aus ihren Ergebnissen bewusst sein
	BENEFIENCE	Forschende müssen nicht nur über entsprechende fachliche, sondern darüber hinaus über Abwägungs- und Beurteilungskompetenzen auch in ethischer Hinsicht verfügen.
	ALLGEMEINER RESPEKT	Forschende sollen gegenüber den Teilnehmenden eine wertschätzende und respektierende Haltung einnehmen und diese in ihren Handlungen zum Ausdruck bringen.
JUSTICE	GERECHTIGKEIT	Forschende sollen sich im Umgang mit Teilnehmern um eine gerechte Behandlung bemühen, die nicht die Angehörigen einer Gruppe (z.B. Versuchsgruppe) gegenüber einer anderen bevorzugt.
REGELN GUTER WISSENSCHAFTLICHER PRAXIS		Die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis umfassen allgemeine Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit, wie a) die Arbeit lege artis. b) die Dokumentation der Resultat. c) das konsequente Anzweifeln aller Ergebnisse sowie d) die Wahrung strikter Ehrlichkeit im Hinblick auf die Beiträge von Partnern, Konkurrenten und Vorgängern.

Abbildung 9 Ethikkommission nach Dressing & Pehl (2011)

## **7.6 Überlegungen eigener Kriterien qualitativer Forschung**

Im Rahmen dieser bereits diskutierten Kriterien qualitativer Forschung, haben einige Autoren die Meinung, dass eine Entwicklung eigener Kriterien qualitativer Forschung eine Bereicherung des Untersuchungsdesigns darstellen können. (vgl. Steinke, 2009). Die Autorin dieser Disserationsarbeit setzt sich zum Ziel, diesen methodischen relevanten Forderungen durch nachfolgend genannte neue Vorschläge nachzukommen. Sie empfiehlt dabei zukünftig eine Anwendung des Kriteriums einer inhaltlich zweiten Validierung durch das Forschungssubjekt, Unabhängige Transkriptionszeiträume.

### **7.6.1 Inhaltlich zweite Validierung durch Forschungssubjekt**

Darunter versteht sich, dass Untersuchte Subjekte nach einem zeitlich definierten weiteren Untersuchungszeitraum, ihre transkribierten Interviews vorgelegt bekommen, um diese in einer Art zweiten inhaltlichen Validierung durch spontan Äußerungen zu ergänzen. Dadurch sind zum einem neue Daten generierbar und zum anderen ist eine Rücküberprüfung bereits vorhandenen Datenmaterials und Modifizierung möglich. Auf diese Weise erhofft sich die Autorin eine Beeinflussung und situative Verzerrung durch Interviewerio und Übernahme von Konzepten dritter Personen zu minimieren.

### **7.6.2 Veränderung durch Sprache**

Dieses Kriterium qualitativer Forschung überprüft inwieweit, eine Veränderung der Sprache zu gleichen Ergebnissen und Konzepten führt. Dazu müssen Übersetzungen des Datenmaterials in verschiedenen Sprachen erfolgen und transkribiert und ausgewertet werden.

### **7.6.3 Unabhängige Transkriptionszeiträume definieren**

Dieses Kriterium ist im Rahmen lang andauernden Projekte anzuwenden und betont dabei unabhängige Transkriptionszeiträume durchzuführen, um auf diese Weise eine Veränderung der Konzepte des Interviewers und der Befragten zu verifizieren.

#### **7.6.4 Empowerment durch Forschungsteam**

Eine obligatorische Verpflichtung Empowerment durch Forschungsteams und entsprechende Trainingsmaßnahmen durchzuführen ist im Rahmen Stigmatisierender Forschungsgegenstandes unerlässlich und dient dem Erhalt der Gesundheit von Forscherinnen und Forschern. Die Stigmata Gefahr in der Rolle des Forschenden ist ernst zu nehmen.

## 7.7 Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerung

Der Ausgangspunkt dieser Untersuchung lag in der praktischen Kenntnis, dass es in der psychiatrischen-therapeutischen Praxis nach mehreren Studienergebnissen zu immer häufigeren Fehldiagnosen bei Migranten und Migrantinnen aus westafrikanischen Ländern kommt. Auf dieser Grundlage wurden in der vorliegenden Dissertationsarbeit die subjektiven Krankheitskonzepte von westafrikanischen Patienten und Patientinnen und Experten und Expertinnen innerhalb eines gemeindepsychiatrischen Behandlungskontextes aus einem psychologisch-kulturanthropologischen Blickwinkel wissenschaftlich untersucht. Dieser Zugang ermöglichte es zum einen, Aussagen über die subjektiven Krankheitsvorstellungen der Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen zu machen, und zum anderen herauszufinden, welche Behandlungsweisen bei den Experten und Expertinnen auch im Sinn eines salutogenetischen Verständnisses in der Behandle/in-Patient/in-Dyade und den Familien der Betroffenen sowie aller weiteren Beteiligten am Genesungsprozess wirksam werden.

Mithilfe der qualitativen Inhalts Untersuchung als Forschungsansatz wurde in der vorliegenden Dissertation versucht, die subjektiven Einstellungen und Erfahrungen von Patienten und Patientinnen mit psychotischen Symptomen und ihrer professionellen Behandelnden hinsichtlich ihres Verständnisses der, Erkrankung', ihres Leidensdrucks, ihrer Verarbeitung und der Behandlungsweisen verstehbarer zu machen.

Ein leitfadengestützter Interviewfragebogen und ein halbstrukturiertes Interview wurden vor der Erhebung eigens für diese Untersuchung entwickelt und vor ihrer Anwendung erprobt. Der Fragebogen enthielt Fragen zum Umgang und zu den Vorstellungen von Patienten und Patientinnen im Alter von ca. 18 bis 70. Die halbstrukturierten Interviews wurden mit Experten und Expertinnen im Alter von 32 bis 60 Jahren zum Phänomen der psychotischen Symptome, die auf der Grundlage einer nach DSM/ICD10 diagnostizierten Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung getroffen wurden, geführt. Es wurden dazu im Rahmen dieser Forschung insgesamt 20 Personen im psychiatrischen Dorf Pont G nach Erhalt der Einverständniserklärung im Verhältnis 12:5 im Rahmen dieser Dissertation interviewt.

Alle Interviews wurden digital auf Tonband aufgezeichnet und anschließend von der Autorin transkribiert, um auf der Grundlage dieser im Feld gewonnen Daten eine "qualitativ orientierte kategoriengeleitete Text Untersuchung" (Mayring, 2010, S. 604) vornehmen zu können.

Der Auswertungsprozess wurde durch die computergestützte Auswertungssoftware Atlas TI unterstützt. Auf diese Weise konnten Textstellen extrahiert und mit 454 verschiedenen Codes versehen werden. Der Text wurde dann in Hinblick auf die Forschungsfragen explizit analysiert und die, in vivo Codes' durch einen Prozess des Paraphrasierens in Zusammenhang mit dem Textverständnis in Kategorien zusammengefasst. Darüber hinaus wurden in weiteren Schritten das Verhältnis und die Beziehung der einzelnen Kategorien untereinander analysiert und für die weitere Interpretation der gewonnenen Datenbasis herausgearbeitet. Die drei Hauptkategorien, die auf der Grundlage der herausgearbeiteten Codes und ihrer Beziehung zueinander gefunden wurden, implizieren, dass psychosoziale Faktoren wie, Tabubruch' (Kategorie 1) und, Familienkonflikte' (Kategorie 2) sowohl bei westafrikanischen Patienten und Patientinnen als auch im Rahmen unserer Experten und Expertinnen Befragungen als wichtige Faktoren der Entstehung einer Schizophrenie in Mali als Erklärungsmodelle herangezogen werden. Die befragten Patienten und Patientinnen berichteten darüber hinaus extrem häufig über externe Verursachungsfaktoren (Kategorie 3) als Entstehungsgründe für ihre Erkrankung. Dazu gehört z. B., der böse Blick' durch neidische Nachbarn, Freunde oder Verwandte und die befragten Patienten und Patientinnen distanzierten sich von sich selbst als subjektive Verursacher der Entstehung ihrer Erkrankung. Die Ergebnisse erweitern die These aus anderen Forschungsberichten, dass eine Externalisierung von Erklärungsmodellen für psychische Erkrankungen eine wichtige Rolle für die Resilienz der Patienten und Patientinnen spielt, da es weniger um das Erleben von Schuldgefühlen aufgrund ihrer Erkrankung geht, da die Verteidigung bzw. Abwehr durch den Angriff auf die psychische Gesundheit durch missgünstige Dritte (,evil eye') Widerstandsfähigkeit und auch die motivationalen Faktoren der Therapie positiv im Sinne von Resilienz Faktoren des Patienten und Patientin begünstigen (Napo et al., 2012). Die psychopathologischen Befunde bestätigten das Vorkommen der klassischen Schizophrenie-Symptome wie Gedankeneingebung und Gedankenausbreitung durch, Djinns' und, Hexen' sowie das Vorkommen von Konästhesien und befehlenden Stimmen. Zusammenfassend lässt sich die Aussage treffen, dass den subjektiven Erklärungskonzepten eine besondere Rolle zukommt. Diese bisher noch nicht im ICD-10 und DSM aufgeführten lokalen subjektiven Konzepte, wie z. B., Hakili Bana', welche den „Verlust der verlorenen Seele, des Geists, des Intellekts und der Kontrolle des Denkens“ (Napo et al., 2012, S. 47, Übersetzung der Verfasserin) charakterisieren können dort zukünftig integriert werden. Darüber hinaus die Begleitung der Angehörigen und deren enge Einbeziehung

in den therapeutischen Prozess als eine bedeutende Ressource im nachhaltigen Genesungsprozess im Sinn eines salutogenetisch förderlichen Verständnisses des gemeindepsychiatrischen Ansatzes in Mali herausgearbeitet werden. Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung ergab das 2-Faktoren-Modell der gemeindepsychiatrischen Behandlung in Mali, welches die Vorstellung der Experten und Expertinnen und der Behandelnden zusammenfasst. Demnach sollte „die moderne Medizin (Psychotherapie und Medikation) mit traditionellen Formen der Behandlung (Koteba-Therapie, Pflanzen, Heiler) verbunden werden“ (Napo et al., 2012, S. 47, Übersetzung der Verfasserin). Die Koteba-Therapie als Erweiterung des traditionellen afrikanischen Theaters und traditionelle Behandlungsform im klinischen Kontext „bricht Tabus und befähigt das Individuum, sich innerhalb der Gemeinschaft auf Ressourcen zu besinnen“ (Napo et al., 2012, S. 47, Übersetzung der Verfasserin). Es spielt sowohl im therapeutischen Kontext als auch zur Entstigmatisierung schizophrener Patienten und Patientinnen und professioneller Behandelnder in Mali, Westafrika, eine wichtige Rolle.

## 8. Literaturverzeichnis

- Ahbe, T. (1997). Ressourcen-Transformation-Identität. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Al-Krenawi, A. (1999). Explanations of mental health symptoms by the Bedouin-Arabs of the Negev. *Int Soc Psychiatry*, 45, 56-65(1999).
- ANAIIS, Bamako (2008). *La politique sectorielle de sante et de population au Mali : Ses premiers resultats*. Verfügbar unter <http://www.anaisbko.org.ml/reformes/sante.html>. [13. 12. 2012]
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Stressforscher. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 17, 112-130.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese Konzept* (S.3-14). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis)*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Au, E., Wan, W. & Chiu, C.-Y. (2013). Social and Cultural Contexts of Cognition: A Knowledge Perspective. In S. Kreitler (Hrsg.), *Cognition and Motivation: Forging an Interdisciplinary Perspective* (S. 158-172). New York: Cambridge University Press.
- Auswärtiges Amt (2012). *Beziehungen zu Deutschland*. Verfügbar unter [http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Mali/Bilateral\\_node.html](http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Mali/Bilateral_node.html) [13.12.2012]
- Baum, D. (1978). *Relative Deprivation und politische Partizipation: Sozialstrukturelle Bedingungen politischer Beteiligung*. Frankfurt am Main: Peter Lang AG.

