

Anthropos

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

hrsg. von/edited by: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM



Zum Titelbild/Cover pictures 33(2010)1+2: Mensch und Tier / Man and Animal:

„Mensch und Tier“ ist eines der Themen dieses Heftes. Das Titelbild zeigt zwei Abbildungen aus KATESA SCHLOSSER 2009. *Madelas Tierleben. Tiere in Zauberei und Alltag bei Zulu und Tonga*. Zeichnungen des Blitzzauberers Laduma Madela. Kiel: Museum für Völkerkunde der Universität, ISBN 978-3-928794-54-X, 336 S., zusammengestellt von der im 90. Lebensjahr stehenden weiterhin ehrenamtlich wirkenden Kuratorin, 2. erweiterte Aufl., mit Farbbildern (with captions in English), 1. Aufl. 1992.

Links: Abb. 50, S. 141: Das Erdferkel (*Orycteropus afer*): „Das Erdferkel“ ist ein Tier, das ein Loch in die Erde hineingräbt. Es geht nachts aus, um kleine Tiere zu fressen. Es frisst auch Erde. Es ist auch ein Tier der Schwarzzauberer. Sie schicken Erdferkel, um die Leiche eines Menschen aus dem Grab herauszuholen, den sie dann zu einem *umkhovu* oder *isiyngli* machen. Wenn dieses Tier dich ansieht, geschieht dir ein Unglück oder Du wirst krank, bis Du von einem Medizinmann geheilt wirst (Madelas Text). (The aardfark or antbear has four toes at the forefeet and five toes at the hind feet. Black-magicians do make use of it. They as well as aardfarks are active during the night. Caption text).

Rechts: Abb. 43 I, S. 125: Gepard—Cheetah (In olden times it was the king's privilege to make use of the cheetah's beautiful skin.—When the cheetah fights with the leopard the cheetah is on top of the leopard at the beginning, and then below the leopard. The situation changes continually until both of them get tired. When this animal is eaten, together with an ox, there is much singing and dancing. Caption text). (Wiedergabe mit freundlicher Genehmigung der Autorin)

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – AGEM, Herausgeber der

Curare, Zeitschrift für Medizinethnologie • Curare, Journal of Medical Anthropology (gegründet/founded 1978)

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmitttelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)



Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology



Herausgeber im Auftrag der / Editor-in-chief on behalf of:

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM

Ekkehard Schröder (auch V.i.S.d.P.) mit

Herausgebersteam / Editorial Board Vol. 33(2010) - 35(2012):

Hans-Jörg Assion (Detmold) info@gpz-lippe.de // Ruth Kutalek (Wien) ruth.kutalek@meduniwien.ac.at // Kristina Tiedje (Lyon) kristina@tiedje.com

Geschäftsadresse / office AGEM: AGEM-Curare

c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany
e-mail: ee.schroeder@t-online.de, Fax: +49-[0]331-704 46 82
www.agem-ethnomedizin.de

Beirat / Advisory Board: John R. Baker (Moorpark, CA, USA) //

Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // Annette Leibing (Montreal, CAN) // Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

Begründet von / Founding Editors: Beatrix Pfeleiderer (Hamburg) –

Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Schiefenhövel (Adechs) – Ekkehard Schröder (Potsdam)

Ehrenbeirat / Honorary Editors: Hans-Jochen Diesfeld (Starnberg) –

Horst H. Figge (Freiburg) – Dieter H. Frießem (Stuttgart) – Wolfgang G. Jilek (Vancouver) – Guy Mazars (Strasbourg)

IMPRESSUM 33(2010)1+2

Verlag und Vertrieb / Publishing House:

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36
e-mail: info@vwb-verlag.com
<http://www.vwb-verlag.com>

Bezug / Supply:

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte können beim VWB-Verlag bezogen werden // *Curare* is included in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at VWB-Verlag.

Abonnementspreis / Subscription Rate:

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet unter // Valid subscription rates you can find at the internet under: www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html

Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2010

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-760-5

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren unterzogen // This journal is peer reviewed.



Zeitschrift für Medizinethnologie
Journal of Medical Anthropology



hrsg. von/ed. by Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM)

Inhalt / Contents
Vol. 33 (2010) 1+2
Doppelheft / Double Issue

**AGEM 1970–2010: 40 Jahre Forschen im
„Interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“.
Rückblick und Ausblicke, Teil 1**

herausgegeben von / edited by:
EKKEHARD SCHRÖDER

Die Autorinnen und Autoren in <i>Curare</i> 33(2010)1+2	4
WOLFGANG KRAHL: Geleitwort zu <i>Curare</i> 33(2010) mit Anmerkungen zum Thema Transkulturelle Psychiatrie	5
EKKEHARD SCHRÖDER: Editorial: AGEM 1970–2010: 40 Jahre Forschen im „Interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“ im Spiegel der <i>Curare</i> . Ein Blick zurück	7
Tagungsprogramm 23. Fachkonferenz Ethnomedizin Heidelberg, 22.–24.10.2010	9
Ein Gruß zum 91. Lebensjahr dem transkulturellen Erzspsychiater Alexander Boroffka (Ekkehard SCHRÖDER)	10
Gruß und Dank an Frau Professor Katesa Schlosser aus Kiel zum 90. Geburtstag (Ekkehard SCHRÖDER)	12
Ein Leben für die werdenden Mütter. Liselotte Kuntner zum 75. Geburtstag (Ekkehard SCHRÖDER)	14
30 Jahre <i>Curare</i> : Dokumentation Ausgewählte Titelseiten VI – <i>Curare</i> und AGEM vor 20 Jahren im Dialog mit dem Leser	16
Zum Titelbild: <i>Curare</i> im 13. Jahr: quo vadis? Zur Aufgabendefinition. [Reprint Titelbild <i>Curare</i> 13 (1990) 4, hier modifiziertes und erweitertes Text-Dokument] S. 16 // Aus der Begrüßung zur 10. Fachkonferenz Ethnomedizin 1990 [Reprint Titelbild <i>Curare</i> 14(1991)1+2, zweite Umschlagsseite] S. 16 // Schwerpunktheft Metapher und Symbol [Reprint Titelbild <i>Curare</i> 14(1991)3] S. 17 // Medizinische Szene aus der Commedia dell’Arte [Reprint Titelbild <i>Curare</i> 8 (1985) 4] S. 19 // Ein Danke an den Probanden! [Reprint Titelbild <i>Curare</i> 11(1988)1] S. 19 // Geisterdarstellung der Kamayurá. Hinweis zur Frankfurter Ausstellung: Die Mythen sehen [Reprint Titelbild <i>Curare</i>	

11(1988)2] S. 20 // Hethitische Muttergottheit (Reprint Titelbild *Curare* 11(1988)4] S. 20 // Marokkanischer Drogenhändler beim Verkauf eines Wiedehopfes. Der marokkanische ‘Attar [Reprint Titelbild *Curare* 2(1979)1] S. 21 // Das Asmat-Haus in Heidelberg [Reprint Titelbild *Curare* 12(1989)2] S. 22 // Der Heidelberger Brückenneff lässt grüßen! [Reprint Titelbild *Curare* 10(1987)2] S. 23 // Es lebe die Ethnomedizin [Reprint Titelbild *Curare* 16(1993) 3+4] S. 23 //

Artikel

Kultur, Medizin und Psychologie im Dialog

- WOLFGANG G. JILEK: Culture—“Pathoplastic” or “Pathogenic”? A Key Question of Comparative Psychiatry (Reprint 1982) 24
- JOOP DE JONG: Hundertfünfzig Jahre Psychopathologie und Kultur: von den minderwertigen Frontallappen der Eingeborenen zur kulturellen Neurowissenschaft 33
- WOLFGANG BLANKENBURG: Ethnopsychiatrie im Inland. Norm-Probleme im Hinblick auf die Kultur- und Subkultur-Bezogenheit psychiatrischer Patienten (Reprint 1984) 42

