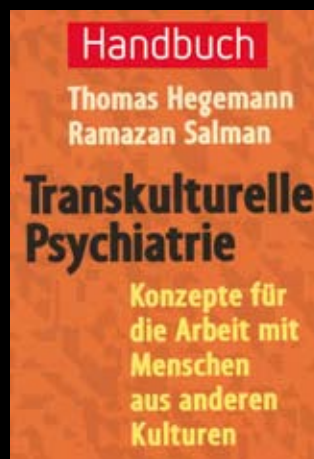


# Kultur

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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



## Zum Titelbild/Front picture *Curare* 35(2012)1+2: Kultur und Psychiatrie/Culture and Psychiatry. Pragmatische Anwendungen in der Psychiatrie – eine Bricolage zwischen Medizinischer Soziologie und Kulturwissenschaften?/Pathways of Application in Psychiatry—Bricoleurs between Medical Sociology and Cultural Anthropology?

**Legende zu den abgebildeten Buchtiteln** (von links nach rechts und von oben nach unten):

VAN KEUK E., GHADERI C., JOKSIMOVIC L. & DAVID, D. (Hg) 2010. *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer // HOFFMANN K. & MACHLEIDT W. (Hg). 1997. *Psychiatrie im Kulturvergleich*. Beiträge des Symposiums 1994 des Referats transkulturelle Psychiatrie der DGPPN im Zentrum für Psychiatrie Reichenau (Das transkulturelle Psychoforum 2). Berlin: VVB – Verlag für Wissenschaft und Bildung // FENGLER C. & FENGLER T. 1980. *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethnomethodologische Untersuchung*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag // FREIDSON E. 1979. *Der Ärztestand*. Stuttgart: Enke [1970. *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company] // ZUTT J. (Hg) 1972. *Ergriffenheit und Besessenheit. Ein interdisziplinäres Gespräch über transkulturell-anthropologische und -psychiatrische Fragen*. (Symposium von 1968). Bern und München: Francke // DÖRNER K. 1969. *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: EVA // WOHLFART E. & ZAUMSEIL M. (Hg) 2006. *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer // HEGEMANN T. & SALMAN R. (Hg) 2001. *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag [2010 neu bearbeitet als „Handbuch Transkulturelle Psychiatrie“] // MACHLEIDT W. & HEINZ A. (Hg) 2010. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Urban und Fischer in Elsevier  
[Idee zur Kollage dieses Titelbildes: E. SCHRÖDER in Zusammenarbeit mit A. AGLASTER]

### 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):**

Gabriele Alex (Tübingen) gabriele.alex@uni-tuebingen.de // Hans-Jörg Assion (Detmold) info@gpz-lippe.de // Ruth Kutalek (Wien) ruth.kutalek@meduniwien.ac.at // Bernd Rieken (Wien) bernd.rieken@univie.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:** Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // Sushrut Jadhav (London) // Annette Leibing (Montreal, CAN) // Danuta Penkala-Gawęcka (Poznań) // Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

**Begründet von/Founding Editors:** Beatrix Pfeleiderer (Hamburg) – Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Schiefenhövel (Andechs) – 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 34(2011)3**

**Verlag und Vertrieb / Publishing House:**

VVB – 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 VVB-Verlag bezogen werden // *Curare* is included in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at VVB-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:**

© VVB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2012

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-767-4

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. 35 (2012) 1+2  
Doppelheft / Double Issue

**Kultur, Medizin und Psychologie im „Triolog“ III.**  
AGEM 1970–2010 und Transkulturelle Psychiatrie:  
Rückblicke und Ausblicke V