- 
- Bauman, A.E., Rocjter, L. & Belevsla, D. (2005). Attitudes of the public towards people with schizophrenia: comparison between Macedonia and Germany. *World Psychiatry*, 4 (1), 55 - 57.
- Berg, C. & Milmeister, M. (2007). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden: Über die Kodierverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. *Historical Social Research, Supplement*, 19, 182-210.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatr.Scand* 109, 243-258.
- Bhui, K. & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *Brit J Psychiatry*, 181, 6-7.
- Birgit, U. (2009). *Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen in der Klinischen Psychologie*. Wien: Facultas. Wuv Universitätsverlag.
- Bleuer, E. (2011). *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Berlin: Springer.
- Bleuer, E. (1911). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer Verlag.
- Blumhagen, D. (1981). On the nature of explanatory models. In R. Reidel (Hrsg.), *Culture, Medicine and Psychiatry*, (S.337-437). Dordrecht, Holland, Boston: R Publishing.
- Borgert, S. (2013). *Resilienz im Projektmanagement: Bitte anschnallen, Turbulezen! Erfolgskonzepte adaptiver Projekte*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Callard, F., Sartorius, N., Arbodela- Florez, P. & Barthellt, J. (2012). *Mental illness Discrimination and the law: Fighting for social Justice*. Chiester, UK: Willey-Blackwell.
- Callan, A. & Littlewood, R. (1998). Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry*, 44 (1), 1-11.
- Cantor-Grae, E. & Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and Migration. A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry* 162, 12-24.

- 
- Carothers, J.C. (1951). Frontallobe function and the African. *J Menti Sei*, 7, 122-48.
- Christeiner, S. (1999). *Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit: subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachenattributionen von Laien*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Cochrane, R. & Bai, S. (1989). Mental hospital admission of 1971 and 1981. *Soc Psychiatry*, 24, 2-11.
- Copeland, J.R.M. (1968). Aspects of mental illness in West African students. *Soc Psychiatry*, 3, 7-13.
- Collatz, J. (Hrsg.) (1992). *Was macht Migranten in Deutschland krank?: Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg: Rissen.
- Collatz, J. (2001a). Kernprobleme des Krankseins in der Migration-Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle* (S. 33-58). Frankfurt am Main: Psychiatrie Verlag.
- Collatz, J. (2001b). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In T. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 52-63.) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Copeland, J. R. M. (1968). Aspects of mental illness in West African students. *Soc Psychiatry*, 3, 7-13.
- Coulibaly, M. (1988). *Approche Clinique d'une Nosologie Traditionnelle. Le Jinebana*. These non publiee. Ecole National de Medecine et de Pharmacie, Mali.
- Daniah, N. (2010). *Vergleich von subjektiven Krankheitskonzepten schizophrener Patienten aus Deutschland und Jordanien. Eine interkulturelle Studie*. (Dissertation). Bonn: Rheinische Universität.

- 
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (2002). Warum bin ich krank? Subjektive Krankheitsursachen-Vorstellungen türkischstämmiger und deutscher Patienten im Vergleich. In: Dankwart, M.V., Hertel, G. & Büring, S. (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik* (S. 274-280). Frankfurt: VAS-Verlag für Akademische Schriften.
- De Noray, M.L. (1997). Mali du Koteba traditionneUe au théâtre utile. *Politique Africaine*, 66, 134-139.
- Devereux, G. (1967). *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*. Paris: Mouton & Co.
- Devereux G. (1974). *Normal und abnormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Dolo, M. (2007). Problematique du systeme d"accompagnement des malades mentaux dans le service de la psychiatrie de L'hôpital du point G. (These) (S. 1-20). Mali: Academic Press.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2011). Praxisbuch Transkription. In T. Dresing (Hrsg.), *Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative Forscherinnen*, (S. 15-19). Marburg: Eigenverlag.
- dtv-Lexikon (2006). *dtv-Lexikon in 24 Bänden*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Eckert, A. (2007). Das Paris der Afrikaner und die Erfindung der Negritude. Themenportal Europäi- sche Geschichte. Verfügbar unter [http://www.europa.elionline.de/Portals/Eu-ropa/documents/fska/E\\_2005\\_FS4-06.pdf](http://www.europa.elionline.de/Portals/Eu-ropa/documents/fska/E_2005_FS4-06.pdf) [20.3.2012]
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitskonzepte bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Z. Klin Psychol Psych*, 45, 264-278.
- Faltermaier, T. (1991). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkun- gen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In Wydler, H. et al. (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl Grundlagen. Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. (S.305-308). München: Weinheim.

- 
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In Marschalck, P. & Wiedl, K.H. (Hrsg.). *Migration und Krankheit*. (S. 93-112). Osnabrück: Universitätsverlag.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees-systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2008). Eine Einführung. Wiesbaden: *Triangulation*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fomba, S. (2011). Comparative study of the primary healthcare system in Mali. Verfügbar unter <http://www.ajol.info/index.php/safp/57549>. [30.1.2012].
- Franz, M., Lujić, C., Koch, E., Wüsten, B., Yürük, N. & Gallhofer, B. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatr Prax*, 34, 332-338.
- Gaehni, Z. (1999). *Krank in der Fremde – Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken*. Frankfurt am Main: VAS Verlag.
- Gehard, W., Lauth, A. & Viebbahn, P. (1987). *Soziale Isolierung. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*. Weinheim. Psychologie-Verlags-Union.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- 
- Goffman, E. (1974). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Göttler, G., Baur, T. & Wodtcke (2000). *Westafrika Band 1: Sahelländer*. Hohenthann: Reise Know-How Verlag.
- Grabert, A. Verfügbar unter: Kohärenzgefühl.pdf [www.asfberlin.eu/hsl/freedocs278/Salugenese-Kohaerenzgefuehl.pdf](http://www.asfberlin.eu/hsl/freedocs278/Salugenese-Kohaerenzgefuehl.pdf).
- Haasen, C, Kleinemeier, E. & Yagdiran, O. (2004). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In Assion, H. J. (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit. Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen*. (S.145-153.) Berlin: Springer Verlag.
- Haasen, C., Lambert, M, Yagdiran, O. & Krausz, M. (1997). Psychiatric disorders among migrants in Germany: Prevalence in a psychiatric clinic and implication for services and research. *Eur Psychiatry*, 12, 305-310.
- Haasen, C., Yagdiran O. & Lambert, M. J. (2000). *Psychose*. In Haasen, C. & Yagdiran, O. (Hrsg.), *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Haasen, C., Yagdiran, O. & Maß, R. (2001). Differenzen zwischen psychopathologischen Evaluationen in deutscher und türkischer Sprache bei türkischen Migranten. *Der Nervenarzt*, 71(11), 901-905.
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A Meta analytic review of the common sense model of illness representations. *Psychol Health*, 18 (2).141-184.
- Hardon, A., Hodgkin, C. & Fresle, D. (2004). How to investigate the use of medicines by consumers. *World Health Organization and University of Amsterdam*, 1-69.
- Heesen, B. (2014). *Wissenschaftliche Arbeiten schreiben mit Word 2013*. Nürnberg: Prescient.

- 
- Heinz, A. (1998). Colonial practices in the construction of the schizophrenic patient as a primitive man. *Critique of Anthropology*, 18, 421-44.
- Heinz, A. (2006). Die Konzeptionen des "Selbst" im kulturellen Vergleich. In Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie-interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. (S. 387-390.) Berlin: Springer Verlag.
- Heinz, A. (2014). *Der Begriff psychische Gesundheit*. Berlin: Suhrkamp.
- Heinz, A., Napo, F., Kluge, U., Wohlfart, E., Penka, S. & Schouler-Ocak, M. (2009). Migration und seelische Gesundheit: Kommen Migranten und Migrantinnen in 2 Klassen? In Nickel-Weller, C. (Hrsg.), *Health care der Zukunft* (S. 21-29). Berlin: Medizinische Wissenschafts Verlagsgesellschaft.
- Heimchen, H. (2012). Ethics of clinical research of mentally ill persons. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 442-452.
- Hilgers, M. (2001). Minderwertigkeitsgefühle, Scham und ihre Kompensation bei stationärer und ambulanter Gruppenpsychotherapie. In G. Lehmkuhl (Hrsg.), *Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppenpsychotherapie* (S. 182-199). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hilgers, M. (2006). Scham - die verborgene Dimension in Supervision und Beratung. *Forum Supervision*, 28, 51-64.
- Holzmann, T. H., Volk, S., Georgi, K. & Pflug, B. (1994). Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. *Psychiatrische Praxis*, 21(3), 106-108.
- Horvath, C. (2002). Stigma- Erfahrungen aus erster Hand. *Neuropsychiatry*, 16, 26-27.
- Hook, D. (2004). *Critical Psychology*. Landowne. South Africa: UCT Press.

- 
- Holzinger, A. Löffler, W. & Priebe, S. (2002). Subjektive Illness Theory and antipsychotic Medication Compliance by Patient with Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190, (9), 597-603.
- Hücker, F. (2014). Lebenserfahrung und Widerstandsressourcen. *Sozial Extra*, 38, 12-15.
- Hügel-Marshall, I. (1998). Schwarze- Klientinnen in Therapie und Beratung bei weißen Therapeutinnen. In Castro Varela, M. D. M.; Schulze, S. Vogelmann, S. & Weiß, A. (Hrsg.), *Suchbewegungen*. (S.109-116). Tübingen: dgvt.
- Hunsley, J. & Mash, E. J. (2008). *A guide to assessments that Work*. Oxford: Academic Press US.
- Igwe, L. (2012). Towards a sceptical Legos. Verfügbar unter <http://saharareporters.com/article/towards-skeptical-lagos-leo-igwe> [ 30.5.2012].
- Ikwuagwu, O. A. (2006). Initiation in African Traditional Religion: a systematic symbolic analysis, with special reference to aspects of Igbo religion in Nigeria. (Dissertation). Würzburg: Universitätsverlag Verfügbar unter <http://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/volltexte/2006/2000/> [30.8.2013].
- Inem, V. A., Ayankogbe, O. O. & Lapiooo, M. M. A. (2004). Conceptual and contextual paradigm of the family as a unit of care. *Nig Med Pract*, 45(1), 9-12.
- Kahraman, B. (2000). *Die kultursensible Therapiebeziehung: Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten*. (S. 45-46.) Gießen: Psychosozialverlag.
- Kamate, Z. (2009). *Etude des troubles psychiatriques chez !es emigres dans Je Service de Psychiatrie du chu Point G*. Faculte de medicine et pharmacie. (These). Mali: Academic Press.
- Karlsen, S., Nazroo, J. Y., McKenzie, K., Bhui, K. & Weich, S. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychol Med*, 35(12), 1795-1803.
- Kay, S. R. & Fiszbein, A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schiz Bull*, 13(2), 267-76.

- 
- Kleinmann, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: Verlag
- Kleinmann, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: from Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Ki Zerbo, J. & Niane, D.T. (1993). *Die Geschichte Schwarzafrikas*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ki Zerbo, J. & Niane, D.T. (1997). *Africa from the Twelve to the Sixteen Century*. UNESCO, General History of Africa. New York: University of California Press.
- Koch, E. (1998). Wahn und Entwurzelung- Fallbeispiele aus der Klinik. In D. Kiesel & H. Lüpke (Hrsg.), *Vom Wahn und vom Sinn. Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Koch, E. Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. *Psychosoziale Umschau* 1/99, 10-12.
- Kora, K., Özek, M. & Baral, I. (1998). Ein Beitrag zum Thema der wahnhaften Depressionen (mit Fallbeispielen aus der Türkei). In E. Koch, M. Özek, W. M. Pfeiffer, R. Schepker, (Hrsg.), *Chancen und Risiken von Migration- Deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.
- Koumare, B. (1998). Traditionset maladie mentale. In B. Koumare (Hrsg.), *Actes du 1er Colloque de la psychiatrie transculturelle sur le theme. Croyances et Sante mentale*. (S.65-67). Nouakchott: Colloque Press.
- Koumare, B., Coudray, J. P. & Garcia, E. (1989). Der psychiatrische Dienst in Mali. Überlegungen zur Unterbringung von chronischen psychiatrischen Patienten bei traditionellen Heilkundigen. *Curare*, 12, 145-52.
- Kowal, S. & O' Conell, D. (2007). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. überarbeitete Aufl., S.437-447). Reinbeck: Rowohlt.