Frauen und Gesundheit

- CONSTANZE WEIGL: Empfängnisverhütung und Familienplanung muslimischer Frauen in New Delhi/Nordindien 53
- UTE LUIG: Über das Erinnern von Gewalt und die Verarbeitung des Schmerzes am Beispiel von ausgewählten Flüchtlingsgruppen und den Ex-Kämpferinnen der äthiopischen TPLF 60
- HUBERTA VON WANGENHEIM: Der gesellschaftliche Diskurs des Phänomens der *médium unidad*, einer besonderen Form der Wahrnehmung, im Kontext afrokubanischer Religionen 72

Mensch, Tier und „Lebenswissenschaften“ – Medizinische Ethnozoologie

- BETTINA BLESSING: Viehische Architektur im 18. und 19. Jahrhundert. Konzepte artgerechter Tierhaltung auf dem Land 90
- BABUL ROY: Zeme Naga Ethno-medicine and Animal-related Medical Practice 97

Forum zum Thema

- GODULA KOSACK: Den Geistern das Leben, den Menschen das Fleisch. Das Hühneropfer der Mafa 105
- GUY LESOEURS: Limpia con cuy: Body and Soul Cleansings (limpia and soplada) by Ecuadorian Shamans 110
- CÉLESTIN PONGOMBO SHONGO: Von der tierärztlichen Ethnomedizin zur angewandten Ethnopharmakologie in der Region der Großen Seen Afrikas. Ein Überblick 115
- JOACHIM STERLY: Zum Terminus „Ethno-Biologie“ und zur Onomasiologie des Wortes „Leben“ in Ozeanien (Reprint 1978/9) 119

Tagungsberichte / Reports 121

- SUSANN HUSCHKE & CLAIRE BEAUDEVIN: First Meeting of the EASA Medical Anthropology Student Network in Berlin, February 2010 – S. 121 // PIRET PAAL: MEDICA VII, International Interdisciplinary Conference. People vs. the Natural and the Artificial: Power Relationships. A Report

of Tarty, Esonia, April 2010 – S. 122 // BERNHARD HADOLT: Bericht von der 6. MAAH (Medical Anthropology at Home) Konferenz, Abbaye de Royaumont, Frankreich, 7.–9. Mai 2010 – S. 124

Nachrufe / Obituaries	126
Nachruf auf Dr. Arnold Radtke (1914–2008) [HANS-JOCHEN DIESFELD] – S. 126 // Nachruf auf Professor Hans Schadewaldt (1923–2009) [EKKEHARD SCHRÖDER] – S. 127 // Trauer um Kurt F. Richter (1943–2009) [EVA-MARIA OEHRENS] – S. 128 // Trauer und Dank. Zum Tod von Paul Parin (1916–2009) [ALEXANDER BOROFFKA] – S. 129 // Nachruf auf Charles Leslie (1924–2009) [BEATRIX PFLIEDERER & ANGELIKA WOLF] – S. 130 // Unterwegs ins Offene. In Erinnerung an Professor Erich Wulff (1926–2010) [JOHANNES PFEFFERER-WOLF] – S. 132 // Nachruf auf Prof. Metin Özek (1930–2010) [EKKEHARDT KOCH & INCI USER] – S. 134	
Dokumentation: Mitteilungen der AfE 1–3 (1969–1970). Arbeitsstelle für Ethnomedizin, Hamburg [Reprint]	135
Teil-Reprint: Mitteilungen der AGEM (MAGEM 22/1993)	153
Résumés des articles <i>Curare</i> 33(2010)1+2	158

Errata

Curare 31(2008)1:

S. 105: li. Spalte letzte Zeile: Die Zeitschrift *Ethnoatria* bestand bis **1968**.

Curare 31(2008)2+3:

S. 260: Bildunterschrift: **Agnes Savilla** // idem Hinweis bei bibliogr. Angabe **DEVEREUX 1969**. Das Wort „Homosexualität“ (... Als Institution bei den Mohave-Indianern) fehlt tatsächlich im Aufsatztitel des deutschen Themenbandes von ROLF ITALIAANDER, (vgl. engl. — 1965. Institutionalized Homosexuality of the Mohave Indians. In RUITENBEEK H.M. (ed). *The Problem of Homosexuality in Modern Society*, New York: Dutton & Co.: 183–226 [zit. nach G. BLOCH].

S.261: Li. oben: bibliogr. Angabe **DEVEREUX 1998**. ... In *Jugend und Kulturwandel*. (Ethnopschoanalyse 5).

Curare 32(2009)3+4:

S. 274: ergänze ersten Absatz letzter Satz ... (siehe **BENDICK 1989**).

S. 278: ergänze ersten Absatz letzter Satz ... Stuttgart: J. Fink, **vgl. auch die ethnoiatische Reihe (*Der Arzt in ...*) der Firma Robugen in Esslingen, oder K.-D. STUMPFES „Der psychogene Tod“ (1973).**

S. 281: Li. Sp. untere Mitte, Satz korrigiert und klarer formuliert:

Die Herausgeber befürchten hier eher Missverständnisse oder zumindest Anlass zum Zweifeln (S. XIII), ohne sie aber klar zu benennen, und **stellen eine Analogie zur „Ethnomedizin“, wörtlich „Volksheilkunde“ als Sujet der Ethnologie her. Sie meinen: „Dagegen wird sie [die Ethnomedizin] sich der ihr neuerdings zugewiesenen Funktion als Oberbegriff für so gut wie alle mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängende Erscheinungen außerhalb der in den Industriegesellschaften etablierten Medizin wohl auf längere Zeit nicht wirklich sicher fühlen können“**, wobei die Herausgeber sich auf die *Einführung in die Ethnomedizin* von PFLIEDERER & LUDWIG (1978) beziehen.

Zum Titelbild	U2
Impressum	U2

Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER
Redaktionsschluss: **04.07.2010**

Die Artikel in diesem Heft wurden einem Reviewprozess unterzogen / The articles of this issue are peer-reviewed

Hundertfünfzig Jahre Psychopathologie und Kultur: von den minderwertigen Frontallappen der Eingeborenen zur kulturellen Neurowissenschaft*

JOOP DE JONG

Zusammenfassung Bei der Arbeit mit Einwanderern und Flüchtlingen spielt im „westlichen“ wie auch in jedem anderen internationalen Kontext das Verhältnis der biologischen und der kulturellen Sichtweise zueinander eine zentrale Rolle. In diesem Aufsatz unterscheidet daher der Autor vier verschiedenen Perspektiven auf die Psychopathologie, die in den letzten 150 Jahren entwickelt wurden. 1. Die strikte Dichotomie von biologischer und kultureller Perspektive als verschiedener Erklärungsmodelle. Diese Perspektive herrschte während der Kolonialzeit vor und wurde teilweise von der 2. Perspektive ersetzt oder überlappt, die von einem Kontinuum ausgeht, in dem eine Störung biologischen, soziokulturellen, kognitiven, emotionalen und linguistischen Verhaltensaspekten zugeordnet wird. Die 3. ist die Spektrum-Perspektive, bei der die Psychopathologie durch ein Prisma in unterschiedliche Verhaltensmuster gefiltert wird, die von den verschiedenen Disziplinen untersucht werden. Dieses Spektrum-Modell spiegelt sich in den Debatten bei der Entwicklung von entsprechenden Störungen in den Entwürfen der DSM-V/VI und ICD 11. Die 4., letzte und zugleich übergreifende Perspektive ist die der kulturellen Neuro-Wissenschaften. Diese versucht auf zwei Fragen zu antworten. 1) Wie formen kulturelle Phänomene wie z.B. Glaubenssysteme, Werte, kulturelle Alltagshandlungen die Neurobiologie (z.B. genetische und neurologische Prozesse) und das Verhalten und 2) Wie ermöglichen oder erleichtern neurobiologische Mechanismen (wieder z.B. genetische und neurologische Prozesse) das Auftauchen und die Weitergabe von kulturellen Merkmalen? Das Gehirn und das Nervensystem werden hierbei als „kulturelle Organe“ betrachtet, die durch Sprache, soziale Interaktionen und Verhaltensmuster etwa der Kinderaufzucht wachsen und reifen. Zentrale These: Das Gehirn formt die Kultur und umgekehrt. Die vorgelegte Arbeit zeigt an einem Beispiel aus dem Bereich der Traumalogie, wie die kulturelle Neurowissenschaft helfen kann, die Dichotomie zwischen Universalismus und Relativismus, Anlage und Erziehung oder Genotyp und Phänotyp zu überwinden.