herausgegeben von / edited by:  
EKKEHARD SCHRÖDER

<p>           EKKEHARD SCHRÖDER: Professionen im interdisziplinären Arbeitsfeld „Kultur und Psychiatrie“.            Editorial . . . . .         </p>	4
<p>           HAUSCHILD: Ethnomedizin als ärztliche Anwendung? Editorial (Reprint 1984) . . . . .         </p>	7
<p><b>Forum</b></p>	
<p>           UWE HENRIK PETERS: Ethnomedizin – an der Grenze zwischen Ethnologie und Medizin            oder übergreifend? (Festvortrag zum 40jährigen Jubiläum der AGEM, Heidelberg 2010) . . . . .         </p>	9
<p>           HELENE BASU, NINA GRUBE &amp; ARNE STEINFORTH: Social Anthropogy and Transcultural Psychiatry:            Contextualizing Multi-disciplinary Conributions to the “International Conference on Religion,            Healing, and Psychiatry”, Münster, February 22–25, 2012 (Report) . . . . .         </p>	17
<p>           LUC CIOMPI: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? (Reprint 1982) . . . . .         </p>	29
<p>           Der Ärztestand auf dem Prüfstand. Mosaik aus ELIOT FREIDSONS „Der Ärztestand“ nach der            berühmten Studie “Profession of Medicine” von 1970 (Ausgewählte Reprints aus der deutschen            Erstausgabe 1979) . . . . .         </p>	33
<p><b>Artikel zur Krankenhausetnologie</b></p>	
<p>           NINA GRUBE: Von Heimatstationen und Helfersystemen: Die Ambivalenz „sozialer Beheimatung“            in der institutionalisierten Psychiatrie . . . . .         </p>	42

CAROLIN FISCHER, ECKHARDT KOCH, MATTHIAS JOHANNES MÜLLER & STEFAN STROHSCHNEIDER: Patienteninteraktion auf einer Station für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg . . . . .	57
Murray Last: Dying by Design? (Reprint 2009) . . . . .	64

### Artikel zu: Ist Besessenheit eine Psychopathologie?

YVONNE SCHAFFLER: Besessenheit in der Dominikanischen Republik im Frühstadium: „Wilde“ Besessenheit ( <i>caballo lobo</i> ) aus psychodynamischer und praxistheoretischer Perspektive	72
GUNTER HOFER: Besessenheit, ein Phänomen der menschlichen Lebenswelt (Reprint 1984) . . . . .	85

### Berichte/Reports

Von der Differenzsensibilität zur Rassismuskritik. Bericht zur 7. Tagung der PsychTransKult AG Tirol, Innsbruck, April 2011 (OSCAR THOMAS-OLALDE & BEATRICE PARTEL) – S. 97 // Psychiatrie und Migration zwischen Ost und West. Bericht zum 1. Kongress der DRGPP, Nürnberg 27.–29. Mai 2011 (OLENA CHUMANSKA & YANA KYRYLENKO) – S. 101 // Report of the International Conference “Health in Transition (Bio) Medicine as Culture in Post-socialist Europe”, Charles University in Prague, Czech Republic, June 10–11, 2011 (CHRISTINE BINDER-FRITZ) – S. 102 // Tagungsbericht zum MAS-Symposium Basel, 6. Juni 2011 (KATARINA GREIFELD) – S. 108 // Langsame Veränderungsprozesse in christlich-missionarischer Tätigkeit: „Vom Pionier zum Partner – Christliche Gesundheitsarbeit in Bewegung“. Ein Bericht vom Eine-Welt-Tag des Deutschen Instituts für ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen, 26. Juni 2011. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – S. 109 // 6. Münchner Forensik-Symposium, Juli 2011: „Forensische Psychiatrie als Randkultur – zwischen interkultureller Spannung und multikultureller Integration“ (HERBERT STEINBÖCK) – S. 111 // 1<sup>st</sup> Medical Anthropology Network Conference of EASA: “Medical Pluralism: Techniques, Politics, Institutions” Rome, 7–10 September 2011 (ROBERTA RAFFAETÀ & EMANUELE BRUNI & GIULIA ZANINI) – S. 113 // 1. Nationaler Kongress Psichiatria e Cultura nell’Italia multiethnica zum 30. Todestag von Michele Riso, Mailand, 28.–29. September 2011 (aus dem Italienischen) – S. 118 // Lebe jeden Tag als wäre es dein letzter, denn irgendwann wirst du Recht haben. Eine Nachlese zur Fachtagung „Am Lebensende fern der Heimat – Tod und Sterben in einer Migrationsgesellschaft“ in Berlin, 9.–10. Februar 2012 (NEVIN ALTINTOP) – S. 119.