- 
- Kurasha, J. (2007). Der Stellenwert des Personenbegriffs in der afrikanischen Philosophie. *Zeitschrift für Philosophie und Kultur*, 1, 1-23.
- Lambo, A. (1955). The role of cultural factors in paranoid psychoses among the Youruba tribe. *The Journal of Mental Science*, 101, 239-66.
- Larcher, M. (2010). Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring. Überlegungen zu einer QDA- Software unterstützten Anwendung. Verfügbar unter <http://www.wiso.ac.at/h731Publikationen.html> [16.10.2011].
- Leferink, K. (1997). Sympathie mit der Schizophrenie: Die Moderne und ihre psychische Krankheit. In M. Zaumseil & K. Leferink (Hrsg.), *Schizophrenie in der Moderne-Modernisierung der Schizophrenie* (S.83-144). Bonn: Narrenschiff im Psychiatrieverlag.
- Leighton, D. C., Harding, J. S., Macklin, D. B., Hughes, C.C. & Leighton, A.H. (1963). Psychiatric findings of the Stirling Country Study. *Am J Psychiatry*, 119, 1021-6.
- Leventhal Valurne IV: *Social Psychological Aspects of Health*. (S. 219-252). New Jersey: Erlbaum.
- Leventhal, H, Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum & S. E. Taylor (Hrsg.), *Handbook of Psychology and Health Valurne IV: Social Psychological Aspects of Health*. (S.219- 252), (13). New Jersey: Erlbaum.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Linden, M. (1918). Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiat Prax*, 12, 8-12.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S. Napo, F. & Heinz, A. (2008): Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med*, 58 (3-4), 123-9.
- Lloyd, K. R., Jacob, K. S. & Patel, V. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine*, 28, 1231-1237.

- 
- Loncarevic, M. (2001). Migration und Gesundheit. In D. Domenig (Hrsg.), *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe* (S. 65-86). Bern: Hans Huber.
- Lux, T. (2001). Zur Entstehung des medizinanthropologischen Krankheitsbegriffs. *Curare*, 24, (1+2), 19-31.
- Mayring, P. (2000a). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Forum Qualitative Sozialforschung 1 (2). Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/fqs> [21.10.2010].
- Mayring, P. (2000b). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 468- 475). Reinbek: Rohwohlt.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (2012). Qualitative Inhaltsanalyse – ein Beispiel für Mixed Methods. *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*, 1, 27-36.
- Makanjjoula, J. & Olaifa, E. (1987). Masked depressions in Nigerians treated in at the Neuro-Psychiatrie Hospital Aro, Abeokuta. *Acta Scand*, 76, 480-501.
- Mbiti, J. S. (1991). *African religions and philosophy*. New Hamshire, USA: Heinemann.
- McCulloch, J. (1995). *Colonial Psychiatry and the African Mind*. Cambridge: Cambridge Academic Press.
- McKenzie, K. (2006). Racial discrimination and mental health. *Psychiatry*, 5(11), 383-387.
- Mehari, F. (1995). *Migration und Krankheit. Psychosoziale Bedingungen und die Therapie der Schizophrenie im Exil*. Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

- 
- Mergenthaler, E. (1984). *Die Transkription von Gesprächen: Eine Zusammenstellung von Regeln*. ZUMA 84, 01, 5-26.
- Morris, B. (1994). *Anthropology of the Self. The Individual in Cultural Perspective*. London: Pluto Press.
- Muhr, T. & Friese, S. (2012). Computergestützte Analyse qualitativer Daten. In R. Ayaß & J. Bergemann (Hrsg.), *Qualitative Methoden der Medienforschung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Murphy, H. B. M. (1987). The advent of guilt feelings as a common depressive symptom: a historical comparison on two continents. *Psychiatry*, 42, 229-249.
- Napo, F. (2008). *Eine afrikanische Perspektive der Psychologie*. Saarbrücken: VDM.
- Napo, F., Heinz, A. & Auckenthaler, A. (2012). Explanatory Models and Concepts of West African Malian patients with psychotic symptoms. *Eur Psychiatry*, 27(2), 44-49.
- Nathan T. (1986). *La Folie des Autres, Traite D'Ethnopsychiatrie Clinique*. Paris: Dunod.
- Nerenz, H. D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S.E. Taylor & J. E. Singer (Hrsg.), *Handbook of Psychology and Health* (S. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Niane, D. T. & Pickett, G. D. (1965). *Sundiata: An Epic of Old Mali [Sundiata ou Vepopie mandingue]*. London: Longmans.
- Nugubane, H. (1977). *Body and Mind in Zulu Medicine. An Ethnographic Study of Health and Disease in Nyuswa-Zulu Thought and Practice*. London: Academic Press.
- Ohaeri, J. U. & Oedjide, A. (1994). Somatization symptoms among Patients using primary health facilities in a rural community in Nigeria. *Am J Psychiatry*, 151, 728-731.

- 
- Okello, E. S. & Musisi, S. (2006). Depression as a clan illness (eyekika) an indigenous model of psychotic depression among the Baganda of Uganda. *World J P*, 60-73.
- Özek, M. (1988). Ein kasuistischer Beitrag zum Problem psychiatrischer Auffälligkeiten der türkischen Arbeitnehmer in der BDR. In A. Eris & Y. Gokelma (Hrsg.), *Migranten und Gesundheit* (S. 71-79). Bremen: Merhaba Publ.
- Parin, P. (1987). *Der Widerspruch im Subjekt. Ethnopsychanalytische Studien*. Frankfurt am Main: Syndikat.
- Patel, V. (1995). Explanatory Models of mental illness in sub-Saharan Africa. *Social Medicine*, 40, 1291-1298.
- Pfeiffer, W. M. (1967). Psychiatrische Besonderheiten in Indonesien. In N. Petrilowitch (Hrsg.), *Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Aktuelle Fragen der Psychiatrie und Neurologie*, (S.102-142). Basel: Karger Verlag.
- Pfeiffer, W. M. (1992). Probleme der Arbeitsmigranten in psychotherapeutischer Sicht. *Interkulturell*, 1/2, 113-126.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J. & Link, B. G. (1989). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr. Bull*, 24(1)115-26.
- Philips, L. J., Yung, A. R. & McGory, P. D. (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria. *Aust NZ Psychiatry*, 34, 164-169.
- Raman, A. C. & Murphy, H. B. M. (1971). The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples. *Brit J Psychiatr*, 118, 489-497.
- Ritsert, J. (1972). *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung*. Frankfurt: Athenäum.

- 
- Ritter, R., Chaudray, H. R., Aigner, M., Zitterl, W. & Strompe, T. (2010). Subjektive Krankheitsmodelle zwischen spezifischer Krankheitserfahrung und Kultur. *Neuropsychiatry* 24, 33-41.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and health. *The Lancet*, 370, 810-811.
- Sass, L. (1992). Madness and modernism. *Insanity in the Light of Modern Art. Literature and Thought*. New York: Basic Books.
- Scharfetter, C. (1999). *Schizophrene Menschen*. (5.überarb. Aufl.). München: Psych. Verlag
- Schmitz, S. (1994). Symptome schizophrener Patienten in Nigeria und Deutschland. Sozialpsychiatrische Informationen, Sonderband XIV Weltkongress für soziale Psychiatrie in Hamburg.
- Schmitz, S. (1997). Schizophrenie Symptome in Nigeria und in Deutschland- Vergleichende Untersuchung mit Darstellung des Methodenproblems. (Dissertation). Köln: Universitätsverlag.
- Schouler-Ocak, M. (2005). Traumazentrierte Psychotherapie bei Migranten zur Bedeutung kulturspezifischer Einflussfaktoren. *Journal of the Turkish- German Gynaecological Association*, 6(1), 17-22.
- Schumann, J. (2002). Kohärenzgefühl. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 267-269). Göttingen: Hogrefe.
- Schütte, W. (2007). *Gesprächsforschung-Onlinezeitschrift zur verbalen Interaktion* 8, 57-72. Verfügbar unter <http://www.gespraechsforschung-ozs.de> [11.06.2011].
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Steinke, I. (2009). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 319-330). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

- Strakowski, S. M., McElroy, S. L., Keck, P. E. & West, S. A. (1996). Racial influences in the diagnosis of psychotic mania. *Journal of Affective Disorders*, 39, 157-162.
- Stroebe, J. (2001). Sozialpsychologie. In I. Stroebe & T. Hewstone (Hrsg.), *Eine Einführung* (S. 409-428). Niederlande: Springer Verlag.
- Struening, E. I., Perick, D. A., Link, B. G., Hellmann, F., Hermann, D. & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv* 52(12),1633-1638.
- Taneli, Y., Scheuerpflug, P., Friede, H. J., Trott, G.-E. & Warnke, A. (1995). Stationäre türkische Patienten der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg: Retrospektive MAS-Auswertung einer 10-Jahresspanne (1981-1992). In E. Koch, M. Özek & W. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration – deutsch türkische Perspektiven* (S. 222-231). Freiburg: Lambertus Verlag.
- Timeoko, M. (2006). Health co- ops around the world/ Africa-Mali. Ministere de la sante du Mali, (S. 9). Bamako: SLIS.
- Tuna, S. (1998). Psychotherapie im interkulturellen Kontext. Beziehungsaufbau und Beziehungsstörung in der Psychotherapie mit Migranten. In T. Heise (Hrsg.), *Transkulturelle Psychotherapie: Hilfen im ärztlichen und therapeutischen Umgang mit ausländischen Mitbürgern*, (S.49-56). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Weinman, J., Petrie, K. J. & K. Moss-Morris, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 11, 431-445.
- Weiss, M. (1997). *Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for comparative study of illness*. *Transcultural psychiatry*, 34(2), 235-263.
- WHO statistic- Core health indicators. (2007). Verfügbar unter [http://www.who.int/whosis/database/core/core\\_select.cfm](http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm),viewed 11/2007. [ 10.1.2012].

- 
- Williams, B. & Healy, D. (2001) Perception of illness causation among. New referrals to a Community Mental Health team: Explanatory Models or Explanatory Map? *Social Science and Medicine*, 53,446-467.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In Jütteman, G.H. (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie*, (S. 227-252). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung – Theories, Methods, Applications*, 1(1), 1-9.
- Wohlfart, E. (2007). Reflektierte Integration-Transkulturelle Denkbewegungen. *Psych Prax*, 34, 317-319.
- Wohlfart E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und Transkulturelle Praxis. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S.143-167). Heidelberg: Springer Verlag.
- Wohlfart, E., Kluge, U. & Napo, F. (2009). Ethnopsychiatrische Differentialdiagnostik psychotischer Phänomene. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18,140-150.
- Zaumseil, M. (2006). Der alltägliche Umgang der Schizophrenie in Zentraljava. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Lehrbuch Transkulturelle Psychiatrie-interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 333- 360). Heidelberg: Springer Medizin.
- Zaumseil, M. & Leferink, K. (1997). *Schizophrenie in der Moderne- Modernisierung der Schizophrenie*. Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.