Schlagwörter Psychopathologie – Wissenschaftstheorie – dichotome Modelle vs. holistische Modelle – kulturelle Neurowissenschaften – Neurobiologie – Kulturkonzept – DSM – ICD

The Perennial Debate on Culture and Psychopathology: from Inferior Frontal Lobes to Cultural Neuroscience

Abstract A core issue in working with immigrants and refugees—both in the so-called western as well as in the international context of mental health—is the relation between biology and culture. This article distinguishes four perspectives of psychopathology that prevailed over the past 150 years. The first perspective is the “dichotomous perspective” that focused on either biology or culture as an explanatory model. This perspective was dominant during colonial times and was partially substituted by and overlapped with the next perspective. The second perspective is the “continuum-perspective” that attributed a “disorder” to the biological, socio-cultural, cognitive, emotional and linguistic aspects of behaviour. The third perspective is the “spectrum-perspective” that filters psychopathology through a prism into divergent behavioural patterns that can be studied. The fourth, which is also the latest and perspective that bears overlaps with the other ones, is the “cultural neuroscientific perspective.” Cultural neuroscience tries to answer two main questions: 1) how do cultural traits (e.g., values, beliefs, practices) shape neurobiology (e.g., genetic and neural processes) and behaviour; and 2) how do neurobiological mechanisms (e.g., genetic and neural processes) facilitate the emergence and transmission of cultural traits? This article concludes with an example of traumatic stress disorder showing how cultural neuroscience may help to transcend the dichotomy between universalism and relativism, between nature and nurture, and between genotype and phenotype.

Keywords Psychopathology – theories of science – dichotomy versus holistic views – cultural neurosciences – neurobiology – concept of culture – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)

* überarbeiteter Keynote-Vortrag („Kultur und psychopathologische Phänomene bei Flüchtlingen und Migranten“) zur 15. Zürcher Psychotraumatologie-Tagung (ISTSS = Int. Soc. for Traumatic Stress Studies), 17. April 2010.

Einleitung

Wer im „westlichen Milieu“ oder allgemein in Not-situationen wie bei Katastrophen oder Kriegen in den sogenannten Entwicklungsländer Migranten oder Flüchtlingen hilft, wird mit der Wechselwirkung zwischen Biologie und Kultur, zwischen *Nature* und *Nurture*, Genotyp and Phänotyp konfrontiert. In diesem Artikel gehe ich auf die Beziehung zwischen Biologie und Kultur ein, welche meines Erachtens nach in unseren Diskursen über die Psychopathologie eine der Kardinalfragen darstellt. Dabei kann man im Rückblick auf die vergangenen hundertfünfzig Jahre unterschiedliche Perspektiven im Denken über Psychopathologie unterscheiden. Hier beschränke ich mich auf folgende vier Perspektiven: Erstens die Dichotomie-Perspektive, in der entweder Biologie oder Kultur als Erklärungsmodell verwendet werden, zweitens die Kontinuum-Perspektive, bei der davon ausgegangen wird, dass eine Störung in unterschiedlichem Maße von biologischen oder sozio-kulturellen Faktoren verursacht werden, drittens die Spektrum-Perspektive, in der die Psychopathologie durch ein Prisma gebrochen und von verschiedenen Disziplinen untersucht wird und viertens die Perspektive der *kulturellen Neurowissenschaft*, in der die Wechselwirkung und gegenseitige Beeinflussung von Kultur und Neurobiologie studiert wird.

Obwohl in diesem Artikel ein historisierender Blickwinkel verwendet wird, bedeutet dies nicht, dass im Laufe der Geschichte eine Perspektive die andere ersetzt hat. Es ist eher so, dass eine Perspektive in einem bestimmten Zeitraum jeweils dominierte. In der Wechselwirkung zwischen Biologie und Kultur geht es sogar ständig um den Wechsel der Perspektiven, um die Frage zu beantworten, ob und in welchem Maße sich eine naturwissenschaftliche und eine sozialwissenschaftliche Herangehensweise an psychische Störungen mehr oder weniger vermitteln lässt. Außerdem geht es um die Frage, welche Herangehensweise in einer bestimmten Periode überwogen hat. Unterschiedliche Blickwinkel spielen nicht nur in unterschiedlichen Zeiträumen eine Rolle, sondern auch bei einzelnen Leuten, die es mit der Psychopathologie zu tun haben. Ein Therapeut kann z.B. davon ausgehen, dass eine Psychose vollständig durch die Biologie erklärt werden kann, aber dass hingegen eine Konversions- oder Essstörung eine kulturelle und/oder eine zeitspezifische Ausdrucksformen von abweichendem Verhalten ist.

Die erste Perspektive, die Dichotomie-Perspektive, war vor allem in der kolonialen und postkolonialen Zeit verbreitet. Die zweite Perspektive, die Kontinuum-Perspektive war vor allem während der so genannten Universalismus-Relativismus oder Universalismus-Partikularismus Debatte verbreitet. Anhand dieser Debatte wird deutlich, warum die Spannungen zwischen eher biologisch orientierten Denkern und eher sozial orientierten Denkern über das psychosoziale Paradigma zur dritten Perspektive führten, nämlich die Spektrum-Perspektive. Die Spektrum-Perspektive spielt in einem anderen Kontext vor allem eine Rolle und spiegelt sich in den Diskussionen um den DSM-V/VI und den ICD-11 wieder. Die vierte Perspektive, nämlich die der kulturellen Neurowissenschaft, kann wohlmöglich die jahrhundertlange Dichotomie zwischen *nature* und *nurture* oder zwischen Phänotyp und Genotyp überbrücken.

1. Die Dichotomie-Perspektive in der kolonialen und postkolonialen Zeit

Im kolonialen Diskurs über psychische Erkrankungen entschieden Forscher und Mediziner sich oft relativ einseitig für einen universalistischen oder kulturrelativistischen Standpunkt. In der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts wurden Krankheiten allmählich mehr als eigenständige Entitäten betrachtet, welche Personen auf gleiche Weise treffen konnten. Medizinhistoriker sprechen vom Übergang des „holistischen“ Krankheitsmodell zum „Entitätsmodell“ (DEHUE 2008: 37). KRAEPELIN war bereits sehr früh ein Fürsprecher des Entitätsmodell. Er war wahrscheinlich der erste, der im Bezug zur Psychopathologie einen universalistischen (etischen) Standpunkt einnahm. Er basierte sein Klassifikationssystem auf Gemeinsamkeiten zwischen Patient und ätiologischen Ausgangspunkten. Dieses System repräsentiert den philosophischen Realismus oder Positivismus dieser Zeit und wurde in der amerikanischen Diagnose-Klassifizierung der St. Louis Forschergruppe aufgenommen. Die Kriterien wurden bekannt als die St. Louis oder Feigner-Kriterien und gaben den Anstoß zur weiteren diagnostischen Entwicklung, die zu den Research Diagnostic Criteria (RDC) führten und daraufhin zur DSM-III Klassifikation (ESCOBAR & VEGA 2006). KRAEPELIN (1896) studierte zum Beispiel während seines Besuches in Südostasien Amok und Psychosen. Er zog daraus den Schluss, dass das klinische Bild der Psychose

darauf hin deutete, dass es sich um eine universelle Erkrankung handele. Das Vorkommen von weniger Wahn und akustischen Halluzinationen bei den Javanern schrieb er deren mangelhaften intellektuellen Entwicklung zu¹. Ethnologische Berichte über lokal auftretende und „exotische“ Erkrankungen standen allerdings im Gegensatz zu Kraepelins Suche nach der Universalität der *Dementia Praecox* und den bipolaren affektiven Störungen. Exotische Erkrankungen wurden oft als vereinzelt dastehende Formen der Psychopathologie angesehen, welche sich in bestimmten Kulturen manifestieren würden. Viele von ihnen wurden in den wachsenden Korpus der sogenannten kulturgebundenen Syndrome eingeordnet, wovon 1985 SIMON und HUGHES 192 unterscheidbare registrierten.