### Buchbesprechung/Book Reviews

Bernd Nissen (Hg) 2009. *Die Entstehung des Seelischen – Psychoanalytische Perspektiven*. (RONNY KRÜGER) – S. 122 // Markus Wiencke 2011. *Kulturen der Gesundheit. Sinnerleben im Umgang mit psychischem Kranksein. Eine Anthropologie der Gesundheitsförderung*. (KATARINA GREIFELD) – S. 127 // Hamed Abdel-Samad 2009. *Mein Abschied vom Himmel. Aus dem Leben eines Muslims in Deutschland*. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – S. 129 // Andrea Gysling 2009. *Die analytische Antwort. Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits*. (BENNO ZÖLLNER) – S. 131.

### Filmrezensionen

„Lourdes“, von Jessica Haussner, D, A, Fr, 2009. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – S. 132  
// Geburtsvorgänge im Vergleich in Dokumentarfilmen aus verschiedenen Ländern. Der

Schwerpunkt des 11. Frauen-Film-Fests in Tübingen 2011 (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – S. 133  
 // Aus der Website der AGEM zum Thema Filme & Media – S. 137.

**Nachrufe/Obituaries**

„Keine Spuren mehr im Rauchfang der Lüfte – sprachloser Himmel.“ Zum Tode von Hans Keilson (1909–2011) (ROLAND KAUFHOLD) ..... 139

In Memoriam Wolfgang M. Pfeiffer (1919–2011). Erinnerungen and die Erlanger Zeit (WULF SCHIEFENHÖVEL) ..... 142

Nachruf auf Aart Hendrik van Soest (1928–2011) (HANS-JOCHEN DIESFELD) ..... 146

Zum Tod von Horst-Eberhard Richter (1923–2011) (HANS-JÜRGEN WIRTH) ..... 147

**Tagungsprogramm der 25. Fachkonferenz Ethnomedizin: Diskurse um Körpermodifikationen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin, Heidelberg, den 8.–10. Juni 2012. . . . .** 155

**Résumés des articles *Curare* 35(2012)1+2: 001–160 . . . . .** 157

Die Autorinnen und Autoren in *Curare* 35(2012)1+2 . . . . . 159

Zum Titelbild . . . . . U2

Impressum . . . . . U2

Hinweise für Autoren/Instructions to Authors . . . . . U3



„Darstellung eines Schamanenkampfes (Höhle von Lascaux, Altsteinzeit), so die gängige Interpretation, zeigt die schon frühe bildhafte Darstellung „psychischer Kräfte“, wie häufig aus einer pluridisziplinären Erschließung von Daten aus der Ethnologie, Psychologie und Psychiatrie angenommen werden kann (hier nach LOMMEL A. 1980 (2.Aufl.) *Schamanen und Medizinmänner. Magie und Mystik früher Kulturen*. München: Callwey: 188).

Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER  
 Redaktionsschluss: 30. April 2012  
 Die Artikel in diesem Heft wurden einem Reviewprozess unterzogen./The articles in this issues are peer-reviewed.

## Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?\*

LUC CIOMPI

**Zusammenfassung** Unsere Auffassungen über Entstehung und Verlauf der schizophrenen Psychosen wurden durch neuere Untersuchungen entscheidend verändert. Die Verläufe sind zu einem weit höheren Anteil günstiger als früher angenommen werden konnte, und zur Chronifizierung tragen mehr als erwartet psychosoziale Bedingungen bei. Damit entstand die Frage, ob die chronische Schizophrenie möglicherweise ein soziales Artefakt sein könnte.

**Schlagwörter** Schizophrenie – Chronizität – Institutionalismus – Artefaktthese – Sozialpsychiatrie – Schweiz

### Is chronic schizophrenia an artefact? (Reprint 1982)

**Abstract** Our conception about the etiology and the course of schizophrenic psychoses has deeply changed. The courses often are more favorable than predicted earlier, and psychosocial factors are more important for chronicity. Therefore the question has arisen whether chronicity in schizophrenia is an artificial product? (red)