---

## Anhang A Transkriptionsleitfaden

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, dann wird der Dialekt beibehalten, z. B.: "Ich gehe heuer auf das Oktoberfest."
2. Wort- und Satzabbrüche werden mit markiert: "Ich habe mirSorGedanken gemacht." Wortdoppelungen werden immer notiert.
3. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftbild im Deutschen angelehert. Beispielsweise wird aus "Er hatte noch so'n Buch genannt" wird zu: "Er hatte noch so ein Buch genannt" und "hamma" wird zu "haben wir". Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: "Ich bin nach Kaufhaus gegangen."
4. Die Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt oder ein Komma gesetzt. Dadurch sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht "(.)" flir ca. eine Sekunde, "(..)" flir ca. zwei Sekunden, "(...)" flir ca. drei Sekunden und "Zahl" für mehr als drei Sekunden. Fülllaute des Interviews ("mmh", "ja aha", "hm") Alle Äußerungen des Befragten werden transkribiert. Dies bedeutet auch Fülllaute wie "mhm" und "hm".
6. Verständnissignale und Fülllaute des Interviews ("ja aha", "hm" etc. "mmh" etc.) werden teilweise nicht transkribiert. Alle Äußerungen des Befragten werden transkribiert. Dies bedeutet auch Fülllaute ("mmh" und "hm").
7. Eine Antwort, bestehende nur aus "mmh" ohne jegliche weite Ausföhrung, wird als "mmh (bejahend)" oder "mmh (verneinend)" erfasst, je nach Interpretation.

- 
8. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNGEN gekennzeichnet.
  9. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Die Absätze sind jeweils durch eine Leerzeile voneinander getrennt. Auch kurze Einwüfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Zumindest am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt, beispielsweise:

B: Ich habe es dort# 00:02:05-3#

I: Wo genau? #00:02:05-9#

B: gekauft. Im Kaufhaus um die Ecke.

10. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie ein Lachen oder ein Seufzer), werden, wenn sie benutzt werden, in Klammern notiert.
11. Unverständliche Wörter werden mit "(unv.)" gekennzeichnet. Für längere unverständliche Passagen solle möglichst die Ursache notiert werden "(unv., Handystörgeräusch)" oder "(unv., Mikrophon rauscht)". Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, ob man richtigliegt, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z B.: "(Xylome-thanoloin?)". Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
12. Sprecherüberlappungen werden mit "/" gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfs folgt ein "/". Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser "/" und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit "/" gekennzeichnet, z. B.

B: Ich bin arbeitslos geworden //als unsre Firma/

I: //Wann war denn das? //

B: Pleite ging. Vor vier Monaten war das.

13. Die interviewende Person wird durch ein "I", die befragte Person durch ein "B" gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z. B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel "B" eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z. B. "B1: "Peter:").
14. Die 13. Regel wurde von Autorin aufgrund Arbeitsökonomischen Gründen folgend modifiziert,  
**I =Befragte Person I=Interviewer Befrager**
15. Parallel ablaufende Handlungen und nichtsprachliche Vorgänge, die das Interview unterstützen, wie beispielsweise Tippen auf einer Tastatur "(tippen)", Notieren mit einem Stift "(schreiben)", Drucken "(drucken)" werden in Klammern beim Einsatz als Bemerkung notiert.
16. Die Transkription wird als Rich-Text-Format-Datei (RTF-Datei) gespeichert, die entsprechend des Audiodateinamens benannt wird (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: "Interview\_04022011.rtf" oder "interview\_schmitt.rtf".
17. Anonymisierungen nimmt der Auftraggeber/die Auftraggeberin vor.

<i>/</i>	Wort und Satzabbruch
(.)	Pausen einer Länge von 1 sec von 2 sec von 2 sec
(..)	
(...)	
(Zahl)	Pause Länge als Zahl in Sekunden
SICHER	Besondere Betonung
I: ...//...//	Sprecherüberlappung der gleichzeitig gesprochenen Text liegt innerhalb der //
(lachen), (seufzen)	Charakterisierung von nonverbalen Äußerungen, die die Aussagen unterstützen; steht vor der entsprechenden Stelle
(tippen), (geht raus), (drucken), (Video)	Charakterisierung von ablaufenden Handlungen und nichtsprachlichen Vorgängen; steht vor der entsprechenden Stelle
(unv.) #Zeitmarke# Unv. Handystörgeräusch) #Zeitmarke#	Unverständliche Äußerung
(Marburg?)	Vermuteter Wortlaut
Verschiedene Änderungen von Autorin vorgenommen	

## Anhang B Klinikakte

MINISTERE DE LA SANTE  
NATIONALE DU POINT G

REPUBLIQUE DU MALI HOPITAL  
Un Peuple- Un But- Une Foi

SERVICE DE PSYCHIATRIE

.....000.....

.....000.....

SERVICE DE PSYCHIATRIE

### DOSSIER CLINIQUE

.....000.....

No: .....

DATE D'ENTREE: .....

DATE DE SORTIE:

NOM : ..... PRENOM : .....

AGE: ..... SEXE: ..... FRATRIE: .....

ETHNIE : .....PROFESSION : .....

RELIGION: .....

ORIGINE FAMILIE : .....

LIEU ENFANCE : .....

LIEU ECLOSION TROUBLES : .....

ADRESSE PERMANENTE.....

SITUATION MATRIMONIALE : Celibataire/...../Marie(e)...Veuf(ve) /Divorce(e)/.../.....Union  
.....Libre/...../Separe(e)/... /Autre/...../..... à precise

NOMBRE DES COEPOUSES : .....

NOMBRE DES ENFANTS : .....

NIVEAU DE SCOLARISATION: .....

---

**MODE DE PLACEMENT :** .....

**ASSENTIMENT A L'HOSPITALISATION :** .....

**DATE DE L'HOSPITALISATIONS ANTERIEURES:** .....

Entree : .....Sortie : .....

Le malade a-t-il suivi un traitement traditionnel ?

Si oui lequel ?.....Resultat : .....

Adresse du ou des guérisseurs: .....

Diagnostiques évoqués par les traditionnels praticiens :

Circuit thérapeutique.....

---

## **Anhang C Leitfragebogen und Fragenliste**

1. Wie ordnen Sie Ihre Erkrankung in Ihre Lebensgeschichte ein? (Biografie)
2. Haben Sie sich jemals einen Verantwortlichen für dieses Leiden gesucht? (Schuld)
3. Welche Dinge im Leben bereiten Ihnen Angst/Freude? (Ressourcen/aversive Faktoren)
4. Kennen Sie jemanden aus Ihrem Kulturkreis, der die gleiche Erkrankung hat wie Sie?
5. Wie hat Ihre Familie auf ihre Erkrankung reagiert? (zirkuläres Rekonstruieren)
6. Was wurde Ihnen von Ihren Familienmitgliedern geraten? (Familie)
7. Was bedeutet für Sie Krankheit, was bedeutet für Sie Gesundheit?
8. Wie erklären Sie sich selbst Ihre Erkrankung? (Subjektive Konzepte)

---

## ANHANG D Fragenliste

Wie sieht denn die maskierte Depression aus?

Respondieren Sie denn auf eine antidepressive Medikation oder Neuroleptika?

Welche Diagnosen behandeln Sie hier?

Gibt das auch Besonderheiten im Ausdruck von Schizophrenie?

In Deutschland wird großer Wert gelegt, auf bestimmte Symptome, wie dass die Leute die Gedanken lesen können oder Gedanken kontrollieren können. Gibt es das auch hier?

Spielt das Gefühl kontrolliert zu werden eine Rolle?

Haben das depressive und schizophrene Patienten und Patientinnen?

---

## **ANHANG E Falluntersuchung und Auswertungsbeispiel**

### **Falluntersuchung 01 Ich war öfters verängstigt und aufgeregt**

- 1 I Ich weiß nicht, warum man mich hierhergebracht hat, da ich nicht krank bin. Man  
2 I hat mich ins Auto gesetzt und ich wusste gar nicht, wo wir hingehen. Seit eini  
3 I genJahrenschon verstehe ich mich nicht mehr mit meinem Mann, weil er  
4 I mich nicht schätzt. Er schlägt mich, er kümmert sich nicht um die  
5 I Kinder und er bezahlt mir kein Geld für den Haushalt und er besucht mich  
6 I auch nicht. Sein bester Freund, der weiß darüber Bescheid.  
7 I Dann habe ich in diesem Jahr einfach beschlossen, mit meinen Kindern in die  
8 I Familie meines Vaters zurückzugehen. Bei meinem Vater angekommen  
9 I hat man mich dann in einem Raum mit den anderen untergebracht. Und in diesem  
10 I Zimmer hatte ich große Angst, ich war öfters verängstigt und aufgeregt.  
11 I Und öfters waren auch die Sitzecken sehr schmutzig und man hat "Dabal i" in  
12 I meine Toilette gemacht. Da hatte ich Angst, und mußte dann das Zimmer verlasse.,  
13 I Heute Abend hat man die Haare meiner Tochter geflochten und meine  
14 I Tante sind waren verbal aggressiv mit mir und haben gesagt, dass verrückt sei.  
15 I Ich habe denen auch schlimm zurückgeantwortet  
16 I Danach haben sie dann gesagt, ich hätte sie mit meinen  
17 I Worten beleidigt.

## Falluntersuchung 02 Die Konzeptionen von früher gilt es halt zu transformieren

### Ist das in Ordnung für Sie wenn ich das Gesagte mitschneide

- 1 I ... (Lacht) Na solange ich es weiß, ist es ja in Ordnung, wenn nicht ... (lacht),  
 2 I Dann wäre das natürlich eine falsche Teilnahme.  
 3 I Warum, sagen Sie, es sei problematisch.....?  
 4 I Wenn wir hier eine ethnopsychoanalytische Behandlung einführen  
 5 I .....würden, ... dann ginge das nicht, da wir ja aus so viel  
 6 I verschiedenen Ethnien kommen, da hätten wir Probleme hier unsere Leute zu  
 7 I behandeln. Der eine ist Sorei, Bambara, Senoufo .....Es ist  
 18 I nicht die gleiche Kultur. Aber alle, die hierherkommen, ob die aus Frankreich,  
 19 I Guinea, Senegal oder auch Côte d'Ivoire, Mauretaniien. Wir können hier alle  
 20 I behandeln, ganz egal wo die herkommen, auch aus ganz Mali.  
 21 I In Europa glaube ich, dass der Begriff "Rasse" ein sehr problematischer ist  
 22 I und die Konzeption von Ethnie etwas weniger problematisch  
 23 I ist.... (Lacht) ... Ähm, die psychoanalytische Tradition mag ich nicht, in Be-  
 24 I zug auf die Entwicklungstheorien über den analen oder oralen Phasen, der  
 25 I menschlichen Entwicklungen. Die Vorstellungen gibt es immer noch in der  
 26 I Bevölkerung, dass es anale und orale Kulturen gibt ... das ist eine  
 27 I 18 problematische Idee..... /  
 28 I 19 Idee .....  
 29 I Das Problem, also die Idee, dass die individuelle Entwicklung sich auch in den  
 30 I Kulturen wiederfindet?  
 31 I Die sprechen ja über die einzelnen Phasen, orale anale, bis zur Adoleszenz  
 32 I und ich denke, dass das etwas ist, was universell ist ... äh .... aber, wenn  
 33 I man zum Beispiel so kulturelle Konzeptionen und Annahmen hat und man  
 34 I dann davon ausgeht, du entwickelst dies oder jenes, dann denkt man kann den  
 35 I nicht behandeln, weil er eine andere Konzeption hat. Aber das ist etwas ganz  
 36 I Anderes das hängt von der Zeitperiode ab. Zum Beispiel hier in Mali gibt es  
 37 I die Bambara, des viel Fetischismus machen. Wenn man die früher auf die  
 38 I gleiche Art und Weise, also mit Fetischen, behandelt hätte, dann hätte das  
 39 I funktioniert. Aber deren Kinder, von denen, die vorher auf die Therapie,(.)  
 40 I eingegangen sind, reagieren heute nicht mehr auf Fetische und Aberglaube,  
 41 I ..... das ist dann die. Katastrophe(.....)  
 42 I Zum Beispiel haben wir hier-----, eine Peuhlfrau .....  
 43 I Die Verwandtschaft hat sich extra bemüht, bei einem Fetischmann eine Schale  
 44 I mit Flüssigkeit /"Canarie" zu besorgen.  
 45 I Aber sie sagte, sie wolle das alles nicht nehmen .... sie sollte sich damit  
 46 I waschen und etwas einnehmen ..... sie sagte aber, sie sei daran gewöhnt, ins

47 I Krankenhaus zu gehen. Und an Medikamente gewöhnt und wolle deshalb  
48 I auch lieber Medikamente und hat die traditionelle Medizin auf den Boden  
49 I geworfen und verweigert ..... Während die Familie mit dieser Therapie ein  
50 I verstanden war. Wenn wir uns noch die Ethnopsychiatrie anschauen, dann  
51 I glaube ich wird es eine allgemeine Evolution geben und jeder wird sich auf  
52 I der gleichen Höhe befinden. Wir kommen. Es wird keine Unterschiede geben  
53 I 46 einfach eine Frage der Evolution .....