Unterschiedliche Ausdrucksformen der Psychopathologie wurden oft auf die Unterlegenheit des Gehirns von „Eingeborenen“ – also ein biologisches Attribut – oder auf exotische Gebräuche zurückgeführt². Ein Beispiel dafür ist arktische Hysterie oder *Pibloktoq*, welche später als kulturgebundenen Syndrom beschrieben wurde. Die Ideen und Vorstellungen über diese Erkrankung basierten hauptsächlich auf den Geschichten von Seemännern, die im arktischen Eis gestrandet waren. Das „hysterische“ Verhalten der Inuit-Frauen bestand darin, dass sie aufs Eis rannten und sich dabei ihre Kleider auszogen. Nach einigen Stunden ließ ihr agitiertes Verhalten nach. Später stellte sich heraus, dass der Admiral, der dieses „kulturgebundene Syndrom“ beschrieb, selbst dafür verantwortlich war. Er zwang die Inuit-Männer, über sehr dünnes Eis auf Expedition zu gehen und erlaubte seiner Mannschaft, die Inuit-Frauen zu benutzen, um ihre sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen. Einige Frauen reagierten darauf mit diesem „hysterischem“ Verhalten. Die „schamanische Magie“, welche die Frauen angeblich benutzt haben, um ihre Ehemänner zu beschützen, war ein Resultat der kolonialen Ausbeutung (DICK 1995, KIRMAYER 2007: 6). Die beobachtete „exotische Psychopathologie“ war eine verständliche Reaktion auf eine weniger verständliche Unterdrücker-Situation.

LÉVI-BRUHL und CAROTHERS waren ebenfalls Vertreter kolonialer Ideen über „primitives Denken“, welches der Unterentwicklung des Frontallappens zugeschrieben wurde. Einerseits meinte Carothers, dass die gerne lachenden Afrikaner mit ihren unterentwickelten Frontallappen nicht depressiv sein konnten. Andererseits gab er in Ostafrika den Impuls

für die Entwicklung der Asyl-Psychiatrie wie die Niederländer sie in *Buitenzorg* bei Batavia (Java) oder in der *s Lands Psychiatrische Inrichting* in Paramaribo (Surinam) entwickelten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Periode der Dichotomie-Perspektive die große westliche Psychiatrie biologisch interpretiert wurde, während andere unverständliche oder bizarre Verhaltensweisen als exotische Kulturvarianten angeschaut wurden.

2. Die Kontinuum-Perspektive und die Debatte Universalismus vs. Relativismus

In den Geisteswissenschaften wird oft angenommen, dass Erkrankungen, die eine biologische Ursache haben, universell vorkommen. Verhaltensmuster und deren Psychopathologien könne man auf einem Kontinuum anordnen, wobei sich an einem Ende universelle Störungen befinden, die am besten durch ein biologisches Paradigma erklärt werden können und am anderen Ende kulturgebundene Verhaltensvarianten oder -Störungen, die besser durch ein sozialpsychologisches Paradigma erklärt werden können (vgl. Abb. 1).

Die Universalismus-Debatte läuft derzeit allmählich auf folgenden Konsens zu: je nachdem, wie schwerwiegend das als „abweichend“ erfahrene psychiatrische Krankheitsbild ist und je nachdem, ob es besser durch ein neurobiologisches Paradigma beschrieben werden kann, treten mehr die universellen Merkmale auf. Inzidenz- und Prävalenzraten liegen weltweit gesehen näher beieinander. Umgekehrt gilt: wenn die Erkrankung besser mit Hilfe eines sozialpsychologischen Paradigmas zu erklären ist, zeigt die Erkrankung eher Züge auf, die nur in speziellen (Sub-)Kulturen vorkommen. Die Erkrankung ist dann eher an eine bestimmte Periode gebunden, an spezifische sozioökonomisch determinierte Klassenstrukturen, an kulturelle (Sub-)Gruppen, an belastende Stress-Situationen oder an durch Gewalt bedingte politisch-ökonomische Gegebenheiten. Die Prävalenz- und die Inzidenzrate dieser Verhaltensmuster zeigt große Variabilität zwischen unterschiedlichen (Sub-)Kulturen (siehe Abb. 1 unten).³

Zu dieser sozialpsychologischen Seite des Kontinuums rechne ich auch „sozialkonstruktivistische“ Theoretiker und Autoren wie Emile Durkheim, Ruth Benedict, Michel Foucault, T. Scheff, Thomas Szasz, Ronald Laing, David Cooper und Jan Foudraire. So entstanden im Laufe der Geschichte unterschied-

Symptomatische Störungen Idioms of distress	Psychosen	„Common mental disorders“	Neurosen/Psycho-organische Krankheiten
Kuru Jacob Creutzfeld Krankheit Spongiforme Enzephalopathie	Schizophrenie Bipolare Störung	Depressionsstörung Panikstörung und Sonstige Angststörungen PTSS Somatoforme Störungen	Persönlichkeitsstörung Kulturgebundenen Syndrom (CBS) (koro, latah, ataques de nervios, dhat, tajin, kyofushu) Anorexie und Bulimie Ladendiebstahl und Kleptomanie Menopause und PMS Besessenheit und Dissoziation Drapetomanie Nordafrikanisches Syndrom Calciomania (Fußball-Verrücktheit) Schule-Schwänzen Homosexualität Cyberchondrie Idioms of distress (brain fog, heart distress, Neurasthenie, susto)
Biomedizinisches Paradigma	←-----→		Sozialpsychologisches Paradigma
Universalismus	←-----→		Relativismus-Partikularismus
Life time Prävalenz	Schizophrenie 1% Bipolare Störung 0.3- 1.5%	Panikstörung 0.4-2.9% Depressionsstörung 2-19% PTSD 4-80%	Anorexie 0-0,00183-0,083%

Abb. 1: Kontinuum mit psychiatrischen und psychosozialen Erscheinungsformen, die nach dem Ausmaß sortiert sind, in dem sie eher durch ein biomedizinisches oder durch ein sozialpsychologisches Paradigma erklärt werden können.

liche Erkrankungen und verschwanden auch wieder. Die „Drapetomanie“ etwa, die „pathologische“ Neigung von Sklaven, von den Plantagen zu flüchten, verschwand, als die Sklaverei abgeschafft wurde. „Kalziomanie“ oder Fußball-Verrücktheit in Italien und „Telefoniersucht“ sind neue Erscheinungen. Manche meinen, dass die Menopause nicht universell vorkommt und sich die Symptome während und nach der Menopause in Japan, Kanada und den USA unterscheiden (LOCK & KAUFERT 2001). Homosexualität verschwand 1991 als Erkrankung aus der westlichen Krankheitslehre als nosologische Entität. „Cyberchondrie“ dahingegen scheint ein neues Krankheitsbild zu werden.⁴

Zusammenfassend kann man in Bezug auf die Kontinuum-Perspektive sagen, dass mehr und mehr die Notwendigkeit realisiert wird, die komplexe Interaktion zwischen biologischen, sozialkulturellen, kognitiven, emotionellen und linguistischen Aspekten in Bezug auf das Verhalten interdisziplinär zu studieren. Bei jeder psychischen Erkrankung spielen kulturspezifische und universelle Faktoren eine Rolle.