**Keywords** schizophrenia – chronicity – institutionalism – artifact-thesis – social psychiatry – Switzerland

Bis in die jüngere Zeit war es nicht üblich, das Bild der chronischen Schizophrenie von demjenigen der akuten scharf zu unterscheiden. Die chronische Schizophrenie galt einfach als die Fortsetzung der akuten über längere Zeit; diese Sichtweise wird u.a. durch das mögliche, sehr langfristige Persistieren gewisser, auffälliger Akutsymptome, wie zum Beispiel eines Wahns oder einer Halluzinose weit über die bewegten Anfangsstadien hinaus gestützt. Indessen wurde es immer evident, dass sich in der Regel akute und chronische Stadien phänomenologisch erheblich unterscheiden (1): Erstere sind vor allem durch eine sogenannte „positive“ oder „produktive“ Symptomatik (erhöhte Spannung, Angst, kognitiv-affektive Verwirrung, Erregung, Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, Denkstörungen, Wahn und Halluzinationen usw.), letztere dagegen durch eine sogenannte „negative“ oder „Minussymptomatik“ (Passivität, affektive Verflachung, Verlangsamung, Rückzug, Gleichgültigkeit, Einengung des gesamten Interesse- und Lebenskreises, Plan- und Hoffnungslosigkeit, Subdepressivität, eventuell Stereotypien, Manierismen in wechselnder Kombination und Ausprägung) charakterisiert. Manche Autoren beschreiben das Kernsyndrom dieser Bilder unter dem Begriff der „energetischen Potentialeinbuße“, beziehungsweise des

„reinen Defekts“ oder des „reinen Residuums“. Es gibt Forscher, welche diesen „reinen Defekt“ entgegen der Artefaktthese für die eigentliche „substratnahe“, das heißt höchstwahrscheinlich organisch bedingte Grund- oder „Basisstörung“ der Schizophrenie halten.

Als Indiz für diese Hypothese werden u.a. Erweiterungen des dritten Hirnventrikels, welche manchmal bei chronisch Schizophrenen gefunden wurden, ins Feld geführt. Diese Befunde sind allerdings aus methodologischen Gründen sehr umstritten, teils widerlegt, teils unspezifisch oder nur unregelmäßig nachweisbar. Auch verschiedenartige kognitive Störungen lassen sich als Hinweis auf einen hirnorganischen Defekt interpretieren. Aber sie können ebenfalls anders, zum Beispiel als Ausdruck einer – vielfach in der ganzen Familie feststellbaren – Kommunikationsstörung aufgefasst werden. Ein weiteres Argument für die organische Natur der energetischen Potentialeinbuße ist die Tatsache, dass sich eine solche ebenfalls nach gewissen Hirnkrankheiten (zum Beispiel in Form der posttraumatischen Hirnleistungsschwäche) findet. Für die organisch-biochemische These kann ferner die Wirkung der Neuroleptika angeführt werden; indessen haben diese gerade auf die geschilderte „Minussymptomatik“ der chronischen Zustände,

\* Reprint, Übersichtsaufsatz aus *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 25, 25. Juni 1982, 79. Jahrgang, Ausgabe A/B, S. 44–46, geringfügig redaktionell überarbeitet, mit freundlicher Genehmigung des Verfassers und des Deutschen Ärzteverlags.

ganz im Gegensatz zur „Positivsymptomatik“ der akuten Phasen, kaum einen positiven Einfluss. Was Erbfaktoren anbetrifft, so spielen sie, wie wir noch genauer sehen werden, für die chronischen Zustände wahrscheinlich ebenfalls eine untergeordnete Rolle. Im Übrigen gibt es unseres Wissens keine biochemischen oder anderweitigen Beweise für die organische Natur der typisch chronischen Bilder.