54 I Wenn ich Evolution meine ich damit die Zivilisation ..... Keine Zivilisation  
55 I ist statisch .....

56 I Es hat früher 50 Jahre gedauert, bis die Sachen z. B. Informationen hier  
57 I waren ..... heute dauert es nicht mehr so lange.

58 I Ich glaube, dass der Begriff Ethnopsychiatrie ist einfach nur ein veralteter  
59 I Begriff. Ich glaube, dass dieser Begriff Ethnopsychiatrie einfach veraltet ist.  
60 I Sie verstehen mich,

61 I Die ersten Europäer oder auch die ersten Psychiater, die aus Europa  
62 I zurückkamen, dachten, die indigenen die Afrikaner oder Asiaten entwickeln  
63 I nicht die gleichen psychiatrischen Symptome wie der Europäer, sind hier  
64 I Wie Carothers in den Kolonien ..... genau ..... und haben,  
65 I herausgefunden.....Obwohl die heute herausgefunden haben, dass  
66 I es sich um die gleiche Symptomatologie handeln und wir haben die Französische  
67 I Schule besucht, und das heißt es sind die gleichen Psychiater, aber wir  
68 I können hier alles behandeln unabhängig von der Kultur.

69 I Ich glaube, es gibt Unterschiede in dem Ausdruck.....Zum Beispiel, ist  
70 I meine Frau aus Jamaika, da glauben Sie traditionell das Blut kann entweder  
71 I zu süß, bitter oder zu süß oder zu heiß oder zu kalt. Wenn die Leute dort hören,  
72 I Sie haben zu süßes Blut, Sie brauchen eigentlich eine Diät dann trinken sie  
73 I dann einfach bittere Tees und Sie verzichten nicht auf süßes.

74 I Genau, das ist eine Frage der INFORMATIONSWEITERGABE und UNKENNTNIS,  
75 I Es hängt von der Zeitperiode ab. Zum Beispiel, zu Zeiten der Unabhängigkeit da,  
76 I hat vielleicht 1% der Bevölkerung eine Schule besucht. Mit der Unabhängig  
77 I keit 15% und jetzt sogar bis zu 42% Schulabgänger/-innen. Und das ändert

86 I wovon ich spreche, das sind die allgemeinen Konzeptionen. früher oder später  
87 I hat der, der aus der Ursprungskultur kommt, aber die gleichen Konzeptionen,  
88 I wie die in Amerika. Neulich habe ich etwas gelesen, einen Bericht zu Zeiten  
89 I der Kolonisierung von einem Autor der hieß Grodeck, Psychiater.  
90 I Der hat geschrieben, dass das Blut der Japaner das gleiche sei, wie das der  
91 I Schweine und...das Blut der Europäer das Beste Blut sei... der hat das in eine

92 I wissenschaftlichen Zeitung geschrieben, diese Konzeption hat der veröffentlicht,  
93 I ... ein deutscher,(.....) dass war im Jahre 1932 vor dem Zweiten Weltkrieg(.....)  
94 I Diese wissenschaftliche Konzeption, hat der,(.....) es war eine  
95 I wissenschaftliche Zeitung. Also, er hat das in einer Zeitung veröffentlicht. Aber verstehen  
96 I Sie, wenn man diese Konzeption zum Beispiel mit der von früher  
97 I vergleicht, dann hat sich das total geändert. Das ist eine Frage der Art und  
98 I Weise wie man instruiert wird und des Wissens.  
99 I Umso mehr man darüber weiß. Man sollte also auf die ethnopsychiatrische Herangehensweise  
100 I verzichten und die Dinge aus einer Transkulturellen Betrachtungsweise  
101 I angehen.(.....) Dann, bin ich damit einverstanden.  
102 I Was man aus der Ethnopsychiatrie verstehen sollte ist, dass es ... (.....)  
103 I sich um die GLEICHEPSYCHIATRISCHE SYMPTOMATOLOGIE handelt ein Schizophrener  
104 I in Frankreich und in Deutschland..... ist das gleiche wie hier.  
105 I .....ein Schizophrener.  
106 I Aber, vielleicht sind ja einige Patienten und Patientinnen aus anderen Kulturen  
107 I weniger gut diagnostiziert in Deutschland....  
108 I Beispiel: eine türkische Frau, die in Deutschland aufgewachsen ist und im  
109 I Alter von 18 Jahren in die Türkei zurückkehrt, da sie Zwangsverheiratet  
110 I werden sollte, was Sie aber nicht wollte. Sie ist dann nach Deutschland  
111 I zurückgekehrt und dann wurde Sie depressiv und hatte organische Probleme.  
112 I Der Hodscha in der Türkei hat daraufhin gesagt, es handele sich dabei um  
113 I die Geister /Djinns der männlichen Heiratskandidaten, die Sie abgelehnt  
114 I habe. Nachdem der Marabout ihr also erklärt hat, dass sie so traurig sei, weil  
115 I Sie die Männer abgelehnt habe, begann die Patientin die Männer zu spüren.  
116 I Sie kam dann in die Psychiatrie und die Kollegen haben am Anfang gedacht,  
117 I es müsse sich um einen Fall von Schizophrenie handeln. Aber, das war eine  
118 I DEPRESSION MIT SPEZIFISCHEN/ BESONDERHEITEN(...). Ja,  
119 I mmmh.....Deshalb glaube ich, dass es sehr wichtig ist, die  
120 I Patienten und Patientinnen individuell und natürlich auch deren Kultur zu  
121 I verstehen. Um verschiedene Symptome verstehen zu können, ist es wichtig die  
122 I Symbolisierung zu verstehen.\_Wenn man zum Beispiel bei uns jemanden hat,  
123 I der eine Impotenz aufweist, dann ... wird er Dir nicht sagen ich kann nicht  
124 I bin nicht in der Lage für sexuellen Kontakt..... nein..... er wird dir sagen  
125 I "der Güttel sitzt nicht richtig". Es wird nun symbolisch etwas  
126 I repräsentiert.....(W).... man muss also die Kultur verstehen, Das  
127 I Symbolische und das Individuum begreifen...Ich glaube allerdings, dass  
128 I sich das alles irgendwann relativieren wird, weil die Menschen alle auf  
129 I die gleiche Entwicklungsstufe kommen werden. Früher mit den alten zum  
130 I Beispiel da haben wir einen "Marigo" getötet  
131 I Unsere alten die haben zum Beispiel den "Marigo" geliebt, selbst wenn du  
132 I dort hinschaust kannst du die Plätze noch erkennen. Sie haben das geliebt

133 I und wir haben sie als Kinder begleitet und auch Hühner getötet und so  
134 I weiter.....wir haben gut gegessen und hatten Spaß. Aber jetzt wo sie tot sind  
135 I bekommen wir das nicht mehr, weil wir Muslime geworden sind.  
136 I Wir kannten das alles noch dieser Marigo aber unsere Kinder, das alles sagt  
137 I denen nichts mehr.  
138 I Aber wir können diese kleinen Symptome wie Schafstörungen, schlechtes  
139 I Träumen oder Gedanken, dass die Djinns gekommen sind sie zu holen. Ich  
140 I habe verstanden was Das heißt. Und wir jetzt gemacht haben ist, wir haben  
141 I ein weißes Schaf gesucht und mein Bruder hat auch eines gekauft ohne  
142 I schwarze Flecken. Und alle größeren Schwester, die schon 60- 65 Jahre alt  
143 I sind haben wir denen gesagt das wir nicht. (unverständlich) sondern wir wol  
144 I len ein Opfer bringen. Für unsere Ahnen und so weiter. Wir sind dann auf  
145 I diesem Berg gestiegen, der über 800 Kilometer entfernt liegt. Das ist wirklich  
146 I ein wunderschöner alter Platz sehr anschaulich. Wir haben dort nun gemein  
147 I samdas Schaf geschlachtet und die Frauen haben das dann zu bereitet. Das  
148 I hat dazu geführt, dass die Frauen ihre Anspannung verloren haben und wir  
149 I haben alle gemeinsam gegessen. Alle waren sie miteinander sehr glücklich.  
150 I Und als die Ernte dann kam haben sie gesagt es lege daran das wir geopfert  
151 I haben, dass wir eine so gute Ernte haben. Sie war in Kontakt mit der .....  
152 I Psychiatrie. Sie hat die Männer die sie abgelehnt hat gespürt.  
153 I Am Anfang haben die Psychiater gedacht das,  
154 I war eine Schizophrenie und dann haben sie aber gemerkt das es sich um eine  
155 I DEPRESSIONEN, MIT SPEZIFIKA HANDELT. Wir haben für uns also ein Ritual  
156 I gemacht aber für die, die das nicht kennen haben wir einfach nur Fleisch gees  
157 I sen, das ist alles. Die Konzeptionen von früher gilt es halt zu transformieren,  
158 I denn wir die alten kennen das ja schon Wir haben das vielmehr gemacht, um  
159 I die jungen zusammenzubringen. Früher hat man gesagt der Schwarze werde  
160 I niemals Depressiv. Früher, hat man gesagt, der Afrikaner werde nicht depres  
161 I siv, aber das ist nicht wahr. Es handelt sich um eine maskierte Depression und  
162 I die findet man sehr häufig hier. (----)  
163 I Die maskierte Depression und hängt mit der SYMBOLISIERUNG VON SYMPTOMEN  
164 I ZUSAMMEN.  
165 I Es ist so, dass wenn, dass für einen wichtig ist, die Fetische und so weiter  
166 I miteinzubeziehen, dann können wir das auch machen, obwohl, das ja so alles  
167 I nicht mehr gibt. Wir die alten sind die Mediatoren. Die jungen Leute glauben nicht  
168 I mehr daran.  
169 I Wie sieht denn die maskierte Depression aus?  
170 I Genau wie die Frau die sagt, Sie hat Bauschmerzen oder Rückenschmerzen.  
171 I Sie wird darauf insistieren und dann wird man langsam die Depression entdecken,  
172 I man gibt ihr dann Antidepressive Medikation.  
173 I Mit der medikamentösen ist alles behandelt worden. Ich glaube, es ist eine evolu  
174 I tionäre Entwicklung. Es ist vielleicht ein Diagnostisches Problem. Die Mehrheit