3. Die Spektrum-Perspektive

Die dritten Perspektive, die Spektrum Perspektive, manifestiert sich in der heutigen kulturvergleichenden Beschreibung unterschiedlicher Formen der Psychopathologie. In der Literatur wird die Interaktion zwischen Biologie und Kultur aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Bei dieser Sichtweise werden unterschiedliche Formen der Psychopathologie durch ein Prisma gebrochen. Das heißt Verhaltensmuster werden aus verschiedenen Betrachtungswinkeln und Disziplinen beschrieben. Ich werde versuchen dies an Hand von Depressionen (vgl. APA 1994: 324) zu erläutern.

Depression

1. Kultur beeinflusst die Erfahrung von Depression und die Art, wie die Symptome kommuniziert werden. Um Über- oder Underdiagnostizierungen vorzubeugen, müssen klinische Mediziner ethnische und kulturelle Faktoren kennen, welche die Beschwerden und die Diagnosestellung beeinflussen können. Manche Kulturen drücken Depression eher somatisch aus als durch Traurigkeit und Schuldgefühle. Beschwerden über „Nerven“ oder Kopfschmerzen kommen zum Beispiel häufiger in Latino- oder me-

diterranen Kulturen vor. Beschwerden über Schwächegefühl, Abgeschlagenheit oder „Dysbalance“ kommen eher in chinesischen und asiatischen Kulturen vor. Probleme mit dem Herzen eher im mittleren Osten, „gebrochenes“ Herz unter den Hopi Indianern oder Seelenverlust (als Folge von Hexerei) oder „*thinking too much*“ in Afrikanischen oder Asiatischen Kulturen.

Kleinman folgerte daraus, dass Neuroasthenie und Depression in China unterschiedliche Krankheitserfahrungen sind, die aber einer Depression zu Grunde liegen würden (KLEINMAN 1980). SCHWEDER (1991) hingegen meinte, man könne genauso gut umgekehrt argumentieren, dass die Depression der Nordamerikaner eine emotionalisierte Neurasthenie ist und dass die Neurasthenie, und nicht die Depression, die zu Grunde liegende Erkrankung ist (MACLACHLAN & MCGEE 2007).

Es ist außerdem interessant, dass die asiatischen oder hispanischen Zuwanderer sich in ihrer Ausdrucksweise der psychischen Beschwerden an die der anderen ethnischen Gruppen anpassen, je mehr sie sich an die amerikanische Kultur akkulturieren. (vgl. CHEN, GUARNACCIA & CHUNG 2003; TAKEUCHI, CHUN & SHEN 1996; ROGLER, CORTES & MALGADY 1991). Chinesische Zuwanderer in Toronto zeigten in ihrer eigenen Umgebung genauso viele psychologische Symptome wie einheimische Kanadier. Allerdings äußerten sie die Symptome weniger in einer ambulanten Umgebung (RYDER *et al.* 2008).

Die Aufmerksamkeit, die in westlichen Kulturen vor allem auf innerpsychische Prozesse gerichtet ist, wird vor allem im Vergleich mit großen Teilen der Weltbevölkerung sichtbar. Dazu gehören Stichworte wie die Konstruktion des Selbst, wobei ein Unterschied zwischen dependenten und interdependenten Kulturen gemacht wird (MARKUS & KITAYAMA 1991), oder individualistische Kulturen (mit Autonomie, Selbstkontrolle, Separation von anderen und Selbstreflexion sowie Fachbegriffen wie Ich-Psychologie, Ich-Stärke, Erkenntnis und Willensfähigkeit) und kollektivistische Kulturen, in denen Verbundenheit, soziale Kontrolle und Gruppenkontrolle sowie Fachbegriffe wie Gruppen-Ich – oder *Wego*, wie manche Amerikaner sagen – Gruppen-Superego, „interaktives Ego“ oder „zusammengestelltes“ Selbst betont werden. In der Ethnologie wird von Individualismus und Dualität gesprochen (REIS 2010). Ein anderes Phänomen, welches eine Widerspiegelung der westlichen Aufmerksamkeit für diese internen Pro-

zesse ist, ist die Wertschätzung der Selbstexpression (INGLEHART & WEZEL 2003; HOLLAN 2004). Diese Formen der Konstruktion des Selbst sind für einen Therapeut bei der Beurteilung der Achse II-Störungen sehr wichtig.

2. Kulturen können sich auch in ihrer speziellen Beurteilung der Schwere eines ausgedrückten Symptoms wie der Dysphorie/Misstimung unterscheiden. Gereiztheit ist in Eritrea das Hauptsymptom, welches auf eine depressive oder posttraumatische Problematik hinweisen kann. In Westafrika ist zurückgezogenes Verhalten und ein verwahrlostes und ungepflegtes Aussehen für eine Familie besorgniserregend. Das gleiche gilt für Gewichtsverlust. Man geht davon aus, dass Hexen den *Élan vital* von jemanden „konsumieren“, was nicht nur bei Depressionen vorkommt, sondern auch bei Erkrankungen wie Tuberkulose, Aids, Masern, Cholera, und bösartigen Tumoren.

3. Kulturell beeinflusste Erfahrungen wie die Angst, verhext zu werden, Hitzegefühl im Kopf, juckendes Gefühl von Würmern und Parasiten im Körper müssen von echten Halluzinationen und Wahn unterschieden werden. Diese können Merkmale einer depressiven Störung mit psychotischen Charakteristika sein.

Zusammengefasst kann man sagen, dass vieles dafür spricht, in der „Depression“ eine universelle Erkrankung zu sehen. Auch die Ursachen einer Depression können universell sein, zum Beispiel als Reaktion auf einen Verlust (NESSE 2000) oder das Unvermögen unerreichbare Zielsetzungen loszulassen (WROSCH, SCHEIER, CARVER & SCHULZ 2003). Der Anfang einer Depression führt zu einer biologischen Reaktion, die man in Abweichungen in den noradrenergen und serotonergen neuronalen Systemen ablesen kann. Die biologische Reaktion resultiert aus einer Kaskade von psychologischen Erfahrungen und somatischen Folgen. Diese werden durch eine kulturelle Linse und ein kulturell bestimmtes System von Sinnggebung wahrgenommen. Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass in der westlichen Welt ein psychologischer Fokus relativ viel Aufmerksamkeit bekommt. Dies muss jedoch nicht die Norm werden, an der Ausdrucksformen anderer (Sub-)Kulturen gemessen werden.

Die dritte Perspektive, die Spektrum-Perspektive, kann man wie folgt zusammenfassen. Die Wechselbeziehung zwischen Biologie und Kultur wird in der Literatur aus einer breiten und verschiedenarti-

gen Perspektive beschrieben. Es ist auffallend, dass keine Versuche mehr unternommen werden, um ein allumfassendes Model zu entwickeln, welches die Wechselwirkung von den Disziplinen in Beziehung zu psychopathologischen Erscheinungsformen beschreibt. Das Zeitalter der allumfassenden Erklärungen für die Entstehung der Psychopathologie scheint hinter uns zu liegen.