Auf diesem – unseres Erachtens eher negativen – Hintergrund haben eine Reihe von Befunden der letzten 10 bis 20 Jahre, welche auf einen erheblichen Einfluss von Sozialfaktoren im weiteren Sinn beim Zustandekommen der erwähnten Negativsymptomatik hinweisen, mit Recht erhebliches Aufsehen erregt. In erster Linie sind hier die Untersuchungen von WING und Mitarbeitern (5) in London zu nennen, welche nachwiesen, dass eine derartige „negative“ Symptomatik eng mit sozialer Unterstimulation (allgemeine Unterforderung, Informationsverarmung, mangelnde Beschäftigung, mangelnde Außenkontakte usw. zum Beispiel in rigiden, geschlossenen Klinikabteilungen alten Stils korreliert ist, eine Positivsymptomatik dagegen mit psychosozialer Überstimulation (Stress und Überforderung durch zu viele Belastungen, Konflikte, Wechsel usw.) im weitesten Sinn. Wing und seine Mitarbeiter prägten für das Unterstimulationssyndrom den Begriff des „Institutionalismus“ und zeigten, dass ganz ähnliche Bilder auch außerhalb der Psychiatrie, zum Beispiel in Gefängnissen, Sanatorien, unterdotierten Großheimen usw. vorkommen. Das Syndrom erwies sich somit als absolut *krankheitsunspezifisch*. Auch in eigenen Untersuchungen zeigten die meisten Patienten, die mehrere Jahre lang in einem psychiatrischen Krankenhaus verbracht hatten, ganz gleich, ob es sich diagnostisch um Schizophrene, um Epileptiker, um schwere Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen handelte, praktisch immer ungefähr das gleiche, durch das erwähnte Syndrom dominierte Bild. Die ursprüngliche Diagnose war meist für das Alltagsverhalten derart unwichtig geworden, dass sie das Personal weder kannte noch vermutete. Bemerkenswert ist ferner, dass sich das typische Bild des „Institutionalismus“ derart stark mit dem alten Syndrom des „typisch schizophrenen Autismus“ überlappt, dass die beiden Phänomene gar nicht reliabel voneinander unterscheidbar waren. Der Schluss liegt deshalb nahe, dass ein beträchtlicher Anteil der Negativsymptomatik umgebungsbedingt ist.

Für diese Vermutung spricht ebenfalls die Tatsache, dass die „energetische Potentialeinbuße“ unter geeigneten Bedingungen recht weitgehend reversibel sein kann. Dies ließ sich bei Schizophrenen, die jahrzehntelang interniert gewesen waren, zum Beispiel dann beobachten, als wir sie in kleine, locker betreute Wohngemeinschaften mitten in normalen Wohnquartieren brachten. Manche von ihnen lebten – ganz ähnlich wie Langzeitpatienten anderer Diagnosegruppen – in dieser neuen Umgebung in ungeahntem Maße auf und verloren einen guten Teil ihrer früheren Passivität. Ohne besondere rehabilitative Bemühungen ist dagegen eine derartige Reversibilität nur in ausgesprochenen Ausnahmefällen zu beobachten. Ein weiteres Argument zugunsten der Artefaktthese (2) ist die Tatsache, dass die *Langzeitverläufe* der Schizophrenie gemäß einer Reihe von neueren, katamnesticen Untersuchungen, die sich über mehrere Jahrzehnte erstreckten, nicht nur erheblich günstiger, sondern vor allem auch sehr viel variabler sind als bisher angenommen wurde. Die Heilungsquote liegt um 25 Prozent; weitere 30 bis 40 Prozent zeigten eine ausgeprägte Besserung. Etwa zwei Drittel der Schizophrenen verlaufen also günstig. In einer eigenen, besonders umfangreichen und langfristigen derartigen Untersuchung (es wurden 289 Patienten im Mittel 37 Jahre nach der Ersthospitalisation nachuntersucht) konnten wir zudem zeigen, dass in der großen Mehrzahl der Fälle die Schizophrenie selbst im hohen Alter keineswegs das Gepräge einer typisch organischen Krankheit annimmt (3). Die Vielfalt der Entwicklungstendenzen war derart groß, dass von einem typischen Verlauf der Schizophrenie überhaupt nicht mehr gesprochen werden kann. Weit eher als einem progressiv-organischen Prozess gleichen die Verläufe einem offenen Lebensprozess unter dem Einfluss einer großen Zahl von persönlichkeitsmäßigen, sozialen und natürlich auch somatischen und konstitutionellen Variablen. Als weiteres Indiz zugunsten der Artefaktthese lässt sich wie gesagt die Tatsache verwerten, dass *Erbfaktoren* im engeren Sinn, im Gegensatz zur akuten Phase und zum Krankheitsausbruch an sich, offenbar für den Langzeitverlauf nur von geringer Bedeutung sind. In unserem Material zum Beispiel ließen sich statistisch zwischen den Extremgruppen mit maximaler im Vergleich zu völlig fehlender familiärer Belastung mit Schizophrenie oder anderen psychischen Störungen keinerlei längerfristige Verlaufsunterschiede sichern.

Ähnliche Befunde erhoben auch viele andere Autoren, darunter MANFRED BLEULER (1) in Zürich und Gerd Huber und seine Mitarbeiter in Bonn.