- 175 I der Migranten und Migrantinnen sind Türken und viele bekommen die Diagnose der Schizo  
 176 I phrenie. Respondieren die denn dann auf eine Antidepressive Medikation  
 177 I oder Neuroleptika?  
 178 I Nein, die respondieren auf Antidepressiva. sagen Experten  
 179 I Wenn du hier versuchst die Psychoanalyse anzuwenden.  
 180 I Wenn du versuchst, hier jemanden wie Freud zu analysieren, dann kannst du ein  
 181 I packen, du wirst versagen.....Du wirst versagen. ES REICHT DIE PERSON GEGENÜBER  
 182 I ZU HABEN, WENN DU DIE KULTUR VERSTEHST, dann fangt ihr an..... und  
 183 I die Person wird sich Stück für Stück öffnen und dann wird sich der Zustand auch  
 184 I verbessern.  
 185 I Alles was dort ist, das gibt es auch hier...nur DER AUSDRUCK IST EIN ANDERER.  
 186 I Das sind Themen, die ich gerne mag aber es ist das Problem der Unwissenheit  
 187 I Wenn wir das alles beachten würden, dann könnten wir hier gar  
 188 I nicht arbeiten. Il y a trop de gens qui ont la Diagnose de Schizophrenie

### **Falluntersuchung 03 Sie ist instabil und aggressiv geworden**

- B 1 Dies ist eine alte Patientin die bei uns vor seit 3 Jahren aufgenommen wurde.  
 B 2 Sie hat es vor einer Woche abgelehnt Medikamente zu nehmen.  
 B 3 Heute Abend hat mich ihre Verwandtschaft angerufen und mir gesagt, Sie ist wieder  
 B 4 instabil und verbal aggressiv geworden. Dann habe ich die Polizei gerufen und Sie musste  
 B 5 musste mit der Polizei hierhergebracht werden, in die Psychiatrie. Sie hat sich mit mir schon  
 B 6 seit einer Weile nicht mehr gut verstanden, seit meine Mutter zu uns gezogen ist. Dann hat B  
 B 7 Dann hat Sie ihre Sachen gepackt und ist in die Großfamilie ihres Vaters zurückgekehrt mit B8  
 unseren Kindern. Aber auch da, hat Sie sich nicht mit der Verwandtschaft verstanden

### **Falluntersuchung 04 Er hat nicht mehr mit Kindern gesprochen.**

- 1 I Wie hast Du gemerkt, dass er krank ist?  
 2 I Er ist in mein Zimmer gekommen und hatte eine Tasche die mit Eiern gefüllt war, weil  
 3 I er dachte, das seien Medikamente. Er hat nicht mehr mit den Kindern gesprochen und  
 4 I auch mit den anderen Menschen nicht mehr sprechen wollen. Dann hat er Schuhfarbe  
 5 I genommen und die überall verstreut. Also, das macht ja keiner der normal ist oder?  
 6 I Warum hat er das gemacht?  
 7 I Das kannst du ihn gleich fragen, aber ich glaube, er dachte, dass sei Creme.  
 8 I Das hat angefangen, als er ins Gymnasium gegangen ist,(...) wenn er dann nach Hause  
 9 I gekommen ist, dann ist er dann viel mit Freunden umhergezogen. Aber er war immer  
 10 I sehr dreckig und das hat auch der kleine Bruder mitbekommen und mich sofort be-  
 11 I nachrichtigt. Ich bin der große Bruder und dann bin ich gekommen.(..) Wir haben

- 12 I dann eine Behandlung gemacht und dachten dann, es war besser. Wir haben ihm  
 13 I eine Spritze gegeben.  
 14 I Wie erklärst Du dir die Krankheit?  
 15 I Seit er in das Gymnasium gegangen ist, hat er begonnen bis in die Nacht spät mit  
 16 I Freunden Tee zu trinken und dann ist er nach Hause gekommen und wollte nicht  
 17 I schlafen, hat dann oft noch lernen wollen. Er hat keine Zeit gehabt sich auszuruhen,  
 18 I das war der Grund für die Krankheiten.  
 19 I Wie haben sich die anderen das erklärt?  
 20 I ER LEERNT EINFACH ZUVIEL. Er hat auch angefangen zu erzählen wie der Himmel kriecht  
 21 I sei und und auch die Eltern haben das gesagt. Manche haben gesagt man könne sich  
 22 I traditionell behandeln lassen, aber das haben wir nicht gemacht. Traditionell behandelt  
 23 I man mit bestimmten Pflanzen, das kann manchen Menschen helfen. Wir werden  
 24 I das später machen, wenn es ihm hier besser geht.

### **Falluntersuchung 05 IV Prof. Heinz und Prof. Koumare/F. Napo**

- 189 I Was für Patienten und Patientinnen haben sie überwiegend hier?  
 190 I Sie wird einfach übersetzen, das ist dann ganz einfach  
 191 I Also, welche Arten von Diagnosen kommen hier vor?  
 192 I Nun, wir haben alle KATEGORIEN VON PSYCHISCHEN KRANKHEITEN,  
 193 I DIE WIR HIER BEHANDELN.  
 194 I Wir haben zum einen die externe Beratung, da sehen wir Psychotische Fälle oder andere  
 195 I Störungen, psychosomatische Fälle. Wir sehen einfach alle Pathologien hier Aber die  
 196 I Pathologien die hier stationär behandelt werden, also hospitalisiert werden, sind in der  
 197 I Regel Psychosen. Schizophrene Psychosen oder auch Bipolare? Manchmal psychotisch  
 198 I dann gibt es auch die bipolaren die unipolaren, schizophrenen. Es gibt die schizophrenen  
 199 I Psychosen und die nicht schizophrenen Psychosen wie den chronischen Wahn.  
 200 I Wir sehen oftmals Patienten und Patientinnen mit dem .....(....).Es ist das Bouffe  
 201 I Delirante aigue, dass sich in diese Richtung einer Schizophren Psychose entwickeln  
 202 I kann oder einer anderen chronischen wahnhaften Störung. Ist das Bouffe De-  
 203 I Delirante ist kurz. Ja, das ist kurz. Die Episode geht etwa 1 Monat. Es darf dann mit  
 204 I der Behandlung darüber nicht hinausgehen. Es ist immer weniger als 6 Monate.  
 205 I Wenn es 6 Monate überschreitet, dann ist es chronisch.  
 206 I Dann es gibt dann die Fälle mit dem Bouffe Delirante und die Schizophrenen  
 207 I und bouffe Delirante chronic?  
 208 I Bouffe Delirante und Schizophrenie, der chronische Wahn und es gibt dann auch  
 209 I die troubles timique, les Trouble affective major. Les type maniaque ou Depression

210 I das sind die Troubles timique. Ist es dann eine Entwicklung des Bouffe Delirante  
 211 I die sich in der Schizophrenie findet oder in den manischen Episoden. Man sagt im  
 212 I Allgemeinen, dass es sich nicht in den manischen Episoden wiederfinden. Beim  
 213 I Bouffe Delirante= BD geht man davon aus, dass es eine transitorische Psychotische  
 214 I Etappe ist, die sich zu einer Dissoziation, oder auch zu einer Schizophrenie entwickeln  
 215 I kann. Besonders bei den jungen Fällen, wenn man einen Jüngeren Fall hat,  
 216 I der gerade die ersten Episoden haben, dann kann man denken es wird sich zu einer  
 217 I Schizophrenie entwickeln. Das ist bei den Jüngeren Fällen so, aber bei einem, wo es  
 218 I erst in einem bestimmten Alter beginnt kann man sagen es ist eine andere Form  
 219 I sein, timique oder manisch, depressiv Ich verstehe...

.....und

234 I Das ist eins der größten Probleme. (Pause)  
 235 I Es gab dazu mal eine Dissertationsarbeit "die Rückkehr der psychiatrierten Emi  
 236 I grierten" über die, die WÄHREND DERMIGRATION IN EUROPADEKOMPENSIERT  
 237 I sind und Schwierigkeiten hatten sich anzupassen. Die dann psychotisch dekompenziert sind,  
 238 I mit Verfolgungswahn, auditorische Halluzinationen und visuellen Halluzinationen.  
 239 I Die man mit einer Schizophrenie etikettiert hat und dann wieder hierher zurückge  
 240 I schickt hat. Als die hier angekommen sind, waren das aber keine Fälle von Schizo  
 241 I phrenie. Sondern was man unbeachtet ließ, ist eine "composant timique" tymische  
 242 I Zusammensetzung von.... = das sind die les troubles humeur eine Form der Depression  
 243 I s "Tymisch". Das ist L'humeur.  
 244 I Weil die Manie und Depression sind die affektiven Störungen nach dem DSM  
 245 I 4, im DSM 3 ist das die Manie und Depression, also eine bipolare Form. Aber  
 246 I in diesen Fällen handelt es sich eher um eine manische oder depressive Form  
 247 I aber durch die Pseudo Halluzinationen z. B Auditorischen und visuellen Hallu  
 248 I zination oder visuellen wurde diese als Schizophren diagnostiziert, obwohl sich  
 249 I das nicht in eine Schizophrenie entwickelt. Das kann bis zur Tötung eines ande  
 250 I ren Menschen führen. Ja, ok. Ich habe darüber mal was geschrieben... über depres  
 251 I sive Formen, also eine insolide Depression. Das war ein Beitrag  
 252 I für die französische Psychiatrie, das wurde auch in Abidjan auf  
 253 I den frankophonen psychiatrischen Kongressen diskutiert. In dieser Zeit gab es die  
 254 I Konzeption, dass die Melancholie nicht in Afrika existiert. Afrikaner sind nicht  
 255 I melancholisch, sondern immer gut gelaunt. Es ist unmöglich, die haben nicht  
 256 I diese Eigenart nicht zu deprimieren. Und früher habe ich mit meinem französischen

257 I Kollegen Kanoute, der da war sind wir zu dem Schluss gekommen, das die Melan  
258 I cholie eine Art Maske der Depression bei den Oxidentaten sein könnte. Es ist die  
259 I Traurigkeit, auf die der Suizid folgt und den Afrikaner handelt es sich mehr  
260 I um eine Agitiertheit und die hetero Aggression oder ist. Das ist unsere Hypothese  
261 I gewesen. Es gibt also zwei Formen der einen Pathologie oder Depression die  
262 I vorhanden sind. Das sind die Majoren affektiven Depressionen und die Depressionen  
263 I Das sind unsere Hypothesen. Das ist war, weil in Deutschland können die  
264 I männlichen Patienten und Patientinnen irritiert sein also  
265 I etwas aggressiv, aber wir achten da oftmals nicht darauf.  
266 I Das was sich gerade beschriebe habe, diese P. die lassen sich gut mit einem  
267 I Antidepressivum behandeln und respondieren gut darauf.  
268 I Der Wahn geht dadurch weg und wir behandeln, dass in der Basis nicht mit Neu  
269 I roleptika, sondern mit Antidepressiva. Deshalb haben wir auch diese Hypothese auf  
270 I gestellt. In einer gewissen Zeit haben ja die ganzen Autoren und Autorinnen gesagt, der  
271 I Afrikaner deprimiert nicht, aber das ist nicht wahr es ist eher so, dass jeder auf seine Art  
272 I und Weise, in Abhängigkeit seiner Kultur, seiner Funktion, seines Kontextes deprimiert.  
273 I Er drückt das anders aus. Wir leben in einer Konsumgesellschaft und dann fühlt sich ein  
274 I Mensch plötzlich nutzlos, depressiv, denkt er sei nichts Wert und eine Existenz sei nichts  
275 I Wert. Wenn da jetzt so ein Problem bei einem Afrikaner vorkommt, dann sagt er die  
276 I Leute wollen mich, die wollen meiner Haut, was Schlechtes. Die weißen wollen was  
277 I von mir, die mich nicht sehen, die wollen mich ins Gefängnis stecken. Und vielleicht  
278 I haben auch die aus dem Dorf mich schon verwünscht/was Schlechtes angehext/. Das ist  
279 I eine Art und Weise des Ausdrucks. Das ist die Repräsentation vonjedem Individuum  
280 I in der Kultur. Die fundamentale Störung ist im Bereich des humeurs, affektive Störung  
281 I und Melancholie, die sich aber unterschiedlich ausdrückt im Individuum und  
282 I auch in den verschiedenen Kulturen. Darüber habe ich geschrieben über die insoliden  
283 I Depressionen.  
284 I Es gibt In Deutschland bei den türkischen Patienten und Patientinnen responde  
285 I renauf Neuroleptika und antidepressive. Es könnte vielleicht ein ähnlicher Me  
286 I chanismus sein?  
287 I Die Neuroleptika helfen für eine gewisse Zeit am Anfang aber an der Basis der Behandlung  
288 I steht die Antidepressive Behandlung. Die Person hat meistens eine narzisistische  
289 I Traumatische Erfahrung durchlebt, sie fühlt sich nur reduziert, unwichtig. Das ist  
290 I eine schlimme Kränkung für den Narzissmus, die dazu führt, dass die Person  
291 I lebensüberdrüssig wird und da kommt auch die Melancholie ins Spiel. DIE REAKTION  
292 I IN DEN KULTUREN IST UNTERSCHIEDLICH, OB MAN JEMANDEN DAFÜR VERANT  
293 I WORTLICH MACHT ODER, OB MAN SICH SELBST BESCHULDIGT FÜR DAS UN  
294 I GLÜCK.  
295 I Gibt das auch Besonderheiten im Ausdruck von Schizophrenie?  
296 I Es gibt einige Elemente die man durch den längeren Verlauf der Schizophrenie sehen