4. Die Perspektive der kulturellen Neurowissenschaft

Die vierte Perspektive beschreibt die der *kulturelle Neurowissenschaften*. Die kulturelle Neurowissenschaft studiert den Einfluss kultureller Merkmale und Inventarien (wie z.B. Werte, Weltauffassungen und Alltags-Praktiken) auf die Neurobiologie (z.B. auf genetische und neuronale Prozesse) und auf das Verhalten. Sie fragt, wie neurobiologische Mechanismen (z.B. genetische und neuronale Prozesse) die Transmission kultureller Züge erleichtern (CHAI 2009). An Hand eines Beispiels wird verdeutlicht, wie die vierte Perspektive helfen kann, existierende Dilemmata im Bezug zur Psychopathologie zu lösen. Das wissenschaftliche Ziel der diagnostischen Psychiatrie ist, die klassifizierten Symptome zu ordnen, zu erklären, vorher zusagen und zu behandeln (KENDELL 1989). Forscher sind sich darüber ziemlich einig, dass der DSM und der ICD diese Aufgaben nicht ausreichend erfüllen.

Syndrom und Idiome um PTSD/PTBS

Manche Forscher denken, dass die Diagnose von PTSD/PTBS nur bedingt konzeptuelle und inhaltliche Gültigkeit hat für Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Gruppen, da sie keine somatische Symptomen umfasst (KIRMAYER & SARTORIUS 2007). Im Folgenden werde ich einige Beispiele von körperlichen Beschwerden als bekannte, verbreitete und hervorsteckende Reaktionen auf Traumata in bestimmten Kulturen präsentieren: „Schmerz“ bei gefolterten bhutanesischen Flüchtlingen (VAN OMMEREN *et al.* 2001); „Körperhitze“ bei den Einwohnern von Salvador (JENKINS & VALIENTE 1994) und bei senegalesischen Flüchtlingen (TANG & FOX 2001); gastrointestinale Beschwerden, Nackenschmerzen, Ohrensausen und orthostatisches Schwindelgefühl bei kambodschanischen Flüchtlingen (HINTON, CHHEAN & PICH 2006; HINTON *et al.* 2008) und plötzliche Atemnot/Kurzatmigkeit bei Ruandesen (HAGENGIMANA & HINTON 2009). Gegen die Aufnahme

dieser somatischen Beschwerden in die PTSD Kriterien spricht das Auftreten dieser Beschwerden bei so unterschiedlichen Syndromen wie Depression, generalisierte Angst und Panik.

Andererseits können diese somatischen Symptome in einer kulturellen Umgebung als ein vordergründlicher Aspekt von PTSD funktionieren und sich in kulturellen Syndromen oder in *idioms of distress* manifestieren (DICKSON-GOMÉZ 2002; WELLER *et al.* 2008).

Diese in Syndrome organisierten *idioms of distress* treten vor allem als Teil einer Reaktion auf ein Trauma auf, wenn (a) das Idiom durch eine kulturelle Gruppe mit einer traumatischen Ätiologie verbunden wird; oder (b) das Idiom durch die Symptome charakterisiert wird, die als Folge von einem Trauma entstehen: eine Schreckreaktion oder *Startle*, Gefühllosigkeit (numbing), somatische Äquivalente von Erregung (Hyperarousal) und Emotionen wie Furcht oder Angst, und individuelle Ausdrucksformen von Dissoziation; oder (c) das Idiom als eine epidemische oder kollektive Ausdrucksform von Angst auftritt (zum Beispiel Dissoziation, Besessenheit, oder pathologische Besessenheits-Trance). Dieser Dreiteilung können unterschiedliche Ausdrucksformen von Trauma zugeschrieben werden.

1) Die Verbindung einer traumatischen Ätiologie und eines Idioms kommt bei *susto* (Angst), *nervios* (Nerven), *ataques de nervios* bei lateinamerikanischen Gruppen (LEWIS-FERNÁNDEZ, GUARNACCIA, MARTINEZ *et al.* 2002; GUARNACCIA, LEWIS-FERNÁNDEZ & MARANO 2003), *khyl* (Blähungen) und schwachem Herz bei geflüchteten Kambodschanern (HINTON & GOOD 2009) vor.

2) Die Verbindung eines Idioms an Symptome, die mit einem Trauma zusammenhängen, tritt beim „gebrochenen Herzen“ (Baksbat) in Kambodscha (CCHIM 2010) auf oder bei Bluthochdruck in Sierra Leone (HENRY 2006); aber auch bei individuellen Fällen von Besessenheit in Uganda (*ebd.*).

3) Das Auftreten des Idioms als kollektive („epidemische“) Ausdrucksform von Angst bei Besessenheit kommt unter anderem vor in Mozambique (IGREJA 2006), Norduganda (AKKELLO 2008) und Süduganda (VAN DUILL, CARDEÑA & DE JONG 2005), Guinea Bissau (DE JONG & REIS 2010) und bhutanesischen Flüchtlingen (VAN OMMEREN *et al.* 2001), *ihahamuka* („Lunge ohne Atem“) in Ruanda (HAGENGIMANA *et al.* 2009); *llaki* („Trauer“) im Peruanischen Hochgebirge (PEDERSEN *et al.* 2008), *ma-*

silango („extreme Angst“) bei den Mandinga (FOX 2003), das Golfkrieg-Syndrom bei Veteranen (COHN, DYSON & WESSELY 2008; US Institute of Medicine <http://veterans.iom.edu>), die Koro-Epidemien, die zum Beispiel in Singapur, Thailand, China, Assam, Ost- und West Bengalen und Nigeria auftreten (DE JONG 2010), und Gruppensymptome bei Satankulten in der Westlichen Welt.

All diese Epidemien haben folgende Merkmale gemein: 1) bei der Bevölkerung herrscht ein hohes Stressniveau; 2) kulturspezifische Auffassungen lassen die Bedrohung realistisch und glaubhaft erscheinen; 3) die Beschwerden verbreiten sich vor allem bei Menschen, die bereits für Angst anfällig sind (zum Beispiel, dass sie bereits an einer anderen Angststörung als das PTBS leiden), Menschen, die mit anderen Anfälligkeitstaktoren zu kämpfen haben und Menschen, die Merkmale mit Anderen teilen; und 4) die Beschwerden sind von kurzer Dauer und entwickeln sich nicht zu chronischen Störungen.

Diese *Idioms of distress* haben lokal mehr Bedeutung und emotionalen Wert als die medizinische PTSD/PTBS-Diagnose. Sie rufen mehr Empathie hervor oder können ein Hinweis für eine zugrunde liegende Psychopathologie oder den möglichen Behandlungsverlauf sein. Diese lokalen Ausdrücke verdeutlichen das Leiden oder die Gesundheit einer Person besser als eine Standarddiagnose; und für Therapeuten ist es gut, diese Ausdrucksformen zu kennen, um so ihre Patienten und deren Bedürfnisse besser zu verstehen.

Es ist wichtig, dass wir uns darüber im Klaren sein müssen, dass diese lokal so bedeutsamen *Idioms-of-distress* und sonstige Symptom-Konstellationen bei der Debatte um die Erneuerung des DSM V/VI, ICD-11 und im Nachdenken über ein zukünftiges Spektrums von Störungen anknüpfen und einbezogen werden müssen.

Eine interessante Frage in Bezug auf die vierte Perspektive, nämlich die der kulturellen Neurowissenschaft, ist, ob diese lokalen Ausdrucksformen Ausdruck eines jeweils anders funktionierenden Gehirns sind. Außerdem ist die Frage, ob das Gehirn Strukturvariationen und Funktionalitäten entwickelt hat, weil Menschen in unterschiedlichen Gebieten unterschiedliche Lebenserfahrungen haben, von Bedeutung. Mit anderen Worten, es ist interessant, die Frage zu stellen, ob es eine reziproke Beziehung zwischen historischen Entwicklungen und der Entwicklung bestimmter Gehirnfunktionen gibt.⁵

Was könnte das für die eine zukünftige Klassifikation bedeuten? Um die kulturell sensible Verwendung der DSM-Konstruktionen und -Normen zu vergrößern, ist weltweit mehr Forschung nötig, welche die Anwesenheit von solchen Symptomen feststellt, davon eindeutige Syndrome abgrenzt und die diagnostischen Kriterien – sowohl kategorial als auch dimensional – an zwei Richtungen anpasst: 1. eine deutliche Abgrenzung der Hauptkriterien, am besten anwendbar in allen Gesellschaften, Kulturen und Ländern, und 2. Anerkennung kultureller und kulturvergleichender Varianten in Symptomdefinitionen und Verhaltens- und Symptomanifestationen (KUPFER *et al.* 2002: 17).