Schließlich gibt es eine Reihe von Hinweisen dafür, dass bestimmte *Familienkonstellationen* den Schizophrenieverlauf im günstigen oder ungünstigen Sinn beeinflussen. Methodologisch hervorragende englische Untersuchungen zum Beispiel zeigten, dass die Häufigkeit von Rückfällen bei ausgesprochen gespannt-feindseligen oder konfusen Familienverhältnissen (bei sogenanntem „Emotional Overinvolvement“) statistisch erheblich größer ist als bei entspannter Familienatmosphäre. Familiendynamisch orientierte Forschungen weisen überdies auf pathologisch-homöostatische Mechanismen hin, welche dahin tendieren, eine einmal eingenommene, als „schizophren“ designierte Krankheitsrolle eines Familienmitgliedes zu befestigen.

In die gleiche Richtung scheinen eine Reihe von *weiteren Sozialfaktoren* zu wirken, wie zum Beispiel die sozialen Vorurteile und Hindernisse gegenüber Menschen, die einmal die Diagnose „Schizophrenie“ erhalten haben (negative Effekte des sogenannten „Labeling“), regressiv-resignative *Circuli vitiosi* nach mehreren vergeblichen Anläufen zur Wiedereingliederung in ein normales Leben, finanzielle (zum Beispiel versicherungstechnische) und sogar kulturelle Einflüsse (die Schizophrenie verläuft erwiesenermaßen wesentlich besser in Entwicklungs- als in Industrieländern, was als günstiger Effekt eines intakten, sozio-familiären Netzwerkes interpretiert wird). Fremde und eigene prospektive Untersuchungen sprachen ferner für einen starken Einfluss der sogenannten „Erwartungshaltungen“, indem z. B. die Rehabilitationschancen bei negativen Zukunftserwartungen aller Beteiligten (Patienten, Betreuer, Angehörige) statistisch viel schlechter, bei positiven Erwartungen dagegen viel besser waren. Mindestens zum Teil schien diesem Sachverhalt der bekannte Mechanismus der „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ zugrunde zu liegen. Als letztes Argument zugunsten der Artefaktthese kann eine ungünstige, nivellisierende und persönlichkeitsverflachende Wirkung einer langen *Neuroleptikamedikation* angeführt werden. Fest steht, dass ganz ähnliche, chronische Bilder auch schon vor der Neuroleptika-Ära beobachtet wurden. Den Psychopharmaka kann somit höchstens eine verstärkende Wirkung zukommen.

Welche *Schlussfolgerungen* müssen aus diesen teilweise widersprüchlichen Argumenten und Befunden gezogen werden? – Unanfechtbare Beweise gibt es heute weder für noch gegen die Artefaktthese. Eher psycho- und soziodynamisch orientierte Autoren haben die Tendenz, diese These für wahrscheinlicher zu halten als die Gegenthese; bei den ausgesprochenen „Organikern“ unter den Psychiatern ist es umgekehrt. Wir selber halten es für plausibel, dass ein erheblicher Teil der chronischen Bilder effektiv psychosozial bedingt ist, das heißt einen vorwiegend Umstände bedingten, sozialen, psychologischen und situativen Folgezustand nach mehrfachen akuten Schüben und Krankenhausaufenthalten darstellt. Die Argumente zugunsten der vorwiegend organischen Hypothese halten wir dagegen bis zum Beweis des Gegenteils für ausgesprochen schwach.

Für die *Therapie* hat dies zur Folge, dass wir in der Langzeitbehandlung den Hauptakzent auf die Behebung der negativen sozialen Einflüsse auf Kranke, die zeitweilig akut psychotisch dekompensieren, legen müssen. Neben der adäquaten Strukturierung langfristiger, soziopsychiatrischer Therapie- und Rehabilitationsprogramme bedeutet hierfür vor allem die Schaffung eines die Klinik ergänzenden Netzes von gemeindenahen Übergangseinrichtungen zwischen psychiatrischem Krankenhaus und rein ambulanter Betreuung, bestehend zum Beispiel aus Tages- und Nachtkliniken, Notfalldienst und psychiatrischer Kriseninterventionsstation an allgemeinen Spitälern, Rehabilitationswerkstätten, Übergangsheimen, Wohngemeinschaften usw. einen entscheidenden, aber leider noch keineswegs überall realisierten Fortschritt. Dank solcher Institutionen lassen sich nicht nur die Krankenhausaufenthalte entscheidend verkürzen oder überhaupt vermeiden, sondern es vermögen sogar viele Langzeitsassen von Kliniken den Weg zurück in die Gemeinschaft zu finden (4). Das oberste therapeutische Prinzip ist dasjenige der „optimalen sozialen Stimulation“, das heißt der sorgfältigen Vermeidung sowohl von angst- und spannungserzeugender Überforderung wie auch von verflachender Unterforderung. Parallel dazu muss hinsichtlich der Psychopharmaka fortwährend zwischen den zwei entgegengesetzten Gefahren der zu starken Dämpfung und des vorschnellen, rückfallgefährdenden Verzichts auf jede Medikation laviert werden. Die Wiedereingliederung erfolgt dabei zweckmäßig über zwei Achsen respektive Ketten von Institutionen einerseits im