297 I kann,.....aber nicht in den ersten Episoden bei den Jüngeren. Im Verlauf sieht man.(... )

298 I Ja, Bizarre Verhaltensweisen, Ideen Halluzinationen. // Wenn, dass mit dem BD=Bouffe

299 I Delirante beginnt, hat der Patient keine Krankheitseinsicht und kommt nicht darüber weg.

300 I Dann kann jemand während des Wahns sagen, er sei ein Prophet. Und mit der

301 I Medikamentösen Behandlung, kann er dann sagen, ich habe das gesagt, weil ich krank war

302 I Wo es mir nicht gut ging, er ist dann Krankheitseinsichtig. Dann wissen wir, dass er remittiert,

303 I aber bei der Schizophrenie, ist das nicht möglich.

304 I In Deutschland wird großer Wert gelegt, auf bestimmte Symptome, wie dass die

305 I Leute die Gedanken lesen können oder Gedanken kontrollieren können. Gibt es

306 I das auch hier?

307 I Ja, das ist genau das was ich gesagt habe da geht es um die Halluzinationen. Wenn

308 I jemand zum Beispiel behandelt wird und sagterhöre stimmen usw. wie bei denen die

309 I aus Frankreich mit dem Etikett der Schizophrenie gekommen sind. Die alle. Meine

310 I Französischen Kollegen haben sich gewundert, dass es sich nicht um eine Schizophrenie

311 I gehandelt hat, obwohl die Patienten und Patientinnen Halluzinationen gezeigt haben.

312 I Sowohl auditive oder auch andere. Aber sie sind im Verlauf so geendet, dass eine Krank

313 I heitseinsicht der Patienten und Patientinnen vorhanden war, wo sie anfangen sich von

314 I den Inhalten zu distanzieren.

315 I Die waren dann auch als depressiv diagnostiziert?

316 I Ja, wir haben nicht wenige davon als depressiv klassifiziert.

317 I Viele wurden mit Antidepressiva behandelt. Und natürlich wurde der familiäre Kontext

318 I miteinbezogen. Manche hatten dann noch manische oder depressive Episoden, viele sind

319 I remittiert, aber keiner mit Schizophrenie. Es ist wirklich eine Frage des Verlaufs, wenn

320 I man eine PERSISTENZ DER SYMPTOME BEOBACHTEN KANN, dann kann man an eine

321 I Schizophrenie denken. Aber nur Betrachtung der Halluzinationen, das reicht nicht aus. Die

322 I Persistenz der Symptome und die Halluzination sind bei der

323 I Diagnose der Schizophrenie von Bedeutung.

324 I Spielt auch das Gefühl, kontrolliert zu werden eine Rolle?

325 I Gib es das bei Depressiven und bei Schizophrenen?

326 I Es ist an diese Stelle notwendig, dass ich das genauer präzisiere.

327 I Es gibt immer wieder Patienten und Patientinnen die sich so aufführen, als ob Sie

328 I in eine Okzidentale Haut geschlüpft seien, die denken sie seien nichts Wert und so

329 I weiter.

330 I Die weisen dann eine Melancholie auf, wie auch in Europa.

331 I Aber wir wissen dann schnell, das sind die Patienten und Patientinnen, die sich zwischen

332 I zwei Kulturen befinden. Aber die, den wenig Kontakt mit dem Ausland haben, die

333 I Verhalten sich eher so wie ich beschrieben habe.

334 I Aber die, die zwischen zwei Kulturen stehen, haben wirklich die Art auf diese

335 I weise über die Melancholie zu dekompensieren, ich bin nichts Wert

336 I usw.""

337 I Aber diese Mechanismen schauen wir uns natürlich genau an, ob die Person das Gefühl  
338 I hat, dass sie kontrolliert ist usw. Die werden dann sagen, dass sie eine Hexe oder so  
339 I kontrolliert und nicht von Menschen.  
340 I Gibt es, dass den nur bei Schizophrenen oder auch bei Patienten und Patientinnen  
341 I mit Depression?  
342 I Das zeigt sich eher selten bei der Depression aber es ist möglich...Die können das zeigen  
343 I selbstverständlich .....man muss das als ein Mechanismus verstehen..... das  
344 I ist, also kein determinierendes Kriterium. Wir haben das auch schon bei Patienten und  
345 I Patientinnen beobachtet, dass sie das Berichten aber später durchaus Krankheitseinsichtig  
346 I waren(... ).....und distanziert waren. Das was die wichtigen Faktoren bei der Diagnose  
347 I sind: Affirmation Ich sie glaubt (unv..)  
348 I ich höre stimmen usw. Adhäsion / "das, dass sie fest daran glaubt, dass siez. B. die  
349 I Stimmen hört, das, das die Realität ist was sie hört. Und als Drittes die Permanenz und  
350 I dass er die permanente Überzeugung hat die Stimmen zu hören und keine Unterbrechung  
351 I im Vorkommen der Symptome gibt. Das ist wichtig bei der Diagnose der Schizophrenie.  
352 I Wenn man einen malischenmanischen Patienten und Patientinnen hat, dann wir der  
353 I vielleicht sagen, dass ich habe Eine Million auf dem Konto, der ist dann manisch und  
354 I glaubt nicht wirklich daran. Aber bei dem Paranoiden wird es nicht ändern, wenn man  
355 I es anzweifelt, da ist das dann so ein paranoides Delir. Die Schizophrenie, zeigt sich nur  
356 I im Verlaufnicht bei der ersten Episode. Man muss sich Zeit lassen für die Diagnose der  
357 I Schizophrenie 6 Monate oder auch 1 Jahr. Und dann ist die permanent wichtig und auch, dass die  
358 I Symptome ohne Unterbrechung vorhanden sind. Das ist wichtig die der Faktoren aber die  
359 I Affirmation allein reicht nicht für die Diagnose der Schizophrenie aus. Man muss andere  
360 I Kriterien hinzuziehen und sich Zeit nehmen.....U  
361 I Vor der Unabhängigkeit haben die Autoren und Autorinnen gesagt, es gebe keine Formen  
362 I der Depression bei Afrikanern und auch keine Formen der Melancholie. Es gebe keine Formen  
363 I keine Formen der Depressionen. Die sind alle glücklich, entspannt ... aber wir haben das schon  
364 I früh gesehen, dass es Patienten und Patientinnen gibt, auf die das durchaus zutrifft die hier  
365 I hergekommen sind. Die befinden sich in einem Zustand der Traurigkeit und den Lebensüberdruß  
366 I und so, die auf die Depression passen. Ich benutzte dann die Terminologien der .....(.)  
367 I Sprache der Pateinten also, dass bezeichnet das jenes dies. Also, wenn die zum Beispiel  
368 I sagen. "Mein Herz ist Heiß mein Körper ist immer heiß oder mein Bauch ist heiß. Es  
369 I gibt Syndrome die auf diese Weise ausgedrückt werden. Das sind die Syndrome der  
370 I Depression. Aber ich nutze die Ursprünglichen  
371 I Terminologien der Patienten und Patientinnen, also wie sie es in ihrer kulturellen Sprache  
372 I ausdrücken. Die drücken auch Traurigkeit und Angst aus. Die Leute verstehen das  
373 I nicht, dass sich das nicht in der gleichen Art und Weise ausdrückt, aber es ist vorhanden.  
374 I Man muss die Terminologien der Kultur verstehen. Wenn man im Okzident von der  
375 I Depression spricht, dann ist die Form die Melancholie, die im Suizid enden kann, also,  
376 I dass was europäische Psychiater glauben. Die überlegen dann, was sie dann machen

- 377 I sollen, um Suizidalität zu verhindern usw. Aber. In unserer Situation hier in Mali, wenn,  
 378 I es jemanden gibt der ein Problem hat, wird der in der Regel nichtdarandenken sich  
 379 I umzubringen, sondern er fragt sich:" Wer ist dass der mir was Böses möchte?  
 380 I Der will vielleicht meiner Mutter oder meinem Vater Schaden, weil hier in der Kultur  
 381 I denkt man sich, wennjemand etwas wird, was erreicht hat, dann hat er eine gute Mutter  
 382 I und wenn er nichts schafft dann war die Mutter oder Frau nicht gut. Man hat immer die  
 383 I Tendenz die Mutter anzuklagen. Das ist in der gesamten Repräsentation der Kultur so.  
 384 I Das können, manchmal Gründe sein, dass zwei Brüder rivalisieren oder auch Gründe  
 385 I aufgrundder Polygamie. Der Glaube, dass die Nebenfrau der Mutter was Schlechtes  
 386 I gegen einen gemacht hat. Die Aggressivität kann somit selektiv sein und zeigt sich somit  
 387 I in der Form der Heteroagression und nicht der Autoagression  
 388 I Danke, ich verstehe.

**Falluntersuchung 06 "Die Menschen meinen, wenn jemand nicht Heiratet, dann seien die Djinne verantwortlich."**

- 1 I Ich würde gerne wissen warum Sie hier sind?  
 2 I Ich bin hierher. gekommen um mich zu behandeln, weil ich Probleme in der Fa  
 3 I Familie habe.....trotzdem bin ich krank.(...) Es sind die Hexen, die meinen Bauch  
 4 I reingedrungen sind, in meinem Hals auch und in meinem ganzen Körper drin  
 5 I sind. Die Hexen widersprechen sich gegenseitig immer wieder...Die Hexen sind  
 6 I in meinen Organen drin und kontrollieren mich und meine Gedanken....  
 7 I Die kontrollieren auch meine Kontakte mit anderen Menschen mit denen ich verkehre  
 8 I ../..Wenn ich lesen will, versuchen Sie mich zu stören, deswegen lese ich  
 9 I ganze laut damit sie mich nicht hindern zu Lesen.....  
 10 I Wie schlafen Sie nachts?  
 11 I Nur im Krankenhaus, kann ichjetzt schlafen.(...).  
 12 I Sind sie oft traurig hier?  
 13 I Die Hexen ärgern mich ständig; dass ich mich nicht freuen kann....  
 14 I Was passiert, wenn sie Medikamente nehmen? Wenn ich meine.....  
 15 I .....Medikamenten nehme; habe ich sehr viel Stuhlgang und meiner  
 16 I Männlichkeit verliert Kraft. Außerdem möchte ich später heiraten, wenn ich  
 17 I gesund bin.....  
 18 I Deine Mutter wollte, dass du schnell gesundwirst?  
 19 I Ja, meine Mutter wünschte, dass man mich schnell gesund behandelt und ich  
 20 I nach Hause komme. Sie war sehr traurig als man mich festgebunden hat,  
 21 I an meinen Beinen, meinen Händen und mich dann hierhin gebracht  
 22 I hat. Man hat nur gesagt du bist krank und wir bringen dich ins  
 23 I Krankenhaus.....  
 24 I Ich bin immer noch traurig, dass man mich so festgebunden hat, an meinen  
 25 I Beinen und Händen...!!  
 26 I Wie alt sind Sie?  
 27 I Ich, jetzt 33 Jahre alt. Arbeite im Moment nicht, vorher war ich Verkäufer  
 28 I gewesen und habe Banaanen plantins aus der Elfenbeinküste geholt und  
 29 I (.)verkauft. Aber jetzt bin ich krank.(.).  
 30 I Meine schöne Kleidung ist bei meiner Familie und ich will, dass man mir  
 31 I meine Sachen bringt und danach rasiere ich mich... mache mich sauber...  
 32 I jetzt will ich nicht meine Haare schneiden. Die Haare sind sehr wertvoll fiir  
 33 I mich. Wir haben gehört sie wollen Präsident werden?  
 34 I Es stimmt nicht,(.) .so was habe ich nie gesagt...  
 35 I wenn sie Geld hätte heut, was hatte damit gemacht?  
 36 I Ich hätte Tee gekauft und Süßigkeiten, aber ich rauche nicht.  
 37 I Ich habe seit 10 jähren kein sexuelles Verhältnis mehr.  
 38 I Meine Krankheit hat vieles schwerer gemacht....