DE JONG *et al.* (2005) haben beschrieben, wie solch ein internationales und kulturvergleichendes Diagnosesystem konstruiert werden kann. Sie schlagen vor Typ A-, Typ B- und Typ C-Symptome zu unterscheiden. Typ A- oder Kernsymptome sind identisch in allen Kulturen und bilden die Kernkonstruktion oder universelle Items eines Klassifizierungssystem. Diese Symptome basieren auf universelle neurobiologische und auf molekular-genetische und biologische Merkmale, auf Neurochemie, Neurophysiologie und kognitive neurologische Merkmale. Sie können als definierende Merkmale betrachtet werden (KENDALL & JABLENSKY 2003). Obwohl hierbei universelle Züge im Vordergrund stehen, gibt es unzählige Variationen in Bezug auf die Neurobiologie, die wir noch nicht erforscht haben. Mögliche Abweichungen der Amygdala bei Menschen mit PTBS in LMI Ländern wurden zum Beispiel noch nie erforscht. Typ B Symptome sind per Kultur einzigartig und eine Widerspiegelung grundsätzlicher, universeller Probleme und zugleich Teil eines lokalen Moduls. Bei Typ B können lokale Syndrome und *Idioms-of-distress* untergebracht werden. Typ C-Symptome sind Ausdruck kulturspezifischer Prozesse mit kulturspezifischen Symptomen, die gleichermaßen auch Teil einer lokalen Konstruktion sind. Man kann hierbei an lokale Beschwerden und körperliche Symptome denken, die oft weniger diagnose-spezifisch, jedoch wichtig sind für die lokale Bevölkerung oder eine bestimmte Migranten- oder Flüchtlingsgruppe sind.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die vierte Perspektive, die der kulturellen Neurowissenschaft eine Antwort auf die Frage geben könnte, warum es eine kulturelle Vielfalt gibt und woher diese kommt, eine Frage, die der Ethnologe Franz Boas bereits 1907 gestellt hat. Es ist ermutigend, dass der

Anfang des 21. Jahrhunderts ein Zusammentreffen von Forschung über Kultur und Biologie im Gebiet der kulturellen Neurowissenschaft markiert. Wir können darauf gespannt sein, zu sehen, wie lange es noch dauern wird, bis wir besser verstehen, wie die Kultur aus der menschlichen Biologie hervorgeht und wie die menschliche Biologie die Kultur gestaltet.

Anmerkungen

- 1) Weniger bekannt, aber doch interessant in Bezug auf die Diskussion um die kategoriale im Gegensatz zur dimensional Klassifizierung im DSM-V ist, dass Kraepelin bereits 1920 ein dimensional-hierarchisches Modell vorschlug, welches diese klinischen Erscheinungsformen eher berücksichtigte (KRAEPELIN 1992).
- 2) Die Attribuierung von kulturellen Unterschieden in den Ausdrucksformen der Psychopathologie an die Rasse und Kraepelins Theorien zur biologischen Degeneration als Ursache von psychischen Erkrankungen trugen nach ROELCKE (1997) zur eugenischen Politik der Nazis bei (KIRMAYER 2007).
- 3) Eine abrupte Bewegung zum biologischen Ende des Kontinuum fand zum Beispiel bei Kuru, einer neuropsychiatrischen Erkrankung der Fore in Neuguinea statt. Nach anfänglichen emischen Interpretationen dieses endokannibalistischen Trauerituals, unteren anderen in Termini von Hexerei oder Voodootod, wurde die Verbreitung von Kuru heutzutage der „Transsumption“ zugewiesen, d. h. der Konsum des Toten und die Inkorporation des Körpers des Toten in die Körper von lebenden Familienmitgliedern, um so die Seele des Verstorbenen zu befreien. Dieser Brauch hatte eine tiefe Bedeutung für die Fore und ihre Nachbarn. Frauen, Schwiegertöchter und Kinder bekamen oft ein Teil des Kopfes (WHITFIELD, PAKO, COLLINGE & ALPERS 2008). Kuru schien, genauso wie die Jakob-Creutzfeldt-Erkrankung und der Rinderwahn durch Prionen verursacht, wobei das intakte Molekül wohlmöglich gegen Schäden durch Kupferionen im Nervensystem schützt. Die durch Kopf- und Gelenkschmerzen, Zittern und heftiges Beben der Gliedmassen charakterisierte Erkrankung, die im Weiteren zu Ataxie, zwanghaften Lachanfällen (laughing death) und schließlich zum Tode führt, dauert bis zu ein und ein halb Jahren.
- 4) „Cyberchondrie“ beschreibt eine unbegründete Angst vor einer ernsthaften Erkrankung als Folge von Suchverhalten im Internet. In der echten Welt liegt die Wahrscheinlichkeit, dass Kopfschmerzen z. B. durch einen Tumor verursacht werden, bei 0,0116 Prozent. In der virtuellen Welt soll dagegen die Wahrscheinlichkeit als Folge der ‚Eskalation‘ oder des Weiterklickens nach einer schwerwiegenden Erkrankung bei drei Prozent liegen (Maurits, *Vrij Nederland* 8-12-2008, p.18).
- 5) Es ist auffällig, dass in den vier hier genannten Ländern Afghanistan mindestens in den letzten Jahrhunderten deutlich von Kriegen und Gewalt betroffen gewesen ist. Und das nur im Afghanischen das Wort „tashvish“ für „distress“ („worry“/„Sorgen“) als Symptom das „Nachdenken über den Tod“ und das „Zufügen von körperlichen Wunden“ genannt wird.

Danksagung

Ich danke Silke Hoppe für die Übersetzung ins Deutsche.

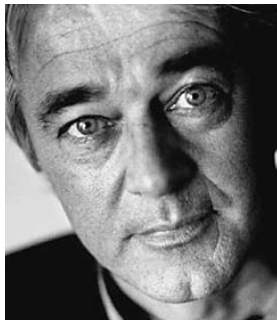
Literatur

- AKELLO G., REIS R. & RICHTERS A. 2010. Silencing distressed children in the context of war in northern Uganda. An analysis of its dynamics and its health consequences. *Soc Sci Med*, in press.
- APA 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- CCHIM S. 2010. Personal communication.
- CHIAO J.Y. 2009. Cultural neuroscience: a once and future discipline. In CHIAO J.Y. (ed). *Progress in Brain Research* 178: 287-304.
- COHN S, DYSON C, WESSELY S. 2008. Early accounts of Gulf War illness and the construction of narratives in UK service personnel. *Soc Sci Med* 67: 1641-1649.
- DE JONG J.T.V.M., KOMPROE I.H., SPINAZZOLA J., KOLK B. VAN DER & OMMEREN M. VAN 2005. DESNOS in four post conflict settings: Cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress* 18: 13-23.
- DE JONG J.T.V.M. 2010. Psychopathologie. In: JOOP DE JONG & SJOERD COLIJN (red.) *Handboek Culturele Psychiatrie en Psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom, pp. 401-421.
- De Jong J.T.V.M. & Reis R. 2010. Kiyang-yang, a West-African Postwar Idiom of Distress. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Open access at Springerlink.com
- DEHUE T. 2008. *De depressie epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- DICK L. 1995. "Pibloctog" (Arctic hysteria): A construction of European-Inuit relations. *Arctic anthropology* 32: 1-42.
- DICKSON-GOMÉZ J. 2002. The sound of barking dogs: violence and terror among Salvadoran families in the postwar. *Med Anthropol Q* 16: 415-438.
- ESCOBAR J.I. & VEGA W.A. 2006. Cultural issues and psychiatric diagnosis: Providing a general background for considering substance use diagnoses. *Addiction* 101(Suppl. 1): 40-47.
- FOX S.H. 2003. The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcult Psychiatry* 40: 488-506.
- GUARNACCIA P.J., LEWIS-FERNÁNDEZ R. & MARANO M.R. 2003. Toward a Puerto Rican popular nosology: nervios and ataque de nervios. *Cult Med Psychiatry* 27: 339-366.
- HAGENGIMANA A., HINTON D. 2009. *Ihahamuka*, a Rwandan syndrome of response to the genocide: blocked flow, spirit assault, and shortness of breath. In HINTON D.E., GOOD B.J. (eds). *Culture and panic disorder*. Stanford: Stanford University Press: 205-229.
- HINTON D.E., CHHEAN D., PICH V. et al. 2006. Tinnitus among Cambodians: relationship to PTSD severity. *J Trauma Stress* 19: 541-546.
- HINTON D.E., HINTON S.D., LOEJM J.R. & POLLACK M.H. 2008. The "multiplex model" of somatic symptoms: application to tinnitus among traumatized Cambodian refugees. *Transcult Psychiatry* 45: 287-317.
- HINTON D.E. & LEWIS-FERNANDEZ R. 2010. The Cross-Cultural Validity of Posttraumatic Stress Disorder: Implications for DSM-V. *Journal of Depression and Anxiety*, in press.
- HOLLAN D. 2004. Self systems, cultural idioms of distress, and the psycho-bodily consequences of childhood suffering. *Transcultural psychiatry* 41: 62-79.
- INGLEHART R.F. & WELZEL C. (2003). The theory of human development: A cross-cultural analysis. *European Journal of Political Research* 42: 341-479.
- IGREJA V., KLEIJN W. & RICHTERS A. 2006. When the war was over, little changed: women's posttraumatic suffering after the war in Mozambique. *J Nerv Ment Dis* 194: 502-509.
- JENKINS J.H., VALIENTE M. 1994. Bodily transactions of the passions: el calor (the heat) among Salvadoran women. In CSORDAS T. (ed). *The body as existential ground: studies in culture, self, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

- KENDELL R., & JABLENSKY A. 2003. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry* 160: 4-12.
- KENDLER K.S. 1995a. Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Archives of General Psychiatry* 52,11: 895-9.
- 2005b. "A gene for. ...": the nature of gene action in psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry* 162: 1243-1252.
- 2006. Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. *The American Journal of Psychiatry* 163: 1138-1146.
- KIRMAYER L.J. 2007. Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry* 44: 232-258.
- KIRMAYER L.J. & SARTORIUS N. 2007. *Cultural models and somatic syndromes*. *Psychosom Med* 69: 832-840.
- KLEINMAN A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- KRAEPELIN E. 1899. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Sechste Auflage. II. Band. *Klinische Psychiatrie*. Leipzig: J.A. Barth.
- 1992. The Manifestations of Insanity [Die Erscheinungsformen des Irreseins]. *Historical Psychiatry* 3: 509-529.
- KUPFER D.J., FIRST M.B. & REGIER D.A. 2002. *A Research Agenda for DSM-IV*. Washington DC: APA.
- LEONE HENRY D. 2006 Violence and the body: somatic expressions of trauma and vulnerability during war. *Med Anthropol Q* 20: 379-415.
- LEWIS-FERNÁNDEZ R., GUARNACCIA P.J., MARTINEZ I.E. et al. 2002. Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks, and panic disorder. *Cult Med Psychiatry* 26: 199-223.
- LOCK M. & KAUFFERT P. 2001. Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology* 13: 494-504.
- MACLACHLAN M. & MCGEE S. 2007. Psychology and cultural psychiatry. In BHUGRA D. & BUI K. (Red.). *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press: 43-59.
- MARKUS H.R. & KITAYAMA S. 1999. Culture and the self: Implications of cognition, emotion and motivation. *Psychological Review* 98: 244-253.
- NESSE R.M. 2000. Is depression an adaptation? *Archives of general psychiatry* 57: 14-20.
- NICHTER M. 1981. Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: a Case from South India. *Cult Med Psychiatry* 5: 379-408.
- PEDERSEN D., TREMBLAY J., ERRAZURIZ C. & GAMARRA J. 2008. The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highland. *Soc Sci Med* 67: 205-217.
- OMMEREN M. VAN, DE JONG J.T., SHARMA B. et al. 2001. Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Arch Gen Psychiatry* 58: 475-82.
- REIS R. 2010. „Verschil maken“. *Uitdagingen voor een medische antropologie in public health*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Medische Antropologie. Leiden: Universiteit Leiden, 22 maart 2010. (<http://www.lumc.nl/0000/12296/80804012111221/912040955133257/1003110216383257/>)
- ROELCKE V. 1997. Biologizing Social Facts: an Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia and Degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry* 21: 383-403.
- ROGLER L.H., CORTES D.E. & MALGADY R.G. 1991. Acculturation and mental health status among Hispanics. *American Psychologist* 46: 585-597.
- RYDER A.G., YANG J., XIONGZHAO ZHU, SHUQIAO YAO, JINYAO YI, HEINE S.J. & BAGBY R.M. (2008). The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology* 117, 2: 300-313.
- SHWEDER R.A. 1991. *Thinking Through Cultures: Expeditions in Cultural Psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SIMONS R.C. & HUGHES C.C. 1985. *The culture-bound syndromes*. Dordrecht: Reidel.
- TAKEUCHI D.T., CHUN C. & SHEN H. 1996. *Stress exposure and cultural expressions of distress*. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association. New York.
- TANG S.S. & FOX S.H. 2001. Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. *J Nerv Ment Dis* 189: 507-512.
- VAN DUJIL M.V., CARDEÑA E., DE JONG J.T. 2005. The validity of DSM-IV dissociative disorders categories in south-west Uganda. *Transcult Psychiatry* 42: 219-41.
- WELLER S.C., BAER R.D., GARCIA DE ALBA GARCIA J. & SALCEDO ROCHA A.L. 2008. Susto and Nervios: Expressions for Stress and Depression. *Cult Med Psychiatry* 32: 406-420.
- WHITFIELD J.T., PAKO W.H., COLLINGE J. & ALPERS M.P. 2008. Mortuary rites of the South Fore and Kuru. *Philosophical transactions of the royal society* 363: 3721-3724.
- WROSCH C., SCHEIER M.F., CARVER C.S. & SCHULZ R. 2003. The importance of goal disengagement in adaptive self regulation: When giving up is beneficial. *Self and identity* 2: 1-20.

Manuskript ingegangen / received 23.04.2010

Manuskript angenommen / accepted 31.05.2010



Joop de Jong (1948) MD, PhD, Professor of Cultural and International Psychiatry at the VU University Medical Center in Amsterdam, Professor of Psychiatry at Boston University School of Medicine, and Principal Advisor Public (Mental) Health, City of Amsterdam. Expert in public mental health and cultural and international psychiatry, has conducted research in post-conflict and in multicultural settings, and (co)authored over 230 chapters and articles in peer-reviewed journals. He has published on cultural and international psychiatry and psychotherapy, public mental health, epidemiology, medical anthropology and on the mental health of populations torn by violence and disaster. Advisor to WHO and other UN agencies, member of various professional organizations and board member of the International Society of Traumatic Stress. He earlier provided medical support in Senegal, Guinea-Bissau and Angola, over the years he has worked in four continents. Director Public Health and Research of Health net TPO (Transcultural Psychosocial Organization), Joop de Jong's research focuses among other topics on epidemiological research and (cost) effectiveness and efficacy research among adults and children in conflict and disaster situations. Currently he supervises ten PhD students.

Keizersgracht 329 • NL - 1016 EE Amsterdam • e-mail: jtmdejong@gmail.com