Wohn- und andererseits im Arbeitsbereich, welche eine elastische Anpassung der ganzen Situation an die wechselnden Möglichkeiten und Bedürfnisse, mit Einschluss des Auffangens von vorübergehenden Rückfällen ohne Vollhospitalisation erlauben. Ein modern ausgerüsteter, psychiatrischer Versorgungssektor sollte jedenfalls über die folgenden, untereinander vielfältig kombinierbaren Einrichtungen verfügen:

#### **Wohnachse**

1. (geschlossene Klinikabteilung)
2. offene Klinikabteilung
3. Tages- und/oder Nachtambulanz
4. Wohn- und/oder Übergangsheime
5. Beschützende Wohngemeinschaften
6. Halbbeschützendes Wohnmilieu (geeignete Pensionen, Familienpflegeplätze usw.)
7. Normales Wohnmilieu

#### **Arbeitsachse**

1. Beschäftigungstherapie (unbezahlte Freizeitarbeiten)
2. Arbeitstherapie (bezahlte Nutzerarbeit)
3. Klinikinterne Rehabilitationswerkstätten
4. Externe Rehabilitationswerkstätten
5. Beschützende Werkstätten
6. Halbbeschützendes Arbeitsmilieu (normales Arbeitsmilieu mit herabgesetzten Anforderungen)
7. Normales Arbeitsmilieu

Eine eigene Untersuchung in einem derartigen Versorgungsnetz zeigte, dass bei einer Population von vorwiegend schizophrenen Langzeitpatienten innerhalb eines Jahres 72 Prozent Erfolge auf der Wohnachse (Stufe 5, 6 oder 7) und 36 Prozent Er-

folge auf der Arbeitsachse (Stufe 6 oder 7) bei 26 Prozent kombinierten Erfolgen auf beiden Achsen zu erzielen waren. In einer Bevölkerung von rund 230 000 Einwohnern blieben nach mehrjährigen derartigen Rehabilitationsanstrengungen nur noch 40 Patienten länger als ein Jahr im Spital; dieses verliert mit der Entwicklung adäquater Alternativen zunehmend seine Asylfunktion und wandelt sich vom überfüllten, personell unterdotierten Großkrankenhaus zur kleinen und modernen Intensivbehandlungsklinik für Akutranke. Manches deutet darauf hin, dass auf diese Weise die Ausbildung der beschriebenen, artefaktverdächtigen Zustände wirksam verhindert oder vermindert werden kann. Ob ein gewisser Prozentsatz von therapieresistenten Fällen, mit welchen trotz aller Bemühungen zu rechnen ist, auf eine kaum reversible soziale oder doch auf eine organische Schädigung zurückgeht, wird erst die weitere Forschung zu zeigen vermögen.

#### **Zitierte Literatur**

- (1) BLEULER M. 1972. *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Thieme: Stuttgart.
- (2) CIOMPI L. 1980. Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 48: 237–248.
- (3) CIOMPI L. & MÜLLER C. 1976. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Springer: Berlin, Hamburg, New York.
- (4) CIOMPI L., DANWALDER H.P. & AGNÉ C. 1979. Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognose. *Nervenarzt* 50: 366–378.
- (5) WING J. K. & BROWN G. W. 1970. *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge Univ. Press: London.



(Foto: PHILIPPE CIOMPI)

**Luc Ciompi**, \*10.10.1929, Prof. Dr. med. emeritus, Dr. h. c., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vormals ärztlicher Direktor der sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern/Schweiz, Begründer des Konzepts der Affektlogik und der therapeutischen Wohngemeinschaft „Soteria Bern“. Ciompis Interessen- und Arbeitsschwerpunkte entwickelten sich über fünf Jahrzehnte im ständigen Austausch zwischen Praxis und Forschung. Auf mehrjährige klinisch-psychotherapeutische Aktivitäten folgten Jahre der Erforschung der langfristigen Verläufe von psychischen Krankheiten und der verlaufsbeeinflussenden Umweltfaktoren. Die Resultate führten zur Schaffung von gemeindezentrierten sozialpsychiatrischen Teilzeitinstitutionen und Rehabilitationszentren. Gleichzeitig konzentrierten sich Ciompis Interessen zunehmend auf das Problem der Wechselwirkungen zwischen Fühlen und Denken. Auf dieser Basis begründete er im Konzept der Affektlogik ein neuartiges Verständnis von psychischen Störungen, das zur Entwicklung von alternativen Behandlungsmethoden insbesondere für Schizophreniekranken führte. Über 250 wissenschaftliche Publikationen, darunter 15 Bücher und über 50 Buchbeiträge, zuletzt mit Elke Endert: *Gefühle machen Geschichte*. Die Wirkung kollektiver Emotionen – von Hitler bis Obama, Göttingen 2011.

Cita 6, CH-1092 Belmont-sur-Lausanne VD, Schweiz

cioluci@sunrise.ch • <http://www.ciompi.com/de/soteria.html> • <http://www.ciompi.com/>



## Sonderbände – Special Volumes

- Vol. 6 Schmerz – Interdisziplinäre Perspektiven. Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg 6.–8.5.1988  
• K. Greifeld, N. Kohnen & E. Schröder (Hg) • 1989 • 191 S.
- Vol. 7 Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives  
• B. Pfeleiderer & G. Bibeau (eds) • 1991 • 275 pp.
- Vol. 8 Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege  
• W. Schiefenhövel, D. Sich & C.E. Gottschalk-Batschkus (Hg)  
1995 • 461 S. • ISBN 978-3-86135-560-1
- Vol. 9 Ethnomedizinische Perspektiven zur frühen Kindheit/Ethnomedical Perspectives on Early Childhood  
• C.E. Gottschalk-Batschkus & J. Schuler (Hg)  
• 1996 • 470 S. • ISBN 978-3-86135-561-8
- Vol. 10 Transkulturelle Pflege  
• C. Uzarewicz & G. Piechotta (Hg)  
• 1997 • 262 S. • ISBN 978-3-86135-564-9
- Vol. 11 Frauen und Gesundheit – Ethnomedizinische Perspektiven/Women and Health – Ethnomedical Perspectives  
• C.E. Gottschalk-Batschkus, J. Schuler & D. Iding (Hg)  
• 1997 • 448 S. • ISBN 978-3-86135-563-2
- Vol. 12 The Medical Anthropologies in Brazil  
• A. Leibing (ed)  
• 1997 • 245 pp. • ISBN 978-3-86135-568-7
- Vol. 13 Was ist ein Schamane? Schamanen, Heiler, Medizinleute im Spiegel westlichen Denkens/What is a Shaman? Shamans, Healers, and Medicine Men from a Western Point of View  
• A. Schenk & C. Räscher (Hg)  
• 1999 • 260 S. • ISBN 978-3-86135-562-5
- Vol. 14 Ethnotherapien – Therapeutische Konzepte im Kulturvergleich/  
Ethnotherapies—Therapeutic Concepts in Transcultural Comparison  
• C.E. Gottschalk-Batschkus & C. Räscher (Hg)  
• 1998 • 240 S. • ISBN 978-3-86135-567-0
- Vol. 15 Kulturell gefordert oder medizinisch indiziert? Gynäkologische Erfahrungen aus der Geomedizin/Postulated by Culture or Indicated by Medicine? Gynecological Experiences from Geomedicine  
• W. Föllmer & J. Schuler (Hg)  
• 1998 • 344 S. • ISBN 978-3-86135-566-3
- Vol. 16 Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment  
• M. Verwey (Hg)  
• 2001 • 358 S. • ISBN 978-3-86135-752-0