- 39 I Vorher hast du Medikamente genommen? und jetzt bekommst du immer  
 40 I noch Medikamente? //
- 41 I Durch Medikamente habe ich schon Besserung und ich werde mich noch  
 42 I weiter behandelt lassen, weil ich mich besser fühle jetzt als vorher /(.....)  
 43 I vorher könnte ich nicht mehr schlafen, aber jetzt geht es besser. (...)  
 44 I mit dem Essen geht es auch gut viel besser als vorher. Es könnten .....die  
 45 I Medikamente geholfen haben.!!!!
- 46 I Ob, du später heiraten willst, wenn Du gesund sein wirst?  
 47 I Ja, natürlich will ich heiraten. Wenn ich gesund sein werde und versuchen eine  
 48 I Frau zu finden. Mal sehen // (...)
- 49 I Die Menschen meinen, wenn jemand nicht Heiratet, dann sein deine Djinne  
 50 I verantwortlich. (.) / ...
- 51 I Wann hast du gemerkt, dass jemand dir Hexen geschickt hat?  
 52 I In meiner Familie hat man mir die Hexen gesendet, .....damit sie mir  
 53 I Alles kaputt machen. In meinen Körper, sind die reingekrochen und überall  
 54 I haben die Schmerzen verursacht, und wollte alles bei mir drin fressen.....

## Falluntersuchung 07

- 1 I Ist es das erste Mal, dass du in der Klinik bist?  
 2 I Nein, als ich 20 war ich schon mal hier, als ich meine Schule beendet habe.  
 3 I Erinnerst du dich gut daran. Ja ich habe damals Zuviel gelernt und ich habe Geschichte  
 4 I und Geografie gelernt und das hat sich dann alles vermischt, das war Zuviel. Ich habe  
 5 I damals das Abitur vorbereitet und bin dann krank geworden. Wie hat man gemerkt, dass  
 6 I du krank warst. Ich habe einen Professor der Mathematik beschimpft, als er in die Klasse  
 7 I gekommen ist um den Unterricht zu machen, da habe ich es nicht mehr ausgehalten und  
 8 I ihm mein Heft an den Kopf geworfen und dann bin ich zur Tür hinausgelaufen Mein  
 9 I Freund hat mir noch gesagt ich solle bleiben aber ich konnte nicht. Seit diesem  
 10 I .....Tag konnte mein Kopf den Rest der Studien nicht mehr ertragen. Mein Kopf  
 11 I war wie zugeschnürt, ich sag es dir.  
 12 I Ich wurde dann in Segou behandelt, dort hat man meinen Cousin hier interviewt  
 13 I und mich dann dmi behandelt. Man hat mir dort dann Medikamente gegeben die  
 14 I mein großer Bruder ein Onkel bezahlt hat und ich habe dann als ich wieder zu Hause  
 15 I war, immer die Medikamente genommen.  
 16 I Ist es besser geworden?  
 17 I Ja, dort war es dann besser.  
 18 I Hast du denn z.B. auch Stimmen gehört oder das Gefühl  
 19 I gehabt von außen kontrolliert zu werden?  
 20 I Stimmen nein. Ja, das habe ich gehabt,  
 21 I die Menschen, die ich geliebt habe, die Bilder von denen haben sich in meinen ...Au  
 22 I gen im Kreis gedreht. Ich mag die Menschen und unterhalte mich gerne, aber ich  
 23 I habe keine Zeit mehr dafür gehabt. Dann bin ich noch einmal krank geworden. Man  
 24 I hat mir immer Medikamente gegeben und mich gespitzt, das wollte ich nicht. ich  
 25 I wollte lieber Medikamente zum Einnehmen. Als ich dann wieder zur Schule gegang  
 26 I gen bin hat es wieder angefangen.  
 27 I Wie hat den die Krankheit das zweite Mal begonnen?  
 28 I Ich war dann wieder in der Schule/uni immer, wenn ich dort hingeh, dann geht es  
 29 I Wieder. Das ist dann als ob mein Geist verengt wird. Einmal da konnte ich noch  
 30 I nicht mal mehr schreiben  
 31 I Wie hast du gemerkt, dass Du krank bist?  
 32 I Ich musste mich von allem befreien, was ich im Kopf hatte, ich habe auch Stimmen  
 33 I Gehört, an die ich mich aber nicht mehr erinnere, jetzt höre ich nur, das was du sagst.  
 34 I Ja, das höre ich nichts sonst. Ich habe mich von übernatürlichen Kräften gesteuert  
 35 I gefühlt. Wenn ich ihn zum .....(zeigt auf IV Partner)  
 36 I Beispiel anfasst hätte, dann hätte mein Kopf gesteuert. Wir waren immer zusammen,  
 37 I also sein Kopf hätte mich dahingezogen. Auch wenn ich meine Eltern gesehen habe  
 38 I hat sich mein Kopf immer nur zu denen gesteuert (Genauso so zeigt Gestik  
 39 I In Deutschland gibt es Pat.....

40 I Wie erklärst Du dir, dass Du diesmal Krank geworden bist?

41 I Während der Prüfungszeit habe ich mir brutale Ideen gemacht, ich wusste noch nicht

42 I einmal, wo ich hingeh.

43 I Was haben ihre Eltern gesagt, die Familie?

44 I Möge Gott dich schützen.

## ANHANG F ACADEMIC CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>Name: Fatima Napo</li> </ul>
Forschungstätigkeiten und Studium	<p>2004 Universitätsklinikum Charite</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berlin Charite Forschungsgruppe für transkulturelle Psychiatrie</li> </ul> <p>2005 Freie Universität Berlin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forschungscolloquium: Geschichte der Psychologie</li> </ul> <p>2006-2009 Universitätsklinikum Charite</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anstellung als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charite Campus Mitte</li> </ul> <p>2008 Universitätsklinik Pont G Mali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forschungsaufenthalt an der Universität Pont G in Bamako, Mall bei Prof. Dr. Baba Koumare und Dr. Coulibaly</li> </ul> <p>2010--2011 Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anstellung Dipl.-Psych. Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung im Schulpsychologischen Dienst</li> </ul> <p>2011-2012 Heiligenfeldt Privatklinik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anstellung Bezugstherapeutin</li> </ul> <p>2012-2013 Bad Neustadt Rhön Klinikum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anstellung Stationstherapeutin</li> </ul> <p>2014-2014 Privatklinik Psychosomatik Schweiz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bezugstherapeutin</li> </ul> <p>Seit 2012 therapeutische Praxis Baobab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2010--2015 Freie Universität BerUn am Fachbereich Erziehungswissenschaft und Klinische Psychologie</li> <li>Promotionsstudium</li> </ul>

Abschlüsse und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom im Fach Psychologie, Note: gut</li> <li>• Diplomarbeit Note: sehr gut</li> <li>• staatlich anerkannte Psychotherapie Kinder und Erwachsene</li> <li>• Coaching-Ausbildung</li> <li>• Staatlich anerkannte Heilpraktikerin für Psychotherapie</li> <li>• Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin DGVT-Berlin</li> </ul>
Forschungsinteressen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• Migrations- und Versorgungsforschung</li> <li>• Indigenous Psychology</li> <li>• Interkulturelles Lernen</li> </ul>
Publikationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LINDERT J, PRIEBE S, PENKA S, NAPO F, SCHOULER-OCAK M, HEINZ A: Versorgung psychisch kranker Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund. <i>Psychother Psych Med</i> 58: 123-129 (2008)</li> <li>• HEINZ A, HESS V, NAPO F, BEDDIES T: Geschichte der Psychiatrischen und Nervenkljnik an der Charite: Erfahrungen und Implikationen. Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Bildung für Hertin-Berliner Wissenschaftseinrichtungen in der NS-Zeit: 36-41 (2007)</li> <li>• HEINZ A, NAPO F: Fallstricke evolutionärer (Selbst-)Bewusstseins-Modelle. In: GANTEN D, GERHARDT V &amp; NIDA-RÜMELIN J (Hrsg.): Funktionen des Bewusstseins. Walter de Gruyter Verlag, Berlin: 245-265 (2008)</li> <li>• WOHLFART E, KLUGE U, NAPO F: Ethnopsychiatrische Differentialdiagnostik psychotischer Phänomene. <i>Zeitschrift für Medizinische Psychologie</i> 18:140-.150 (2009)</li> <li>• NAPO F: Eine afrikanische Perspektive der Psychologie. Vdm Verlag, Saarbrücken: 1-90 (2008)</li> <li>• HEINZ A, NAPO F, KLUGE U, WOHLFART F, PENKA S &amp; SCHOULER-OCAK M: Migration und seelische Gesundheit: Kornen Migranten und Migrantinnen in 2 Klassen? In: NICKEL-WELLER C (Hrsg.): Health care der Zukunft. Med. Wiss. Verl. Ges., Berlin: 21-29 (2009)</li> <li>• NAPO F, HEINZ, A &amp; AUCKENTHALER, A: Explanatory Models and Concepts of westafrican Malian patients with psychotic symptoms. <i>Eur Psychiatry</i> (27:2).544-549 (2012)</li> </ul>
Vorträge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universität Wels, Österreich: Krankheitsmodelle abhängigen Verbalhaltens bei Migranten und Migrantinnen und Migrantinnen, Beitrag, 31.5.2007</li> <li>• Universität TU, Berlin: Eine afrikanische Perspektive der Psychologie, Beitrag, 1.7.2007</li> <li>• Universität Boacizi, Jstanbul: DTGPP-Kongress: "Ego disorders in a transcultural perspective", Beitrag,13.09.2007</li> <li>• Universität Jena: DGMP-DGMS-Kongress: „Ich-Störungen" im Transkulturellen Vergleich, Beitrag, 24.9.2008</li> <li>• WPA International Congress: "Treatments in Psychiatry: A New Update", Florence, Poster-Beitrag, 1.4.2009</li> <li>• Bildungsbereich: Workshops zum interkulturellen Lernen, Beitrag, 5.10.2010</li> </ul>
Sprachen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• deutsch</li> <li>• französisch</li> <li>• portugiesisch</li> <li>• englisch</li> <li>• bambara</li> </ul>
Besondere Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeit im Verein für Geschichte der Psychiatrie an der Universitätsklinik Charite Berlin</li> <li>• ARTIST FOR PEACE AGAINST WAR and POVERTY</li> <li>• Sängerin und Schauspielerin und Moderatorin</li> </ul>

## **Eidesstattliche Erklärung**

"Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, alle benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben sowie wörtliche und sinn-gemäße Zitate nach meinem Ermessen gekennzeichnet habe."

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift