

Vergleich von subjektiven Krankheitskonzepten
schizophrener Patienten
aus Deutschland und Jordanien
Eine interkulturelle Studie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Daniah Najjar geb. Sharif
aus Bonn
2010

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. G. Schilling
2. Gutachter: Prof. Dr. med. A. Rohde

Tag der Mündlichen Prüfung: 07.06.2010

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie des Universitätsklinikums Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. R. Liedtke

Meinen Kindern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	9
1. Einleitung	11-18
1.2. Jordanien.....	13
1.3. Deutschland	15
2. Psychiatrie im kulturellen Kontext	19-37
2.1. Migration und psychische Krankheit.....	20
2.2. Entwicklung der Psychiatrie im arabisch-muslimischen Kontext.....	22
2.2.1. Die Rolle der Familie in der arabischen Gesellschaft.....	25
2.2.2. Stigmatisierung in der Psychiatrie im Nahen Osten/Jordanien	26
2.2.3. Psychiatrie in Jordanien.....	27
2.3. Entwicklung der Psychiatrie im christlich - deutschen Kontext.....	29
2.3.1. Altertum bis Ende des 18. Jahrhunderts	29
2.3.2. Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie ab Ende des 18. Jahrhunderts	31
2.3.3. Geschichte der wissenschaftlichen Psychiatrie ab Ende des 19. Jahrhunderts	32
2.3.4. Psychiatrie im ersten Weltkrieg	33
2.3.5. Psychiatrie im Nationalsozialismus.....	33
2.3.6. Somatische Therapieverfahren.....	34
2.3.7. Psychiatrie ab 1970 bis heute.....	35
2.4. Stigmatisierung in der Psychiatrie in westlichen Ländern/Deutschland	36
3. Bisheriger Kenntnisstand	38-55
3.1. Krankheitskonzepte (KK)	38
3.1.1. Beschreibung von KK.....	40
3.1.1.1. Psychologisch-funktionale Beschreibungsdimensionen(Linden 1985)40	
3.2. Relevanz von KK im Allgemeinen und in der Psychiatrie.....	43
3.2.1. Relevanz von KK im Zusammenhang mit Therapieplanung/-erfolg und Compliance	43
3.2.2. Relevanz von KK im Zusammenhang mit dem Hilfesucheverhalten....	45

3.2.3.	Relevanz von KK bezüglich der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten	45
3.3.	KK schizophrener Patienten	46
3.3.1.	Ursachenannahmen	46
3.3.1.1.	Deutsche Patienten.....	46
3.3.1.2.	Arabische Patienten.....	49
3.3.2.	Behandlungsannahmen	50
3.3.2.1.	Deutsche Patienten.....	50
3.3.2.2.	Arabische Patienten.....	51
3.4.	Ergebnisse vergleichender Studien.....	52
4.	Hypothesen.....	56-58
4.1.	Krankheitskonzepte zu Ursachenannahmen.....	56
4.1.1.	Erste Hypothese	56
4.1.2.	Zweite Hypothese.....	57
4.1.3.	Dritte Hypothese.....	57
4.2.	Krankheitskonzepte zur Einflussnahme.....	57
4.2.1.	Vierte Hypothese.....	58
4.2.2.	Fünfte Hypothese	58
4.2.3.	Sechste Hypothese	58
4.3.	Stellung des Arztes	58
4.3.1.	Siebte Hypothese	58
5.	Methodik.....	59-84
5.1.	„National Mental Health Center“ in Fuheis - Amman.....	59
5.1.1.	Stationsbeschreibung	60
5.1.2.	Personal.....	60
5.1.3.	Medizinische Einrichtungen.....	61
5.2.	Die Rheinischen Kliniken Bonn.....	61
5.3.	Die Rheinischen Kliniken in Düren.....	62
5.4.	Kriterien zur Patientenauswahl	63
5.5.	Charakterisierung der Untersuchungsgruppen.....	64

5.6.	Untersuchungsverfahren	68
5.6.1.	Allgemeiner Erhebungsbogen.....	68
5.6.2.	Offene Fragen.....	69
5.6.3.	Fragebögen.....	69
5.6.3.1.	Fragebogen Nr. 1 nach Linden	69
5.6.3.2.	Fragebogen Nr. 2 nach Angermeyer	72
5.6.4.	Repertory Grid	74
5.6.5.	Datenanalyse.....	80
5.7.	Untersuchungsgang Bonn, Düren und Amman.....	81
5.7.1.	Zugang zu den Kliniken in Bonn und Düren.....	81
5.7.2.	Zugang zu den Kliniken in Amman.....	81
5.7.3.	Zugang zu den Patienten.....	81
5.7.4.	Datenerhebung.....	82
5.7.4.1.	Fragebögen	83
5.7.4.2.	Repertory Grid	83
5.8.	Gründe für das Abbrechen eines Interviews bzw. Datenverlust	84
6.	Ergebnisse	85-95
6.1.	Fragebogen nach Angermeyer zur Bewertung der 1. und 2. Hypothese	85
6.2.	KK-Skala nach Linden zur Bewertung der 3., 6. und 7. Hypothese	86
6.3.	Repertory Grid zur Bewertung der 4. Hypothese	87
6.3.1.	Konstruktpaar: „Kann ich beeinflussen - Schicksalhaft“	88
6.4.	Repertory Grid zur Bewertung der 5. Hypothese	89
6.4.1.	Konstruktpaar : „Prophylaxe notwendig - nicht erforderlich“.....	89
6.5.	Auswertung der offenen Fragen.....	90
6.5.1.	Erste offene Frage	90
6.5.2.	Zweite offene Frage	93
7.	Diskussion.....	96-108
7.1.	Diskussion der 1. Hypothese: Relevanz des übernatürlichen Glaubens in der arabisch-muslimischen Gesellschaft, esoterisches KK.....	96
7.2.	Diskussion der 2. Hypothese: Biologische Ursachenannahmen.....	99
7.3.	Diskussion der 3. Hypothese: Medikamentenvertrauen.....	99

7.4. Diskussion der 4. Hypothese: KK zur Einflussnahme und Verantwortlichkeit im Zusammenhang mit der Gesellschaftsstruktur	101
7.5. Diskussion der 5. Hypothese: Notwendigkeit der Prophylaxe	104
7.6. Diskussion der 6. Hypothese: Bedrohlichkeit der Erkrankung	106
7.7. Diskussion der 7. Hypothese: Arztvertrauen	106
8. Klinische Bedeutung/Schlussfolgerung	108
9. Limitationen der Studie	111
10. Zusammenfassung	112
11. Anhang	115
11.1. Facharztausbildungs-Katalog für Psychiatrie in Jordanien.....	115
11.2. Tabellen	118
12. Literaturverzeichnis	119
13. Danksagung	131

Abkürzungsverzeichnis

1	Abb.	Abbildung
2	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
3	BRCA-Gen	Breast Cancer - Gen
4	BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
5	bzw.	beziehungsweise
6	ca.	circa
7	DOS	Department of Statistics
8	ggf.	gegebenenfalls
9	H	Hypothese
10	ICD10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation
11	J.	Jahre
12	Jh.	Jahrhundert
13	LKH	Landeskrankenhaus
14	Mio.	Millionen
15	MW	Mittelwert
16	n.Chr	nach Christus
17	n	Umfang der Stichprobe
18	o.g.	oben genannten
19	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
20	p	Signifikanzwert
21	ü.	über
22	s.	siehe
23	t	Testprüfgröße

24	Tab.	Tabelle
25	u.	und
26	u.a.	unter anderem
27	Vpn.	Versuchsperson
28	vs.	versus
29	WHO	World Health Organization
30	χ^2 - Test	Chi-Quadrat-Test
31	z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Nach Linden (1985) sind Krankheitskonzepte als die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes definiert.

Es existieren zahlreiche Arbeiten zu den Krankheitskonzepten (KK) schizophrener Patienten (Linden, 1985; Angermeyer und Klusmann, 1988; Whittle, 1996; Holzinger et al., 2001; Holzinger et al., 2003; Mc Cabe und Priebe, 2004). Die Untersuchungen hierzu sind in Deutschland oder anderen westlichen Ländern durchgeführt worden und werden im 2. Kapitel ausführlich dargestellt.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse dieser Arbeiten, die in die Therapiekonzepte der in Deutschland tätigen Therapeuten einfließen, auch auf ausländische Patienten aus einem anderen Kulturkreis angewendet werden können. Haben Patienten aus unterschiedlichen Kulturen bei gleicher Erkrankung auch das gleiche Krankheitskonzept (KK)? Behalten die Erkenntnisse und Empfehlungen bei nicht aus dem westlichen Kulturkreis stammenden Patienten ihre Gültigkeit?

Die vorliegende Arbeit thematisiert, welche subjektiven Vorstellungen schizophrene Patienten von ihrer Erkrankung haben, wie sie sich ihre Entstehung erklären, sie erleben und welche Erwartungen hinsichtlich des Krankheitsverlaufes existieren.

Es soll geprüft werden, inwieweit sich die Betrachtungsweise deutscher Patienten von Patienten aus Jordanien unterscheidet. Dies ist insofern interessant als die gleiche Erkrankung in unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten erlebt wird, einmal in Deutschland, einem christlichen, kulturell und ethisch westlich orientiertem Land und zum anderen in Jordanien, einem muslimischen, arabisch und orientalisch geprägten Land.

Die Krankheitskonzepte einer Gruppe schizophrener Patienten in Jordanien und Deutschland werden eruiert, dargestellt und verglichen. Weiterhin wird ein Einblick in die sozialen und kulturellen Besonderheiten der jordanischen und muslimischen Gesellschaft gegeben, um zu sehen, inwieweit sich soziokulturelle Unterschiede auf die möglicherweise unterschiedlichen KK beziehen lassen.

Warum werden gerade arabisch-muslimische Patienten befragt?

In den letzten Jahren sind immer mehr Menschen aus dem Nahen Osten nach Deutschland eingewandert, insbesondere auch Muslime (Zemni und Parker, 2002). Trotz immer noch existierender Integrationsprobleme sind sie ein fester Bestandteil der multikulturellen deutschen Gesellschaft geworden und suchen zunehmend auch bei psychischen Problemen nach professioneller Hilfe (Nobles und Sciarra, 2000; Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007). Bei der Zusammenarbeit und Therapie von Patienten aus einem anderen Kulturkreis ergeben sich neue Aspekte und Herausforderungen für den behandelnden Arzt und das Pflegepersonal hinsichtlich der Therapieplanung, da einerseits für viele Therapeuten der soziokulturelle Hintergrund ihrer Patienten aus dem Nahen Osten fremd und nicht nachvollziehbar ist, aber andererseits dieses Verständnis des Patienten für den Erfolg der Therapie von Bedeutung sein kann (Lindert et al., 2008; Rüschoff, 1992; Ilkic, 2007).

Für mich als bilinguale, wissenschaftliche Mitarbeiterin arabischer Herkunft bestand die Möglichkeit, arabische Patienten in ihrem Heimatland in ihrer Muttersprache zu interviewen. Dies hat den Vorteil, eine weitgehend authentische Abbildung ihrer KK zu erhalten.

Aus praktischen und organisatorischen Gründen wurde die Untersuchung in Amman, Jordanien, im „National Mental Health Center“ in Fuheis – kurz: „Al Fuheis Hospital“ – dem einzigen staatlichen psychiatrischen Krankenhaus Jordaniens durchgeführt.

Die Arbeit ist in acht Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel werden die geographischen und sozioökonomischen Verhältnisse in Deutschland und Jordanien beschrieben.

Im zweiten Kapitel erfolgt eine Darstellung der Psychiatrie im kulturellen Kontext und ein kurzer Abriss der Entwicklung der Psychiatrie in beiden Ländern von der Antike bis heute.

Das dritte Kapitel verschafft einen Überblick über den bisherigen Kenntnisstand von KK bezüglich der Definition und Bedeutung im Allgemeinen sowie eine Literaturübersicht über die Ergebnisse der Studien speziell zu KK von schizophrenen Patienten in Deutschland und muslimisch-arabischen Patienten. Weiterhin werden vergleichende Studien zwischen christlich-westlichen und muslimischen Patienten zur Thematik vorgestellt.

Im vierten Kapitel werden die Hypothesen der Arbeit hergeleitet.

Der empirische Teil der Arbeit beginnt im fünften Kapitel. Es werden die Untersuchungsgruppen, -einrichtungen und -instrumente zur Überprüfung der Hypothesen vorgestellt und erläutert.

Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt und im siebten Kapitel diskutiert. Zum Abschluss erfolgt eine Zusammenfassung.

1.2. Jordanien



Abb. 1: Geographische Karte von Jordanien

Das Haschemitische Königreich Jordanien liegt in Asien (Naher Osten) und hat eine Ausdehnung von ca. 90.000 km².

Die Einwohnerzahl beträgt 5,8 Mio., von denen rund 2 Mio. in der Hauptstadt Amman leben. Die Bevölkerung setzt sich neben Jordaniern, 20% der Bevölkerung, und Palästinensern, ca. 70%, zu 1% aus Tscherkessen, Kaukasiern, Drusen, Armeniern, Bosnier und Syrern zusammen. Rund 92% der Einwohner sind Muslime, 8% Christen (Department of Statistics (DOS) in Jordan, 2009; Auswärtiges Amt, 2009).

Nach dem Krieg im Irak im Jahre 2003 leben zunehmend Iraker in Jordanien, die Anzahl wird auf 500.000-700.000 geschätzt (UNCHR, 2007).

Staatsaufbau

Staatsform in Jordanien ist nach der Verfassung von 1952 die Konstitutionelle Monarchie. Staatsoberhaupt und oberster Inhaber der Exekutivgewalt ist der Monarch, König Abdullah, Nachfolger des 1998 verstorbenen König Hussein. Die Legislative liegt beim Parlament. Das gewählte Parlament besteht aus 110 vom Volk direkt gewählter Abgeordneter des Unterhauses sowie 55 vom König ernannten Mitgliedern des Oberhauses; die Legislaturperiode beträgt 4 Jahre.

Gesundheit

Dem Gesundheitsministerium steht ein Budget von 10,5% (gemessen am BIP) für die Gesamtausgaben zur Verfügung. Durchschnittlich steht ein Krankenhausbett pro 507 Einwohner und ein psychiatrisches Krankenhausbett pro 9000 Einwohner zur Verfügung. Insgesamt gibt es nur 60 Psychiater in Jordanien - einschließlich derer in der Facharztausbildung (Takriti, 2004; Jordan Association of Psychiatrists, 2008; WHO, 2005). Daraus ergibt sich ein Arzt-Patient-Verhältnis in der Psychiatrie von 1:75.000, das Verhältnis Arzt/Patient für alle Fachgebiete beträgt: 1,7:1000 (Department of Statistics Jordan, 2006).

Bildung

Die Landessprache ist Arabisch und die Bildungssprache Englisch. Schulpflicht besteht vom 6. bis 15. Lebensjahr, 9,3% der Bevölkerung der über 15-Jährigen sind Analphabeten (Department of Statistics Jordan, 2006).

Die Bereiche Bildung und Wissenschaft sind für Jordanien von zentraler Bedeutung. Der Anteil von Schülern und Studenten macht ein Drittel der Bevölkerung aus. Die Studienmöglichkeiten werden weiter ausgebaut. Jordanien besitzt insgesamt über 20 Universitäten, wovon viele privat sind. Es existieren 5 staatliche Universitäten, darunter auch seit 2005 eine Deutsch-Jordanische Hochschule (German-Jordanian University, GJU). Gleichzeitig wird die praktische Berufsausbildung gefördert, um dem Mangel an Technikern und qualifizierten Facharbeitern entgegenzuwirken.

Zahlreiche Berufsbildungszentren bieten bereits Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten an.

Die Zusammenarbeit jordanischer kultureller Einrichtungen mit Vertretern anderer Kulturkreise in den Bereichen Wissenschaft, Kunst, Literatur und Musik wird gepflegt. Jordanien ist ein wichtiger Partner im Dialog zwischen den Zivilisationen und Religionen (Auswärtiges Amt, 2008).

1.3. Deutschland

Sämtliche Informationen dieses Abschnittes stammen aus dem aktuellen Handbuch „Tatsachen über Deutschland“ des Auswärtigen Amtes (online: www.tatsachen-ueber-deutschland.de).

Deutschland ist ein Bundesstaat in Mitteleuropa mit einer Größe von 357.021m². Es ist mit 82,5 Millionen Einwohnern das bevölkerungsreichste Land der EU und mit 231 Einwohnern pro Quadratkilometer gehört es zu den am dichtesten besiedelten Ländern Europas. Die Hauptstadt und größte Stadt ist Berlin mit 3,4 Mio. Einwohnern, gefolgt von Hamburg mit 1,7 Mio., München mit 1,2 Mio. und Köln mit 1,0 Mio. Einwohnern.

Es leben ca. 7,3 Millionen Ausländer in Deutschland (8,8% der Gesamtbevölkerung), darunter 1,7 Millionen Türken. Knapp 53 Millionen Menschen bekennen sich zum christlichen Glauben (26 Mio. Katholiken, 26 Mio. Protestanten, 900.000 Orthodoxe Christen). Es gibt 3,3 Mio. Muslime, 230.000 Buddhisten, 100.000 Juden und 90.000 Hindus (Auswärtiges Amt, 2008).

Staatsaufbau

Deutschland ist ein föderaler Bundesstaat, bestehend aus 16 Bundesländern jeweils mit Verfassung, Parlament und Regierung. Die höchste Staatsgewalt liegt beim Bund. Durch den Bundesrat sind die Bundesländer auf Bundesebene vertreten und an der Gesetzgebung des Bundes beteiligt. Das Staatsoberhaupt ist der Bundespräsident; der Regierungschef ist der Bundeskanzler.

Das Parlament besteht aus dem Deutschen Bundestag mit 614 Abgeordneten, die auf vier Jahre gewählt werden und dem Deutschen Bundesrat, Vertretung der 16 Bundesländer. Dieser besteht aus Mitgliedern der Landesregierungen. Zum

Bundesratspräsidenten wird jeweils der Ministerpräsident eines Bundeslandes für ein Jahr gewählt. Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat. Es gelten die Grundsätze der Gewaltenteilung und der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung. Alle Staatsorgane sind der verfassungsmäßigen Ordnung unterworfen. Das Grundgesetz garantiert jedem einzelnen Bürger die Grund- und Menschenrechte. Das Bundesverfassungsgericht wacht über die Einhaltung des Grundgesetzes. An seine Rechtsprechung sind alle übrigen Staatsorgane gebunden (Auswärtiges Amt, 2008).

Europäische Union

Die Bundesrepublik Deutschland ist Gründungsmitglied der Europäischen Union (EU).



Soziale Sicherung

Es gibt in Deutschland ein hoch entwickeltes Netz an sozialen Sicherungssystemen (Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung), die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern anteilig finanziert werden. Nahezu alle Einwohner Deutschlands sind krankenversichert (88% in einer gesetzlichen, knapp 12 % in einer privaten Versicherung). Deutschland liegt mit Gesamtausgaben für Gesundheit von 11,1% (gemessen am BIP) über dem OECD-Durchschnitt von 8,6% (Auswärtiges Amt, 2008). Die Arzt-Patient-Relation beträgt 3,73: 1000.

Hochschule

In Deutschland gibt es 372 Hochschulen, davon 102 Universitäten und 167 Fachhochschulen. Die Analphabetenrate beträgt bei den über 14-Jährigen 0,7% (Auswärtiges Amt, 2008).

Eine ausführliche Aufstellung wichtiger Daten von Deutschland und Jordanien im Vergleich findet sich in Tabelle 1.

	Jordanien 	Deutschland 
Geographie		
Gesamtfläche (km ²)	89.342	357.021
Demographie		
Hauptstadt	Amman	Berlin
Bevölkerung	5.600.000	82.422.300
Städteeinwohner	4.559.000	73.280.000
Urbanisierung (%)	77,18	88,91
Durchschnittsalter	23,00	42,60
Bevölkerungsanteil über 65 Jahre (%)	3,80	19,50
Bevölkerungswachstum (%)	2,49	-0,02
Geburtsrate je 1000 Einwohner	21,28	8,33
Sterberate je 1000 Einwohner	2,65	10,62
Lebenserwartung Männer (Jahre)	75,90	75,81
Lebenserwartung Frauen (Jahre)	81,05	81,96
Gesundheit		
Ärzte	10.030*	311.230**
Davon mit Facharztbezeichnung Psychiatrie u. Psychotherapie	44 (+16 in Ausbildung zum Facharzt)* (0,4%)	7148** (2,3%)
Ärzte je 1000 Einwohner	1,70	3,73
Bildung		
Analphabeten (Bevölkerung ü. 14 J.)	305.003	495.605
Analphabeten (%) (Bevölkerung ü.14 J.)	9,3	0,70
Religion		
Überwiegende Religionsgruppe	Muslime	Christen
Wirtschaft		
BIP (€) je Einwohner	1.805	28.211
Wirtschaftswachstum (%)	6,40	1,30
Inflationsrate (%)	6,3	1,90
Arbeitslosigkeit (%) (offizielle Angaben)	12,00	9,69
Staatsverschuldung % des BIP	76,30	51,10
Statistische Ämter	Dep. of Statistics (DOS)	Statistisches Bundesamt
*DOS Jordan, 2006; Auswärtiges Amt, 2006-2008 - **Statistik der Bundesärztekammer, 2006		

Tab. 1: Vergleich zwischen Jordanien und Deutschland anhand einiger Daten aus den Bereichen Geographie, Demographie, Gesundheit, Soziales und Wirtschaft

Anhand der erfolgten Länderbeschreibungen wird deutlich, dass Deutschland und Jordanien zwei Länder mit großen geographischen, ökonomischen und sozialen Unterschieden sind. Die Patienten in beiden Ländern leben und erleben Ihre Erkrankung in Gesellschaften, die sich stark voneinander unterscheiden. Wird nun postuliert, dass KK unter anderem durch persönliche Erfahrungen und die Umwelt geprägt sind (Linden, 1985 und Beutel, 1988), so stellt sich die Frage, inwieweit sich KK von Patienten mit der gleichen psychiatrischen Erkrankung (Schizophrenie) in sozial und kulturell unterschiedlichen Ländern unterscheiden. Mit zunehmender Migration und Behandlung ausländischer Patienten kommt der Kenntnis über KK aus anderen Ländern auch in Deutschland eine immer größere Bedeutung zu.

Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der subjektiven KK schizophrener Patienten in Deutschland und Jordanien und die Gegenüberstellung derselben. Es wird untersucht, inwieweit Gemeinsamkeiten bestehen und inwiefern sich Differenzen auf die Unterschiede in Kultur und Gesellschaft zurückführen lassen. Sind deutliche Differenzen festzustellen, so wäre es sinnvoll zu erarbeiten, in welchem Maße die Sicht des Patienten in die Therapie ausländischer Patienten berücksichtigt werden sollte, um somit z.B. die Compliance und auch die Therapieergebnisse zu verbessern.

2. Psychiatrie im kulturellen Kontext

Es ist festzustellen, dass sozialpsychiatrische Arbeiten in deutschsprachigen, allgemeinspsychiatrischen Zeitschriften im Vergleich zu allen anderen Arbeiten unterrepräsentiert sind. Im Gegensatz dazu ist ihr Anteil in internationalen, vor allem europäischen allgemeinspsychiatrischen Zeitschriften erstaunlich hoch, mit Schwergewicht auf der sozialpsychiatrischen Forschung der Schizophrenie, (Angermeyer und Winkler, 2001; Holzinger und Angermeyer, 2003).

„Die Sozialpsychiatrie ist eine Arbeitsrichtung der Psychiatrie, die in Zusammenarbeit mit Soziologie, Ökologie u. Sozialpsychologie den Einfluss sozialer Faktoren auf Entstehung u. Verlauf psychiatrischer Erkrankungen untersucht. Zu den Arbeitsgebieten zählen epidemiologische Erhebungen, Anwendung unterschiedlicher, gruppenorientierter Therapieformen und die Einführung sozialpsychiatrischer Dienste in enger Zusammenarbeit mit betroffenen Familien“ (Definition aus Pschyrembel, 1990).

Die Bedeutung der Beziehung zwischen Kultur, psychiatrischer Diagnose und Therapie thematisiert Flaskerud (2000): Das Wissen über die kulturellen Unterschiede ist essentiell für die Diagnose und die Behandlung eines Patienten, dies gilt nicht nur für den behandelnden Arzt, sondern gleichermaßen für das Pflegepersonal. Das unterschiedliche kulturelle Verständnis, die Kindheit und die Umgebung eines Patienten einer bestimmten ethnischen Gruppe haben starken Einfluss auf die Erfahrung und den Umgang mit einer psychiatrischen Erkrankung. Hierbei können erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturkreisen entstehen, da jeweils andere Normen und Wertesysteme vorherrschen. So besteht ein enger Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und dem sozialen Hintergrund (Flaskerud, 2000). Mit zunehmender Vermischung der Kulturen durch Zuwanderung ist es immer schwerer für den praktizierenden Arzt, verschiedene Kulturen und deren Krankheitskonzepte einzuordnen, welches jedoch für eine erfolgreiche Therapie erforderlich ist (Watkins, 2003). Oft ist allein die sprachliche Barriere ein deutlich limitierender Faktor in der Therapie von ausländischen Patienten, die deshalb früh die Therapie abbrechen. Daher fordern verschiedene Autoren mehrsprachige und kulturell informierte Therapeuten (Holzmann et al., 1994; Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007; Al-Krenawi, 1999).

Littlewood (2001) betont, dass Patient und Therapeut gleiche Schemata teilen müssen, um eine erfolgreiche Therapie zu erreichen. Er führt aus, dass z.B. Freuds Psychotherapie eine bestimmte menschliche Persönlichkeit in einem bestimmten kulturellen Zusammenhang voraussetzt, die in anderen Kulturen nicht immer so gegeben sind (Littlewood, 2001). Bestimmte Konzepte psychiatrischer Erkrankungen sind in anderen Kulturen nicht wichtig oder gar bedeutungslos (Karim, 1978; Dwairy, 2004). Allgemeiner Kritikpunkt von interkulturell tätigen Therapeuten an den in westlichen Ländern gängigen Psychotherapien ist daher, dass die Anwendung dieser außerhalb Europas sehr limitiert ist.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass eine andere Kultur auch andere Verhaltensweisen mit sich bringt, die von einem Arzt in Unkenntnis der kulturellen Zusammenhänge vermeintlich als krankhaft gedeutet werden kann. So könnte beispielsweise die Tatsache, dass sich ein muslimischer Patient fünfmal am Tag das Gesicht und die Hände wäscht, unabhängig von den Mahlzeiten, als Zwangserrscheinung fehlinterpretiert werden, obwohl es lediglich das Waschritual vor jedem Gebet darstellt. Kenntnisse der anderen Kultur könnten diese Probleme verringern (Dwairy, 1998).

2.1. Migration und psychische Krankheit

Ungefähr 15,3 Mio. Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2006).

Aufgrund der dadurch zunehmenden Konfrontation der Medizin und speziell der Psychiatrie mit verschiedenen Kulturen sind die sich daraus ergebenden Probleme sehr aktuell. Die transkulturelle Psychiatrie, die sich mit der Untersuchung kulturspezifischer Einflüsse auf Krankheitsbilder und Verläufe, die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Fachkräften sowie die Reflexion kulturgebundener Sichtweisen und Klassifikationsschemata beschäftigt, erfährt zusammen mit der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie durch die alltäglich gewordene Versorgung von Migranten und Flüchtlingen in den letzten Jahren eine zunehmende Aktualität (Heise et al., 2001).

Trotzdem ist die Lösung der sich ergebenden Schwierigkeiten eine Herausforderung für die Mitarbeiter im sozialen und medizinischen Sektor sowie der Politik. Die häufigsten Probleme, die sich aus der Zusammenarbeit mit Migranten ergeben, sind

migrationsspezifische Faktoren und Prozesse, sprachliche Verständigung, traditionelles Krankheitsverständnis sowie fehlende einheitliche Standards und Leitlinien (Machleidt, 2007).

2002 veranstalteten das Referat für Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN, das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover sowie die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit (DGPPG) eine gemeinsame Tagung, die eine verbesserte Integration von Migranten in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem zum Ziel hatte. Auf dieser Tagung wurden in einem breiten Konsens Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten in Deutschland formuliert: die „Sonnenberger Leitlinien“. In den 12 Leitsätzen sind die Erfordernisse und Handlungsschritte, die für eine interkulturelle Öffnung erforderlich sind, festgehalten. Als Voraussetzung einer solchen Öffnung sind Kultursensitivität und -kompetenz, die durch die Bildung multikultureller Behandlungsteams, den Einsatz von Dolmetschern, die Kooperation mit Migrantengruppen, die Verbesserung mehrsprachiger Informationen über das Versorgungssystem und die Notwendigkeit der Fort- und Weiterbildung sowie die Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migranten erreicht werden können. Es sind verschiedene Studien, Richtlinien und Arbeitsgruppen entstanden, die sich speziell mit der Versorgung und Zusammenarbeit mit Migranten in Deutschland befassen, alle mit dem Ziel, die Defizite zu erkennen, die Therapeuten zu informieren und zu sensibilisieren und Lösungsvorschläge- und Konzepte zu erarbeiten, um die medizinisch-psychiatrische Versorgung der Migranten zu verbessern (Kirkcaldy et al., 2006; Machleidt, 2002 und 2005; Scharfetter und Bridler, 2007; Kluge, 2007; Lindert et al., 2007; Wohlfart et al., 2006; Hartkamp, 2004; Banger et al., 2005). Eine Verbesserung der Situation der Migranten bezüglich der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste ist als Erfolg dieser Maßnahmen zu verzeichnen (Koch et al., 2007); diagnostische Unsicherheit aufgrund kultureller Faktoren erschwert jedoch weiterhin die Behandlungen. Daher sind weitere, repräsentative, empirische Studien zur Situation der Migranten gefordert, um das therapeutische Angebot stärker an die Bedürfnisse der Patienten anpassen zu können (Lindert et al., 2008; Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007).

Die Probleme, die aus der interkulturellen Arbeit in der Psychiatrie entstehen, sind nicht nur eine deutsche Erscheinung. Ähnliche Beobachtungen liegen aus Kanada

und den USA vor: Lo und Fung stellten bei kanadischen Patienten die Notwendigkeit des Wissens über die jeweilige Kultur des Patienten aus fremden Ländern zur Beurteilung unterschiedlicher kultureller Einflüsse auf den Patienten in verschiedenen Phasen der Psychotherapie fest. Sie prägten den Begriff der „Kulturellen Kompetenz des Therapeuten“ (Lo und Fung, 2003).

In den USA haben Psychotherapeuten, die dort vermehrt mit muslimischen Frauen arbeiten, ein theoretisches Modell für die Psychotherapie dieser Patientengruppe unter Berücksichtigung der sozialen und religiösen Belange erarbeitet (Carter und Rashidi, 2003).

2.2. Entwicklung der Psychiatrie im arabisch-muslimischen Kontext

Zunächst soll ein wichtiger Punkt hervorgehoben werden.

Diese wie auch die zitierten und verwendeten wissenschaftlichen Arbeiten beziehen sich auf arabisch sprechende Muslime (Sunniten), die überwiegend aus dem Nahen Osten und Nord-Afrika mit vergleichbaren Kulturen stammen, oder auf Muslime in der Bundesrepublik Deutschland, den USA und Israel, die ursprünglich aus dem Nahen Osten stammen. Muslime gibt es in vielen Ländern, die aber einen völlig unterschiedlichen, kulturellen Hintergrund haben, wie z.B. Indonesien, Pakistan, Indien, China, Malaysia, Usbekistan oder der Elfenbeinküste. Diese Muslime sprechen als Hauptsprache die entsprechende Landessprache, nicht arabisch, und sind kulturell nicht mit dem Nahen Osten verbunden.

Hier soll ein Überblick über die geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Psychiatrie in der arabisch-muslimischen Welt sowie eine spezielle Darstellung der Psychiatrie in Jordanien gegeben werden.

Aus der Ära der Pharaonen wurden in Ägypten Schriften entziffert, in denen keine Trennung zwischen Geist und Körper bekannt war und geistige Störungen als Symptome der Erkrankung von Herz und Uterus interpretiert und behandelt wurden (Okasha, 2001).

Seit der Islamischen Ära werden psychische Symptome anders interpretiert und therapiert. Spezialabteilungen für psychisch Kranke gab es in jener Zeit nur in islamischen Krankenhäusern. Das erste große Krankenhaus wurde in Bagdad im 9. Jh. erbaut und schon damals wurden dort psychiatrische Patienten therapiert. Das berühmteste dieser Krankenhäuser ist wohl das Mansuri-Hospital in Kairo, welches

1284 gegründet wurde. In dieser Epoche wurden wissenschaftliche Arbeiten aus dem Griechischen übersetzt mit der Folge, dass im Wesentlichen die galenische Medizin Anwendung in islamischen Krankenhäusern fand.

Der Fortschritt lag darin, geistige Symptomenkomplexe als eigenständige Erkrankung zu erkennen, den körperlichen Erkrankungen gleichzustellen und in Krankenhäusern zu therapieren.

In den damaligen psychiatrischen Abteilungen herrschte eine strikte Disziplin. Psychisch Kranke wurden, zum Selbst- und Fremdschutz, in Ketten ins Krankenhaus gebracht. Sie wurden sorgfältig betreut und zu den Gebetszeiten in eine Moschee geführt. Sie erhielten eine spezielle Ernährung, regelmäßige Hygiene und Medizin. Einige psychotherapeutische Behandlungsansätze gab es auch zu dieser Zeit und wurden damals die „Therapie des Wortes“ genannt. Außerdem dürfte die Elektroschocktherapie ebenfalls ihren Ursprung bei den islamischen Ärzten haben.

Arabische Ärzte im Mittelalter waren offen für psychosomatische Aspekte der Erkrankung. Musik wurde zur Zeit der Osmanen in vielen islamischen Krankenhäusern angewandt, so auch andere Formen der Ablenkung wie Tanzen, Theateraufführungen, Prosa und Geruchstherapie. Psychiatrische Abteilungen hatten immer eine imposante Umgebung in Form von Gärten mit üppiger Bepflanzung und Trinkbrunnen.

Historische Dokumente aus der mittelalterlichen, muslimischen Gesellschaft belegen, dass geistige Erkrankungen bekannt waren, und es wird behauptet, dass muslimische Ärzte bereits damals die Schizophrenie diagnostiziert und therapiert haben (Youssef und Youssef, 1996).

Im 19. Jh. wurden geistige Erkrankungen mit verstoffwechselter Galle erklärt, die das Gehirn erreicht hat. Diese rein somatische Interpretation wurde von Ibn Sina, einem damals lebenden und bekannten Mediziner, angezweifelt.

Die Rolle des Korans war und ist wesentlich in der Therapie und Akzeptanz der psychischen Erkrankung in der islamischen Gesellschaft und kann nicht ignoriert werden. Übernatürliche Erklärungen und Praktiken bezüglich schwerer, geistiger Erkrankungen waren und sind sehr dominant. (Rüschoff, 1992; Carter und Rashidi, 2003; Ilkilic, 2007; Wohlfart et al., 2006; Basheer, 2003; Al-Kassimi, 2003).

So genannte Djinn (Schreibweise aus Meyers Lexikon, 2007) wurden und werden auch heute noch für die Ursache psychischer Erkrankungen gehalten. Psychische

Symptome werden in diesem Zusammenhang als Ausdruck der Besessenheit von einem Djinn interpretiert. Unter anderem aus diesem Grund wurden die erkrankten Menschen nie körperlich misshandelt (Okasha, 2001; Stein, 2000).

Das Wort Djinn bedeutet wörtlich, dass etwas versteckt oder vor Blicken verborgen ist. Djinn werden im Koran erwähnt und beschrieben. Sie sind Wesen, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden können. Sie wurden aus rauchlosem Feuer erschaffen (Koran 55:15, übersetzt n. Rassoul, 1986, S.709). Die Djinn gelten als unsichtbare Geistwesen, die – wie die Menschen – Denkfähigkeit und Willensfreiheit besitzen (Rassoul, 1986). Sie essen, leben, haben Familien und sterben wie die Menschen.

Djinn können dem Menschen in unterschiedlicher Gestalt (schwarze Katze, Ziege, Schlange, riesenhafter Mensch...) erscheinen. Es gibt gute und böse, Muslime und Nicht-Muslime, sie werden je nach Tun und Motivation in Klassen eingeteilt (Zbinden, 1953).

Iblis, Name des Satans (arabisch: „Schaitan“), ist zum Beispiel ein Djinn, der infolge seines Ungehorsams gegenüber dem göttlichen Befehl sich vor Adam niederzuwerfen, bis zum Tage der Auferstehung als „Einflüsterer“ und „Verführer“ der Menschen verflucht wurde (Rassoul, 1986).

Der Gläubige selbst hat von den Djinn nichts zu befürchten, weil Gott auf seiner Seite ist. Im Übrigen gelten alle religiösen Gebote des Korans auch für die Djinn; sie sind wie Menschen der Frömmigkeit und der Erlösung fähig (Zbinden, 1953).

Gleich zur modernen Psychiatrie betonen die früh entwickelten islamischen Regeln zum Umgang mit geistig Kranken, diese als Menschen zu akzeptieren und deren sozialer Isolation vorzubeugen – und sie weder körperlich zu misshandeln noch sie als heilig zu verehren (Mobaraky, 1989).

Im Koran (4:4, übersetzt n. Rassoul, 1986, S.98) heißt es:

„Und gebt nicht den Schwachsinnigen euer Gut, das Allah euch zum Unterhalt gegeben hat. Versorgt sie davon und kleidet sie und sprecht zu ihnen mit freundlichen Worten.“

Psychisch kranke Menschen sollen in die Gesellschaft integriert werden.

Die Rolle der Familie ist neben der Religion ein weiterer, wichtiger Aspekt der Psychiatrie im Nahen Osten. Auf diese soll nun kurz im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

2.2.1. Die Rolle der Familie in der arabischen Gesellschaft

Im Vergleich zur Familie in westlichen Gesellschaften spielt diese in der traditionellen arabischen Gesellschaft eine viel größere Rolle (Dwairy, 1997 und 1998; Okasha, 2003). Sie ist die hauptsächliche soziale Institution und beteiligt sich im Vergleich zu westlichen Familien viel mehr an der Persönlichkeitsentwicklung, dem Krankheitsverhalten, Krankheitsmustern und -verarbeitung. Die Rolle der Schulen und Einrichtungen außerhalb des Elternhauses haben im Gegensatz zu westlichen Gesellschaften eine untergeordnete Bedeutung (Okasha, 2003). Die Familienmitglieder werden erzogen im Sinne des Willens und der Werte der Familie. Im Gegenzug ist ihnen die Unterstützung der Familie immer sicher. Handlungen gegen die Familie werden moralisch bestraft. Unbewusst lernen die Familienmitglieder ihre persönlichen Belange und Emotionen zu unterdrücken bzw. diese in die der Familie zu integrieren. Relativ betrachtet resultiert aus dieser familiären Prägung eine größere Entwicklung des sozialen Wertesystems und eine vergleichbar geringere Entwicklung des eigenen Ego: Kollektivität ist wichtiger als Individualität (Dwairy, 1997).

Die arabische Familie kümmert sich gleichermaßen um die Angelegenheiten der gesunden und kranken Mitglieder. Deshalb sind Prävention und Nachsorge des Kranken in arabischen Ländern Familienangelegenheiten (El Islam, 2001). Die Unterstützung der Familie besteht nicht nur innerhalb des Hauses, sondern erstreckt sich auch auf Krankenhausaufenthalte: Die Familie, aber auch Freunde wechseln sich in der Betreuung und im Beistand für den Kranken während des Krankenhausaufenthaltes freiwillig ab. Sie begleiten den Patienten, versuchen ihn aufzumuntern, bringen ihm Essen von zuhause und bieten ihre Hilfe an. Diese Art der Unterstützung kann für den westlichen Arzt ungewöhnlich sein und wird möglicherweise als aufdringlich interpretiert, aber auch dies ist ein Teil der arabischen Kultur (Dwairy, 1998).

2.2.2. Stigmatisierung in der Psychiatrie im Nahen Osten/Jordanien

Entgegen der fortschrittlichen Entwicklung der Psychiatrie in den arabischen Ländern bis zum 19. Jahrhundert hat sich im Laufe der Jahre im Nahen Osten eine zunehmende Stigmatisierung psychisch Kranker entwickelt, so dass eine aktive Integration und allgemeine Akzeptanz von psychisch Kranken nicht nur nicht mehr selbstverständlich ist, sondern zunehmend erschwert wird (Wahass und Kent, 1997).

Es existiert eine große Ignoranz bezüglich der Psychiatrie in allen sozialen Gesellschaftsschichten, seien diese arm, reich, gebildet oder ungebildet. Dieses Stigma betrifft auch den Status der praktizierenden Psychiater unter den Kollegen, welches die Bereitstellung psychiatrischer Angebote eingeschränkt (Takriti, 2004; Okasha und Karam, 1998; Al-Krenawi, 2005). Ähnliche Ergebnisse werden in einer aktuellen Studie über „Stigmata Psychisch Kranker Patienten in Entwicklungsländern Asiens“ von Lauber und Rössler (2007) erhoben: Vergleichbar mit westlichen Ländern ist die Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch kranker Menschen weit verbreitet. Die Patienten werden als gefährlich und aggressiv eingestuft, welches die soziale Distanz vergrößert. Psychische Symptome werden, im Gegensatz zu somatischen Beschwerden, als „sozial nachteilig“ bewertet. Aus diesem Grund ist die Somatisierung psychischer Störungen in Asien weit verbreitet (Lauber und Rössler, 2007). Ähnliche Ergebnisse zeigen Untersuchungen aus Saudi Arabien: psychische Probleme äußern sich bei muslimischen Patienten als somatische Beschwerden wie Schmerz, Anorexie oder Abgeschlagenheit, wobei die Patienten jedoch nur initial oder gar nicht von Psychiatern therapiert werden (Dubovsky, 1983). Die gleichen Aussagen finden sich bei Al Krenawi und Graham (2000): Psychiatrische Patienten in arabischen Ländern (Jordanien, Palästina, Ägypten und die Vereinigten Arabischen Emirate) neigen dazu, ihre psychischen Probleme in physiologischen Symptomen auszudrücken, um das Stigma, welches psychisch Kranken anhaftet, zu umgehen (Al Krenawi, 2005; Al Krenawi und Graham, 2000). Weiterhin werden psychiatrische Hilfsangebote aufgrund der negativen Einstellung und Skepsis gegenüber psychisch Kranken nicht oder nur wenig in Anspruch genommen (Okasha, 1994; Takriti, 2004; Lauber und Rössler, 2007).

Im Allgemeinen bemühen sich nur sehr reiche oder sehr gläubige Familien um ihre erkrankten Mitglieder. Mit entsprechendem finanziellem Aufwand ist der Aufenthalt in einer gut ausgestatteten Privatklinik möglich. Religiöse Familien fühlen sich, in Anlehnung an den Koran, verpflichtet, den Erkrankten adäquate Hilfe zukommen zu lassen.

Im Rahmen der Literaturrecherche war es äußerst schwierig, Informationen über psychiatrische Einrichtungen und Angebote in Jordanien im Allgemeinen und über staatliche Einrichtungen im Besonderen zu finden. Eine Internet-Seite oder auch Beschreibung der staatlichen, psychiatrischen Klinik dem „National Center for Mental Health“ in Fuheis existiert nicht, auch nicht auf der offiziellen Internet-Seite des Gesundheitsministeriums (www.moh.gov.jo). Eine Ausnahme ist in dieser Hinsicht die private psychiatrische Klinik „Al Rashid Hospital Center“ mit einer sehr guten und ausführlichen Internetpräsenz (www.alrashid-hospital.com).

Es folgt eine Darstellung der Entwicklung und der aktuellen Situation der Psychiatrie speziell in Jordanien.

2.2.3. Psychiatrie in Jordanien

1966 wurde die Abteilung für Psychiatrie im Militärkrankenhaus in Marka, Amman, aufgebaut mit dem Ziel, primär das Militär zu unterstützen und zu stärken. Das Krankenhaus hatte 20 Betten für Männer und 10 für Frauen. Die Psychiater wurden zur Ausbildung und Vertiefung der Fachkenntnisse in England trainiert. Bald konnten sie auch eigene Ausbildungsprogramme für Psychiater in dem Militärkrankenhaus etablieren, die von der „British Medico-Psychological Association“ anerkannt wurden. Als der Ruf nach einem Psychiatrischen Krankenhaus 1967 nach dem Krieg in Israel, als die West Bank unter Besatzung fiel, sehr groß war, wurde 1973 das König Hussein Medizin-Zentrum erbaut und übernahm die Psychiatrische Abteilung des Militärkrankenhauses aus Marka 1975. Sie wurde jedoch 1997 wieder nach Marka zurück verlegt. Diese Maßnahme wurde als Rückschritt und Fehler der medizinischen Administration bewertet, da die Abteilung in Marka sehr isoliert und dadurch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen kaum möglich ist (Takriti, 2004; Okasha and Karam, 1998).

Um den Bedarf zu decken, wurde zusätzlich im April 1987 das „National Center for Mental Health“ in Fuheis (kurz: Al Fuheis Krankenhaus), ca. 20 km südwestlich von

Amman, mit knapp 300 Betten gegründet, inklusive 150 Betten für chronisch kranke Patienten und 46 Betten für Suchtkranke. In ganz Jordanien existieren derzeit 30 Tagesklinik-Plätze, die von 33.000 Patienten jährlich in Anspruch genommen werden. 2004 wurden diese durch 8 Psychiater versorgt. Es gibt in Jordanien medizinische Fakultäten nur innerhalb der jordanischen Universitätsklinik und innerhalb der Universität der Technik und Wissenschaft. In der Uniklinik gibt es keine psychiatrische Abteilung, die Ausbildung erfolgt im Al Fuheis Krankenhaus. Die Universität der Wissenschaft und Technik hat eine psychiatrische Abteilung mit 30 Betten im Neubau der Universität mit Möglichkeit zur Facharztausbildung. Im privaten Sektor sind 30 Psychiater tätig, die in Ihren eigenen Praxen arbeiten und konsiliarisch tätig sind. 1996 wurde das „Al Rashid Hospital Center“ für Psychiatrie und Suchtkrankheiten mit 120 Betten in Abu Nsair, nördlich von Amman, eröffnet. Es ist bislang das einzige private, psychiatrische Krankenhaus in Jordanien.

In Jordanien wird die Zeitschrift: „The Arab Journal of Psychiatry“ publiziert. Sie erscheint zweimal jährlich unter der Schirmherrschaft der Arabischen Föderation der Psychiater und repräsentiert alle arabischen Psychiater.

Die Psychiatrie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Spezialisierungen deutlich unterrepräsentiert. Es gibt immer noch ein starkes Defizit an Psychiatern. In Jordanien sind 0,4% der Ärzte Psychiater, im Vergleich hierzu sind es in Deutschland 3,7%. Zusätzlich wandern viele Ärzte in die Golfstaaten und nach Saudi-Arabien aus, weil sie dort deutlich höhere Gehälter erhalten. Die Psychiatrie steht auch materiell und wissenschaftlich den anderen medizinischen Fächern nach.

Die praktizierenden Psychiater in leitenden Positionen haben in der Regel eine Ausbildung im Ausland – meist in England – absolviert, so dass die Therapierichtlinien den europäischen entsprechen. In den letzten Jahren hat sich die Situation und das Angebot deutlich verbessert: 1977 war das Verhältnis von Psychiatern zu medizinischen Einrichtungen 1:2 Mio., aktuell existieren in Jordanien 1,7 Ärzte pro 1.000 Einwohner, insgesamt ca. 10.000 Ärzte (2006), davon 44 Psychiater und 16 in Ausbildung zum Psychiater für ca. 6 Mio. Einwohner. Die Anzahl der Mediziner im Nahen Osten ist im Vergleich zu westlich-industriell orientierten Ländern wie z. B. Deutschland deutlich geringer (s.Tab.1).

2.3. Entwicklung der Psychiatrie im christlich- deutschen Kontext

Es folgt eine Darstellung der verschiedenen Epochen mit den entsprechenden Therapieformen und Sichtweisen bezüglich psychisch Kranker vom Altertum bis zur heutigen Zeit im christlichen Kontext. Die wichtigen Eckpunkte der Geschichte werden dargestellt, um einen übersichtlichen Eindruck über die Entwicklung der Psychiatrie in Europa und speziell in Deutschland zu bekommen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann hier aufgrund der zahlreich vorhandenen Literatur nicht erhoben werden.

2.3.1. Altertum bis Ende des 18. Jahrhunderts

Aus der Zeit der Römer sind zahlreiche Darstellungen von mentalen Krankheitsbildern überliefert, z. B. durch Cicero (Tusculanische Briefe), Aulus Cornelius Celsus (ca. 30 n.Chr). Zu den römischen Behandlungsmethoden zählten Massagen, mäßige Aderlässe, Diäten, Schröpfen und Ölumschläge am Kopf. Man versuchte, den Verstand zu fördern, indem man Patienten kritische Texte lesen ließ und anschließend danach befragte, und bemühte sich um Aktivierung der Patienten durch Theaterspiele, Brettspiele oder auch Reisen (Brückner 2000). Seit dem Altertum wurden körperliche wie psychische Krankheiten durch körperliche Eingriffe behandelt, vor allem durch Entfernen der "materia peccans" sowie durch Reinigung der vier Körpersäfte Blut, Schleim, Gelbe und Schwarze Galle. Regeln für den Umgang mit psychisch Kranken wurden erstmals durch den römischen Autor Celsus im 1. Jahrhundert nach Christus formuliert. Er beschreibt verschiedene Möglichkeiten der psychischen Beeinflussung, z.B. die heilsame Lüge, den heilsamen Schmerz, den heilsamen Schrecken, die heilsame Ablenkung und vor allem das heilsame Gespräch, das einführende Eingehen auf die Patienten (Luderer, 1999).

Der "Behandlungsansatz" des Mittelalters war zu weiten Teilen durch Religion und darin durch den Glauben an die heilende Wirkung von wundertätigen Reliquien geprägt. Der Reliquienglaube ließ die Angehörigen mit ihren Kranken zu Pilgerreisen aufbrechen, zum Teil wurden die Kranken in der Nähe von Reliquien zurückgelassen. Sie wohnten dann gegen ein Entgelt bei den dort ansässigen Bauern und waren dadurch sowie durch Hilfe bei der Feldarbeit eine Einnahmequelle für die Bauern. Psychiatrische Krankenhäuser sind aus der Antike nicht bekannt (Brückner, 2007).

Im späten Mittelalter änderte sich die Situation dramatisch. Krankheitssymptome wurden als Teufelswerk interpretiert und die Betroffenen deswegen als Hexen oder Zauberer von der Inquisition verfolgt. Vom 15. bis 17. Jahrhundert wurden tausende von Erkrankten gefoltert und verbrannt (Schmidt, 2002).

Dessen ungeachtet wurden viele psychisch Kranke ebenso wie Arme und andere Erkrankte durch das kirchliche Versorgungssystem aufgefangen. Klöster und Domspitäler boten ihnen Obdach, der Umgang mit den psychisch Kranken war durch Werte wie Gehorsam, Armut und Keuschheit geprägt. Arbeit, Einsamkeit und Gebet wurden zu zentralen Elementen der Therapie (Schmidt, 2002).

Im 15. Jahrhundert wurde in Europa das erste psychiatrische Krankenhaus unter dem Einfluss der Mauren in Granada eröffnet. Häufig wird von guter Pflege und Wohlwollen gegenüber den Patienten berichtet. Ungefähr zur selben Zeit, in der in Spanien und Italien Einrichtungen entstehen, die noch von der orientalischen Kultur geprägt sind, gibt es erste Hinweise auf spezielle Irrenhäuser in Deutschland, so z.B. auf ein eigenes Haus für Geisteskranke und ungehorsame Kranke (von 1477) im Frankfurter Hospital (Foucault, 1973) oder auf die Lübecker „Dorenkisten“. Unruhige oder aggressive Irre wurden vor der Stadt in Holzkisten gesteckt oder in die Stadttore gesperrt. An manchen Orten wurden psychisch Kranke einem zahlenden Publikum vorgeführt, z. B. im 1784 von Kaiser Joseph II. gebauten „Narrenturm“ in Wien.



Abb. 2: Narrenturm in Wien, 2006

Im 17. und 18. Jahrhundert wurden Spitäler üblich, z. B. in Paris das „Hôpital général“, in England die „Workhouses“, in Deutschland die „Zuchthäuser“. Sie ähnelten eher Gefängnissen als Krankenhäusern, die allesamt dem Zwang zur Arbeit dienten. Die Patienten vegetierten dort angekettet zusammen mit Armen, Prostituierten, Landstreichern, Krüppeln und Straftätern (auch Gewaltverbrechern), Ärzte gab es nicht. Die Internierung war nie eine Angelegenheit der Medizin, sondern der Polizei (Egger, 1999). Die Wärter zwangen die Patienten mit harten Strafen zu jeder ihnen irgendwie möglichen körperlichen Arbeit und ließen sie ansonsten psychisch verwahrlosen. Auch Misshandlungen durch Mitpatienten waren die Regel. Der sog. „Heilsame Schmerz“ wurde durch Zwangsstehen, plötzliches Untertauchen in kaltem Wasser oder der Erzeugung von schmerzhaften Geschwüren und eiternden Wunden hervorgerufen (Schmidt, 2002).

Am 11. Mai 1796 gründete der Quäker William Tuke (1732–1822) in York eine private Irrenanstalt namens „The Retreat“. Das idyllisch gelegene Haus zeichnete sich durch seine ruhige Atmosphäre und den Verzicht auf Zwang und Gewalt aus. In Deutschland beklagte 1803 Johann Christian Reil die unwürdigen Zustände in Zucht- und Tollhäusern. Seine Reformvorschläge erinnern an das Konzept des „Retreat“.

2.3.2. Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie ab Ende des 18. Jahrhunderts

Der französische Arzt und Philanthrop Philippe Pinel (1745-1826) und sein Schüler Esquirol waren die Gründer des naturwissenschaftlich psychiatrischen Krankheitsmodells, das in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zu Fortschritten in der Versorgung psychisch kranker Patienten führte. Mit der „Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten“ leitete er eine neue Bewegung in der Psychiatrie ein. Die Internierung löste er durch neue Behandlungsmethoden ab, die er in seinen Schriften als "regime moral" zusammenfasste: Arbeit, Freundlichkeit, enge ärztlich-pflegerische Betreuung, Hygiene, viel Licht und Luft. Ihm ist auch die vollständige klinische Beschreibung verschiedener mentaler Syndrome zu verdanken. Damit setzte er Maßstäbe für die öffentliche Fürsorge der Gemütskranken im 18. und 19. Jahrhundert (Pinel, 1801).

Erst Ende des 19. Jhd. wurde, wesentlich durch den Psychiater Griesinger (1817-1868), in Deutschland die zwangs- und gewaltfreie Behandlung etabliert (Schmidt, 2002). Griesinger lernte zwangs- und gewaltfreie Behandlung in England kennen,

berichtete darüber in Deutschland und setzte die neuen Ideen zunächst in Zürich und später in Berlin um. Griesinger initiierte auch die Gründung von Stadtasylen, in welchen die Patienten in Wohnortnähe untergebracht werden konnten. Diese Stadtasyle entstanden später zumeist in der Form von Universitätskliniken. Bevorzugte Architekturform dieser Einrichtungen wurde der Pavillonstil innerhalb von großzügigen Parkanlagen. Die heilsame Wirkung idyllischer Natur wird noch heute bei einer ganzen Reihe dieser noch in Gebrauch stehenden Kliniken deutlich (Luderer, 1999). Im 19. und 20. Jahrhundert sorgten zusätzlich die wissenschaftlichen Erkenntnisse von Emil Kraepelin (1856-1926), Ernst Bleuler (1857-1939), Karl Jaspers (1883-1969) und Sigmund Freud (1856-1939) für wesentlich bessere therapeutische Möglichkeiten von psychisch Kranken. Freud erforschte zunächst die Hypnose und deren Wirkung, um psychisch kranken Personen zu helfen. Später wandte er sich von dieser Technik ab und entwickelte das psychoanalytische Therapieverfahren, welches unter anderem auf freien Assoziationen und Traumdeutung beruhte, um die seelische Struktur des Menschen zu verstehen und zu behandeln (Mertens, 2004).

2.3.3. Geschichte der wissenschaftlichen Psychiatrie ab Ende des 19. Jahrhunderts

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hoffte man, bald psychische Krankheiten ursächlich auf anatomische Veränderungen im Gehirn zurückführen zu können. Gestützt wurde diese Hoffnung z. B. von der Entdeckung des Sprachzentrums durch den Neurologen Broca. Die Verbindung zu anderen medizinischen Disziplinen, vor allem der Neurologie, wurde stärker. Es kam auch zu einer zunehmenden Klinifizierung der Psychiatrie, d. h. Patienten wurden in Betten behandelt.

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts veränderte sich der bis dahin eher pflegend-passive Behandlungsansatz (langwierige Bettkuren) in Richtung einer Aktivierung der Patienten. Diese Aktivierung erfolgte in erster Linie über Arbeit (Gärtnereien, Wäscherei, Küche). Zu jener Zeit öffneten sich auch die Tore der psychiatrischen Anstalten. Man begann, die zuvor oft lebenslang untergebrachten Patienten zu entlassen, beruflich und sozial wieder einzugliedern.

2.3.4. Psychiatrie im ersten Weltkrieg

All diese Errungenschaften wurden durch den Beginn des 1. Weltkriegs zunichte gemacht. Während des 1. Weltkriegs starben etwa 140.000 Menschen in Deutschen Anstalten. Räumliche Enge, unzureichende Heizung und Unterernährung bedeuteten besonders für Alterskranke, Patienten mit Tuberkulose oder Paralyse das Todesurteil. Nach dem 1. Weltkrieg erholte sich die Deutsche Psychiatrie nur langsam wieder. Es waren vor allem zwei Personen, die neue Impulse für die psychosoziale Versorgung gaben: Hermann Simon (1867-1947) und die "aktivere Krankenbehandlung" in Gütersloh sowie Gustav Kolb (1870-1938) und die offene Irrenfürsorge in Erlangen. Gustav Kolb war der erste Psychiater, der Grundzüge der gemeindenahen Psychiatrie in die Tat umsetzte. Er öffnete die Anstalt nach außen, führte die psychiatrische Familienpflege ein und baute in Erlangen ein System der offenen Fürsorge auf, das später von fast allen Kliniken übernommen wurde (Böcker, 1985).

2.3.5. Psychiatrie im Nationalsozialismus

Die Machtübernahme durch die Nationalsozialisten führte zur kompletten Ablehnung psychisch Kranker und zur staatlich initiierten Zwangssterilisation Betroffener oder auch nur sogenannter erblich belasteter Personen, zu Schwangerschaftsabbrüchen und zur Tötung psychisch und körperlich Kranker.

Im Oktober 1939 wurde die Gesamtzahl der zu tötenden Patienten auf 65.000 - 70.000 festgelegt. Gleichzeitig begann die Erfassung aller Anstaltspatienten. Bis 1941 wurden 70.253 Patienten durch Kohlenmonoxidgas umgebracht. Auch danach wurde das Töten in einigen Anstalten heimlich fortgesetzt. In einem Protokoll des Internationalen Gerichtshofes in Nürnberg wird die Zahl der durch die organisierte und "wilde Euthanasie" getöteten Menschen aus den Irrenanstalten, Pflege- und Erholungsheimen und Krankenhäusern auf mindestens 275.000 geschätzt (Hinterhuber, 1995).

Auch in den Wirren der Nachkriegszeit war die Sterblichkeit unter psychiatrischen Patienten hoch: Sie lag 1945 bei rund 50%; in einigen Anstalten ergriff fast das gesamte Personal die Flucht und überließ die Patienten ihrem Schicksal, Todesmärsche Halbverhungertes waren an der Tagesordnung (Bühning, 2001).

Das von den Nationalsozialisten am 14. Juli 1933 erlassene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde 1945 von den Alliierten außer Kraft gesetzt (Kolleg, 2000; Köbsell, 1987; Waldschmidt, 2000). Endgültig beseitigt wurde es erst 1973. Mit dem seit 1992 gültigen Betreuungsgesetz trat erstmals in der BRD wieder eine gesetzliche Regelung für die Durchführung einer Sterilisation in Kraft. Eine Sterilisation sollte bei einwilligungsfähigen Frauen nur auf der Basis der Freiwilligkeit durchgeführt werden (§ 1905 BGB). (aus: „Einmischen-mitmischen“ Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008).

2.3.6. Somatische Therapieverfahren

Perfiderweise wurden von den Nationalsozialisten die zur gleichen Zeit aufkommenden, jedoch nur bedingt wirksamen somatischen Behandlungsverfahren als Beweis für die Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen herangezogen. Zu diesen Verfahren gehörten die Insulinkomatherapie (Sakel, 1933), die Cardiazolkrampftherapie (Meduna, 1935) und die Elektrokrampftherapie (Bini und Cerletti, 1937). Seit den sechziger Jahren ist die Insulinkomatherapie zur Behandlung von Schizophrenien bedeutungslos geworden. Auch die Cardiazolkrampftherapie hat in der Therapie der Schizophrenie ihre Bedeutung verloren. Die Elektrokrampftherapie ist das einzige Therapieverfahren, dessen Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist und welches in der heutigen Zeit seinen Stellenwert bei strenger Indikation behalten hat (Jahraus et al., 2004; Regen et al., 2005; Koutsouleris et al., 2007; Krämer 2004).

Die Psychopharmaka traten ihren Siegeszug nach dem 2. Weltkrieg an. Mit der Entwicklung der ersten Neuroleptika und Antidepressiva in den 50er Jahren änderte sich die psychiatrische Therapie tiefgreifend. Die Entdeckung der therapeutischen Wirkung der Lithiumsalze im Jahr 1948 und ihr klinischer Einsatz seit Mitte der 50er Jahre, die Einführung der Neuroleptika in den 50er Jahren, die Einführung des ersten atypischen Neuroleptikums Clozapin im Jahr 1974 sowie die Synthese neuerer Neuroleptika und Antidepressiva in den 90er Jahren sind weitere Meilensteine dieser Entwicklung (Luderer, 1999).

2.3.7. Psychiatrie ab 1970 bis heute

Nach Kriegsende entwickelte sich die Psychiatrie nur langsam in Deutschland. 1971 erteilte der Deutsche Bundestag einer Expertenkommission den Auftrag, einen „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ anzufertigen. Eine erste Erhebung kam zu den erwarteten, alarmierenden Ergebnissen. Der Zwischenbericht zur Situation in den Landeskrankenhäusern (1973) warf ein Licht auf die baulichen Mängel in den Krankenhäusern. Die Bausubstanz war veraltet, die Stationen um 35 Prozent überbelegt. 40 Prozent der Patienten waren in Schlafsälen untergebracht. Die Patienten hatten keine Möglichkeit zum Tragen eigener Kleidung und keinen Platz für die Aufbewahrung von Eigentum. Für die in den anstaltseigenen Betrieben geleistete Arbeit erhielten sie nur eine minimale Entlohnung.

1975 berichtete diese Enquete-Kommission von Brutalität in psychiatrischen Krankenhäusern und einem eklatanten Mangel an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und ergänzenden Behandlungsformen (z. B. Kunsttherapie). Insgesamt seien über 70 Prozent der Patienten gegen ihren Willen behandelt worden.

Die Sachverständigenkommission erhob eine Reihe von Forderungen, unter anderem: „Der psychisch Kranke muss dem körperlich Kranken gleichgestellt werden. Alle noch bestehenden Benachteiligungen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht müssen beseitigt werden.“ ... „Die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muss grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin sein. Ihre Gesamtversorgung ist in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge einzugliedern.“ (Zit. aus dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Enquete 1975, S.17, 2.11-2.12). Dem seelisch Kranken muss prinzipiell mit dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden (Bericht der Enquete-Kommission, 1975). Weiterhin wurden Sofortmaßnahmen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen, Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken, Verkleinerung der Großkrankenhäuser auf weniger als 600 Betten und die Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Mindestgröße von 200 Betten, die Bildung kleinerer Versorgungsgebiete und die Spezialisierung der stationären Einrichtungen gefordert. Vorschläge zur Personalentwicklung

umfassten eine Verbesserung der Relation Arzt/Patienten und Pflegepersonal/Patienten und die Einstellung von Mitarbeitern anderer therapeutischer Berufsgruppen wie Diplompsychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten (Bericht der Enquete-Kommission, 1975).

Seitdem hat sich die psychosoziale Landschaft durchgreifend verändert. Die großen psychiatrischen Krankenhäuser wurden kleiner und überschaubarer, die räumlichen und sanitären Verhältnisse besserten sich. Zusätzlich entstanden in Deutschland über 100 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, ebenso viele Tageskliniken, ambulante Dienste sowie zahlreiche Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke (Luderer, 1999). Die Gesamtzahl psychiatrischer Betten ist in Deutschland von 1,8/1000 1970 auf 0,8/1000 gesunken, während die ambulante Versorgung durch die Zunahme niedergelassener Psychiater von 1:60 000 auf 1:16 000 ein enormes Wachstum erfuhr (Häfner, 2000).

Patientengruppen werden heute – ebenso wie Angehörigengruppen – in vielen psychiatrischen Kliniken angeboten. Auch sie sind aus der Behandlung der Schizophrenie nicht mehr wegzudenken. Weitere Therapieverfahren: Trainierende und tagesstrukturierende Verfahren (gezieltes Training geistiger Fähigkeiten und Arbeitstherapie), körperorientierte und kreativitätsfördernde Verfahren (Bewegungstherapie, Kunst- und Musiktherapie) ergänzen vor allen Dingen im Rahmen stationärer und teilstationärer Behandlungen die Psychopharmakon- und Psychotherapie. Die psychosoziale Beratung ebnet den Patienten den Weg aus der Klinik (Luderer, 1999).

2.4. Stigmatisierung in der Psychiatrie in westlichen Ländern und Deutschland

Trotz der großen Fortschritte in den letzten Jahrzehnten bezüglich des Aufbaus eines medizinischen und sozialen Angebotes für Patienten mit psychischen Erkrankungen in westlichen Ländern wie Deutschland sind immer noch erhebliche Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, besonders Schizophrenie, vorhanden (Winkler et al., 2006; Angermeyer und Matschinger, 2005; Rüscher et al., 2005; Link et al., 1999).

Das Stigma der psychischen Erkrankung kann nach Sartorius (2007) folgendermaßen definiert werden "...the negative attitude (based on prejudice and misinformation) that is triggered by a marker of illness – eg. odd behaviour or

mention of psychiatric treatment in a person's curriculum vitae.” , also der negativen Einstellung – basierend auf Vorurteilen und Fehlinformationen – welche von einem Krankheitsmarker, wie z.B. einem andersartigen Verhalten oder der Erwähnung einer psychiatrischen Therapie im Lebenslauf, getriggert wird.“

Nicht zu vernachlässigen ist der Einfluss der Medien. Hier werden Klischees gerne aufgegriffen und teilweise derart plakativ aufgearbeitet (Jamison, 2006; Stuart, 2006), dass der Graben zwischen den Gesunden und psychisch Kranken immer größer wird. In diesem Zusammenhang sind die Reportagen über Gewalt durch psychisch kranke Mitmenschen und die daraus resultierende, potentielle Gefahr für die Bevölkerung am häufigsten (Corrigan et al., 2005; Dietrich et al., 2006), so dass in der nicht betroffenen Bevölkerung überwiegend die Angst vor möglicher Gewalt durch diese Patienten vorherrscht und somit auch das Bedürfnis nach sozialem Abstand zu den Erkrankten (Link et. al., 1999). Dies hat unmittelbar negative Auswirkungen auf die Betroffenen, welche sich z.B. in einer Verminderung des Selbstwertgefühls, Depressionen und sozialer Benachteiligung äußern und bis hin zur Arbeitslosigkeit und Armut führen können (Markowitz, 1998; Link et al., 2001; Angermeyer et al., 1985; Sartorius, 2007; Stuart, 2006). Eine weitere Folge der Stigmatisierung ist eine zögerliche Inanspruchnahme medizinischer Angebote, welche wiederum zu einer schlechteren Versorgung der Patienten sowie zu einer Unterschätzung des Behandlungsbedarfes und somit auch z.B. zu geringeren staatlichen, finanziellen Hilfen führt (Sartorius, 2007). Die Stigmatisierung betrifft nicht nur die unmittelbar erkrankte Person, sondern auch deren Umfeld wie Familie und Freunde, die diese Folgen ebenfalls zu spüren bekommen (Sartorius, 2007).

In Kenntnis dieser Problematik sind verschiedene Kampagnen entstanden, mit der Intention, diesem Stigma durch Information und Aufklärung entgegenzuwirken:

Von der WHO wurde 1996 das Projekt „Open the doors“ initiiert, um gegen die Ausgrenzung und Diskriminierung Schizophrener in verschiedenen Ländern, u.a. auch Deutschland, zu kämpfen. Aus dieser Initiative entstand 2000 der Verein Irrsinnig Menschlich e.V. in Leipzig, der ein Schulprojekt dem Namen: „Verrückt? Na und!“ ins Leben rief. Zielgruppe sind Jugendliche im Alter von 15-25 Jahren. Insgesamt wurden über 3.500 Jugendliche an 90 Schulen in verschiedene Projekte, Workshops etc. eingebunden und mit betroffenen Personen in Kontakt gebracht. Es zeigte sich, wie auch bei anderen Kampagnen, dass Vorurteile reduziert und Einstellungen

positiv beeinflusst werden konnten (Winkler et al., 2006). Eine Trendanalyse in Deutschland konnte zeigen, dass die Stigmatisierung in den letzten Jahren zwar rückläufig, aber noch deutlich vorhanden ist (Angermeyer und Matschinger, 2005), so dass der Bedarf und die Notwendigkeit weiterer, langfristiger Bemühungen zur „Entstigmatisierung“ von vielen Autoren gefordert wird (Angermeyer und Matschinger, 2005; Winkler et al., 2004; Rüscher et al., 2005).

3. Bisheriger Kenntnisstand

3.1. Krankheitskonzepte (KK)

Nach Linden (1985) sind Krankheitskonzepte als Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes definiert.

Personen sammeln aus unterschiedlichen Quellen krankheitsspezifische Informationen und entwickeln daraus Theorien und Vorstellungen, die sie die Krankheit besser verstehen lassen und den Umgang mit ihr bestimmen (Beutel, 1988). Aber sie repräsentieren nicht nur durch Wissen erworbene Aspekte, sondern auch individuelle Einstellungen, eigene Betroffenheit, Schuldzuweisungen, Erwartungen des Patienten an den Arzt und die Behandlung. Mit subjektiven KK sind daher die Annahmen der Patienten zu verstehen, die sie mit einer bestimmten Krankheit assoziieren.

Jeder Mensch verfügt über Krankheitskonzepte, sowohl Ärzte, Betroffene selbst, wie auch Nicht-Betroffene. Aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung haben Ärzte KK, die nicht unerheblich durch ihr medizinisches Wissen bestimmt sind. Sie nehmen an ihren Patienten bestimmte Symptome wahr, interpretieren sie anhand ihrer wissenschaftlichen Kenntnisse und beruflicher Erfahrung und bilden dann entsprechende Vorhersagen über den Verlauf der Erkrankung. Auch die Behandlung orientiert sich an wissenschaftlichen Studien, also anhand der berufsbasierten KK des behandelnden Arztes.

Beide Gruppen, Patienten wie Ärzte, gründen ihre Entscheidung folglich auf denselben Prinzipien: Sie verhalten sich so, wie es nach ihrem KK sinnvoll erscheint (Wilm, 2005).

Krankheitskonzepte von Ärzten und Wissenschaftlern müssen jedoch nicht mit denen der Betroffenen bzw. Nicht-Betroffenen identisch sein (Bischoff und Zenz, 1989). Vielmehr ist nachzuvollziehen, dass bei Verwendung unterschiedlicher Quellen auch unterschiedliche Konzepte resultieren können. Stellt man als Beispiel das KK des Arztes dem des Patienten gegenüber, so wäre auf der einen Seite das Medizinstudium, Kongressbesuche, Leitlinien der Fachgesellschaften und die Fachliteratur, und auf der anderen Seite das KK des Patienten, der seine Information durch Befragen betroffener Personen im Freundes- oder Familienkreis, Nachbarn oder durch Recherche in populär- wissenschaftlichen Zeitschriften oder in neuerer Zeit im Internet gewinnt.

Aber nicht nur das reine oder vermeintliche Fachwissen bezüglich einer Krankheit haben Einfluss auf das KK, sondern auch die persönliche Betroffenheit (Linden, 1985). Für den Patienten treten im Zusammenhang mit einer Erkrankung Aspekte in den Vordergrund, die möglicherweise für den Arzt nur von zweitrangiger Relevanz sind, während sich der Arzt mit Problemen befasst, die dem Patienten häufig nicht einmal bekannt oder verständlich sind.

Ein Beispiel hierfür bietet eine Arbeit von Mueller et al. (2006): Hier wurden die KK von 100 Patientinnen mit Ovarialkarzinom eruiert. Im Zeitraum von 2001 bis 2004 befragte man insgesamt 100 Patientinnen mit der histologisch gesicherten Diagnose Ovarialkarzinom bezüglich deren Ursachenannahme zur Ätiologie ihrer Erkrankung. Als Hauptursache wurde „Privater Stress“ (von 55% der Befragten) gefolgt von beruflichem Stress (36% der Befragten) angegeben. Genetische Ursachen wurden von 34% und „Hormone“ von 29% der Patientinnen genannt. Weitere Gründe, in abnehmender Häufigkeit, waren Genitalinfektionen, Ernährung, Umweltverschmutzung und Nikotinkonsum. Spontan geäußerte Ursachen waren zum Beispiel Misshandlung, Strafe und Heimweh (Mueller et al., 2006).

Wissenschaftlich ist die genaue Ursache des Ovarialkarzinoms noch ungeklärt. In ca. 5-10% der Fälle ist dieses familiär gehäuft und durch Mutationen des BRCA-Gens bedingt (Deutsche Krebsgesellschaft, 2009).

Die KK der Patienten und die Ursachenannahme sind individuell sehr unterschiedlich und können von denen des behandelnden Arztes abweichen.

Fragen Hausärzte regelmäßig nach den KK ihrer Patienten?

In der Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner wird das Wissen über das KK des Patienten als wesentlicher Bestandteil des patientenzentrierten Arbeitens dargestellt. „Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).“ (Fachdefinition der DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2002). Trotzdem hat man in einer Studie, die qualitativ Arzt-Patienten Gespräche bei Konsultation wegen Husten und Kopfschmerzen untersuchte, festgestellt, dass die deutschen Hausärzte nur selten nach dem KK ihrer Patienten fragen (Wilm et al., 2003). In Deutschland besteht also eine Diskrepanz zwischen der Lehre und der täglichen Praxis. Im Vergleich hierzu wird in Großbritannien bei Arztbesuchen in etwa der Hälfte der Fälle direkt nach dem KK gefragt, welches dann in die weitere Kommunikation mit eingebunden wird (Wilm et al., 2003).

Inwieweit das Wissen über die KK des Patienten für die Arzt-Patient Beziehung von Bedeutung ist, wird im Kapitel 3.2. erläutert.

3.1.1. Beschreibung von KK

KK sind zum Teil sehr komplex, so dass sie von sehr verschiedenen Ausgangspunkten analysiert und eingeteilt werden können. Die Literatur diesbezüglich ist sehr umfassend, so dass im Folgenden nur die für die Studie relevanten Ansätze erläutert werden sollen.

3.1.1.1 Psychologisch-funktionale Beschreibungsdimensionen (Linden 1985)

Fasst man die verschiedenen psychologisch-funktionalen Analyseansätze für KK zusammen, so ergeben sich 8 wichtige Aspekte zur inhaltlichen Analyse von KK:

- a) Internale Kontrolle
- b) Zufallskontrolle
- c) Sozialkontrolle
- d) Gesundheitsvorsorge

- e) Nutzenerwartung
- f) Kostenerwartung
- g) psychosoziale Orientierung
- h) dysfunktionale Kognition

a) Internale Kontrolle

Hierunter versteht man, inwieweit der Patient den Eindruck hat, für die eigene Gesundheit und Erkrankung verantwortlich zu sein. Patienten mit hoher internaler Kontrolle sind davon überzeugt, dass Ihre Gesundheit und Krankheit von ihrem eigenen Verhalten abhängen und Fehlverhalten in Krankheit resultiert.

(Wallstone et al., 1976, Zit. n. Linden, 1985).

b) Zufallskontrolle

Sie beschreibt das Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand des Patienten von Faktoren abhängt, die er glaubt, selbst nicht beeinflussen zu können wie z.B. Schicksal oder Glück. Entsprechend würde eine hohe Zufallskontrolle nach Raven (1975) zu einer reduzierten Nutzung von Therapiemöglichkeiten und somit schlechter Compliance führen.

c) Sozialkontrolle

Im Unterschied zur Zufallskontrolle wird hier erfasst, inwieweit der Patient glaubt, bezüglich der Krankheit, von anderen Personen abhängig zu sein (Levenson, 1979, zit. n. Linden, 1985), z.B. von der Person eines bestimmten behandelnden Arztes, von dem der Patient annimmt, dass nur er ihn heilen kann.

d) Gesundheitsvorsorge

Hierunter wird das Ausmaß beschrieben, in dem ein Patient für seine Gesundheit vorsorgt. Es gibt Patienten, die glauben, nie krank werden zu können und sich somit auch nicht um ihre Gesundheit sorgen, und andere, die z.B. Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch nehmen und körperliche sowie psychische Veränderungen ernst nehmen (Becker 1979, Zit. n. Linden, 1985).

e) Nutzenerwartung

Sie beschreibt die positiven Erwartungen, die der Patient mit der Therapie verbindet.

f) Kostenerwartung

Sie drückt die Beeinträchtigung durch Krankheit/Behandlung im Tagesablauf aus, z.B. der Aufwand, regelmäßig bei Asthma zu inhalieren oder die täglichen Medikamente einzunehmen.

g) Psychosoziale Orientierung

Hier basiert das KK auf der Interaktion mit der Umwelt. Die Erkrankung wird als Folge eines Lebensproblems oder einer Auseinandersetzung mit einem anderen Menschen gesehen. Entsprechend versuchen die Patienten zunächst, diese sozialen Belastungen anzugehen und werden auch Therapiemaßnahmen erwarten, die diese Probleme angehen. Medikamente werden nur zögerlich angenommen. Im Gegensatz dazu stehen Patienten mit biologischen Erklärungsmustern (Fisher und Farina, (1979, Zit. n. Linden, 1985). Biologisch bedeutet, dass der Patient an eine organische Genese seiner Erkrankung glaubt, mit wenig subjektiver Einflussmöglichkeit, was eine höhere Passivität und ein Medikamentenvertrauen zur Folge hat.

h) Dysfunktionale Kognitionen

Diese beschreiben einzelne, individuelle Überzeugungen zum Krankheitsgeschehen, die eine optimale Behandlung verhindern können (Stimson, 1974; Linden, 1982).

Ein Beispiel wäre, dass ein Patient sich weigert, regelmäßig seinen Blutzuckerspiegel zu bestimmen, weil er der Ansicht ist, denselben „fühlen“ zu können. Diese Denkinhalte sind dysfunktional, weil sie zu einer reduzierten Compliance führen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass KK anhand des Einflusses von externen Faktoren (z.B. psychosoziales Umfeld, den Lebensbedingungen, der Interaktion mit anderen Menschen) und von internen Faktoren (Persönlichkeit) beschrieben werden können. Inwieweit KK, insbesondere für die Arzt-Patient-Beziehung bedeutend sind, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

3.2. Relevanz von KK im Allgemeinen und in der Psychiatrie

3.2.1. Relevanz von KK im Zusammenhang mit Therapieplanung/-erfolg und Compliance

Das KK eines Patienten basiert auf seiner Weltanschauung, Erfahrung und kulturellen Identität und wird aufgrund dieses Wertesystems erstellt. Im KK spiegelt sich die Individualität des persönlichen Charakters wider. Dadurch, dass sich der behandelnde Therapeut die Persönlichkeitsstruktur und das daraus resultierende KK des Patienten verdeutlicht, kann ein besseres Verständnis zwischen Arzt und Patient und eine individuelle Therapieplanung erfolgen. Zusätzlich kann hierdurch auch eventuellen Problemen der Therapie vorgebeugt werden (Linden, 1982). Dies führt zu einer größeren Zufriedenheit beim Patienten und somit auch einer besseren Compliance (Ley, 1982; Wilm 2005). Zahlreiche Autoren bestätigen, dass das Wissen um die KK des Patienten essentiell für die Zusammenarbeit und den Erfolg der Therapie ist (Kelly et al., 1987; Wilm, 2003; Lindert et al., 2008; Schäfer und Bischoff, 2002).

Wie bereits erläutert, können die KK vom behandelnden Arzt oft deutlich von denen des Patienten divergieren, ohne dass dies den Beteiligten bewusst ist.

Für den Arzt ist es wichtig, dies vor Augen zu haben, um regelgerecht auf die Beschwerden des Patienten einzugehen zu können und damit eine gute Compliance und ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen (Patel et al., 2002). Eine Vernachlässigung dieser subjektiven Theorien könnte eine Non-Compliance hervorrufen und letztlich die Therapiedurchführung erschweren und den Therapieerfolg beeinträchtigen (Mueller et al., 2006). Linden spricht an dieser Stelle von einem „therapeutischen Aspekt“, welcher Beachtung verdienen soll (Linden, 1988). Zusätzlich könnte die Berücksichtigung subjektiver KK einen präventiven Charakter besitzen:

Die Analyse einzelner Aspekte individueller KK könnte dem Arzt helfen, eventuelle Probleme in der Therapie vorwegzunehmen und ihnen vorzubeugen, indem Therapieempfehlungen dem KK des Patienten angepasst werden (Linden, 1982; Wilm, 2001; Mueller et al., 2006; Dwairy, 2004).

Die Konformität der KK von Therapeut und Patient kann eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Therapie sein. Therapeuten sind deutlich motivierter, mit Patienten zu arbeiten, die ähnliche KK und sozialen Hintergrund wie sie selbst aufweisen (Adler et al., 1996).

Ist sich der Therapeut der Unterschiede in den KK bewusst, so kann er bereits nach kurzer Zeit Einfluss auf das KK seines Patienten nehmen und dieses modifizieren, um den Therapieerfolg zu verbessern (Adler et al., 1996).

Im Gegensatz dazu betonen Hofer et al. den Einfluss psychoedukativer Programme auf das KK schizophrener Patienten und beschreiben eine nur geringe Modifizierbarkeit von KK (Hofer et al., 2001). In diesem Fall muss sich der Therapeut darauf einrichten, sich auf das KK des Patienten einzulassen, um die Therapie entsprechend zu planen, um damit wiederum eine bessere Compliance zu erzielen. Die Compliance, insbesondere der psychiatrischen Patienten, hängt von mehreren Faktoren ab, z.B. der generellen Einstellung bezüglich Psychopharmaka, dem erwarteten Nutzen nach Einnahme, der befürchteten Nebenwirkungen, der Krankheitseinsicht sowie der empfundenen Bedrohung durch die Erkrankung aus der eine Notwendigkeit zur Therapie abgeleitet wird (Möller et al., 2007).

Hierfür ein Beispiel: Das KK eines schizophrenen Patienten bezüglich seiner Erkrankung beinhaltet unter anderem die Ursachenannahme, dass beruflicher und privater Stress zur Erkrankung geführt hat. Seiner Meinung nach werden sich sein Wohlbefinden und die aufgetretene Symptomatik durch eine alleinige Reduktion der Arbeitszeit positiv verändern. Es ist damit zu rechnen, dass er eine (regelmäßige) Medikamenteneinnahme verweigern könnte. Die Kenntnis des KK der Patienten, mit Abbildung der o.g. Faktoren, ist hilfreich für eine Vorhersage der Compliance bezüglich der Arzneimitteltherapie sowie auch anderer Therapieformen (Holzinger et al., 2002; Kelly et al., 1987; Möller et al., 2007). Schaefer und Bischoff (2002) beschrieben die Notwendigkeit des Wissens um die KK und erstellten ein qualitatives Bewertungssystem für offene Fragen zu KK, so dass eine erfolgreiche und auf den Patienten zugeschnittene Therapie ausgearbeitet werden kann.

Nicht zuletzt sollte der juristische Aspekt noch berücksichtigt werden:

Bestimmte Therapieformen, bzw. ärztliche Eingriffe setzen die Einwilligung des Patienten voraus. Ohne diese liegt bei Durchführung derselben juristisch eine Straftat vor (§ 223 StGB). Die Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung wird entscheidend vom KK gelenkt. Eine Einwilligung kann erwartet werden, wenn die vorgeschlagene Therapie mit dem KK des Patienten konform ist.

3.2.2. Relevanz von KK im Zusammenhang mit dem Hilfesucheverhalten

Welchen Einfluss hat das persönliche KK auf das Hilfesucheverhalten eines Patienten?

Ein weiterer, wichtiger Aspekt ist der Einfluss des persönlichen KK auf das Hilfesucheverhalten. In einer Arbeit von Angermeyer et al. (1999) wird untersucht, inwieweit und welche soziokulturellen Faktoren, Einstellungen und vorherrschende Glaubenssysteme in der Gesellschaft Einfluss auf das Hilfesucheverhalten der Patienten haben, insbesondere bei Depressionen und Schizophrenie. Es stellte sich heraus, dass der Laie bei Schizophrenie fachärztliche Unterstützung bevorzugt, bei Depressionen jedoch nicht. Hier wird in erster Linie die Familie und dann, wenn überhaupt notwendig, der Hausarzt konsultiert. Die Ursache hierfür mag im unterschiedlichen KK für die entsprechende Erkrankung liegen. Bei der Krankheit „Schizophrenie“ gehen viele Laien von mehreren Faktoren als Ursache der Erkrankung aus, welche sowohl psychosoziale als auch biologische Faktoren beinhalten („multifaktorielle“ Ursachenannahme) (Angermeyer und Klusmann, 1988) oder nehmen biologische Ursachen an (Schomerus et al., 2006). So wird eher ein dem KK entsprechender Facharzt zur Behandlung aufgesucht. Studien zeigen, dass die Ursachenannahmen von Laien bei „Depression“ in erster Linie auf psychosoziale Faktoren basieren (Schomerus et al., 2006). In einer Arbeit von Lauber et al. (2003), in der Laien nach der Ursache für die Depression befragt wurden, waren die mit 56% am häufigsten genannten Ursachen „Probleme in der Familie und Partnerschaft“. So könnte auch erklärt werden, dass bei dem Verdacht auf eine Depression eher der Hausarzt als „Vermittler“ zwischen den Angehörigen und Verbindung zum sozialen Netz aufgesucht wird.

3.2.3. Relevanz von KK bezüglich der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

Insgesamt werden die Angebote zur Vorsorge seit Jahren wenig wahrgenommen; aktuell gehen nur etwa 17,5 % aller gesetzlich Versicherten zum "Gesundheits-Check-up", der alle zwei Jahre von den Krankenkassen ab einem Alter von 35 Jahren kostenfrei und ohne Praxisgebühr angeboten wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2006).

Inwieweit spielen KK eine Rolle im Hinblick auf die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen? Diese Fragestellung wurde 2004 von Kraft et al. unter-

sucht. Es wurden 450 Patientinnen in einer Frauenarztpraxis anhand eines Krankheitspräventions-Fragebogens befragt. Dieser enthielt Fragen zur Ursachenannahme verschiedener Krankheiten wie auch zur persönlichen Einschätzung des Krankheitsrisikos und Krankheitsprävention. Als ein Resultat konnte gezeigt werden, dass Osteoporose, Brustkrebs und andere gynäkologische Malignome im Wesentlichen als schicksalhaft angesehen wurden, während Stress und eigenes Verhalten als wesentliche Ursachen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen genannt wurden. Ein KK mit dieser schicksalhaften Ursachenannahme impliziert eine mangelnde Einflussnahme auf die Entstehung/Verlauf der Erkrankung. Ist ein Patient davon überzeugt, auf eine bestimmte Krankheit keinen Einfluss zu haben, so ist die Inanspruchnahme einer Prävention von seinem Standpunkt aus nicht sinnvoll.

Die Studie zeigte, dass die KK der Patienten bezüglich der Ätiologie von Erkrankungen deutlich von denen der Ärzte abwichen, so dass eine bessere Aufklärung der Patienten über die Notwendigkeit und den Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen deren Inanspruchnahme verbessern könnte (Kraft et al., 2004).

3.3. KK schizophrener Patienten

In diesem Abschnitt erfolgt eine Darlegung der KK schizophrener Patienten in Deutschland und Jordanien anhand der Literatur. Zur besseren Übersicht erfolgt die Einteilung der Beschreibung der KK in Ursachenannahmen und Behandlungsannahmen. Die Ursachenannahmen beinhalten die Vorstellung der Patienten über die Ätiologie ihrer Erkrankung. Die Behandlungsannahmen umfassen z.B. die Therapievorstellung der Patienten, Medikamenten- und Arztvertrauen sowie die mögliche Beeinflussbarkeit und Prognose der Erkrankung.

3.3.1 Ursachenannahmen

3.3.1.1. Deutsche Patienten

Angermeyer und Klusmann (1988) leiteten eine Studie, die hier ausführlich vorgestellt werden soll, da sie sich konkret mit der Frage nach Ursachen der Schizophrenie aus Patientensicht befasst.

Patienten einer Psychiatrischen Klinik in Hamburg mit den Diagnosen Schizophrenie, schizoaffektive Psychose oder affektive Psychose wurden in die Studie eingeschlossen. 198 Patienten im Alter von 18-60 Jahren, davon 60% Männer und 40% Frauen, wurden im Rahmen eines Interviews zunächst die offene Frage gestellt: „Worin glauben Sie liegen letztlich die Ursachen Ihrer Erkrankung?“ Im Anschluss daran bekamen die Patienten einen 30 Punkte umfassenden Fragebogen in Likert-Skalierung zur Erfassung der Ätiologiezuschreibung vorgelegt. Bei der Konzeption des Fragebogens wurden sowohl psychiatrische wie wissenschaftliche Annahmen als auch Laienvorstellungen zur Genese funktioneller Psychosen berücksichtigt. Fünf Bereiche der Ätiologiezuschreibungen waren im Fragebogen mit jeweils sechs Punkten enthalten:

Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 zusammengefasst:

Kategorie	Offene Frage	Fragebogen*
Rezente psychosoziale Faktoren	35%	88%
Persönlichkeitsfaktoren	26%	71%
Elternhaus	19%	64%
Biologische Faktoren	16%	32%
Esoterische Faktoren	1%	22%
Keine Angaben	22%	
Nicht krank	4%	

*In der Summe kann es mehr als 100% ergeben, da jedes Item einer Ätiologie-Kategorie, welches als „wahrscheinliche“ Ursache von der Vpn. gewählt wurde, mit in die Berechnung der Urteile eingeht.

Tab. 2: Ätiologiezuschreibungen der Patienten (n = 198) mit einer funktionellen Psychose auf die offene Frage und die vorgegebenen Antworten im Fragebogen

Als wahrscheinlichste Ursache wurden in absteigender Reihenfolge die rezente Lebenssituation, Persönlichkeitsfaktoren und das Elternhaus angegeben. Biologische und mystisch-esoterische Ursachen spielten hierbei keine bzw. eine untergeordnete Rolle.

Am häufigsten (35%) wurde als Ursache der Erkrankung psychosoziale Faktoren angegeben (z.B.: „belastende Lebensereignisse, Flucht vor Belastungen des Alltags, Einsamkeit“). In einem Viertel der Fälle wurden die Ursachenerklärungen den Schwierigkeiten, die innerhalb der Person selbst liegen, also der Kategorie

„Persönlichkeit“, zugeschrieben (z.B. „Mangel an Willensstärke“). Am dritthäufigsten wurden Probleme im Bereich des Elternhauses thematisiert (z.B.: „Mangel an elterlicher Liebe, feindselig-ablehnende Haltung der Eltern, strenger Vater“). Dann folgten Nennungen zu biologischen Faktoren (z.B.: „Es liegt in der Familie, Stoffwechselstörung im Gehirn, Vitaminmangel“). An letzter Stelle (nur zwei der insgesamt 198 Befragten) standen Erklärungen, die magisch-esoterischen Faktoren zugeordnet werden konnten (z.B.: „Besessenheit durch böse Geister, Strafe Gottes. Ungünstiges Horoskop“). Ungefähr ein Viertel der befragten Patienten machte keine Angaben.

Sowohl die Antworten auf die offene Frage als auch die im Fragebogen ergaben die gleiche Rangordnung für die fünf ätiologischen Kategorien. Um der Frage nachzugehen, ob für die Patienten generell nur eine Kategorie oder eine Kombination aus mehreren Kategorien in Betracht kommen (z.B. eine Kombination aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren) wurden die Antworten des Fragebogens entsprechend analysiert. Die meisten Patienten zeigten eine Kombination aus mindestens zwei Kategorien, wobei hauptsächlich psychologische und soziale Ursachen – ohne biologische Ursachen – miteinander kombiniert wurden.

Holzinger et al. wiederholten die Untersuchung 2001 in anderen, deutschen Kliniken (Berlin, Göttingen und Riedstadt/Frankfurt), um zu erforschen, ob sich die Untersuchungsergebnisse aus Hamburg generalisieren lassen. Zusätzlich wurden hier die KK der Patienten mit denen nicht betroffener Laien verglichen.

Die Kausalattributionen erwiesen sich, mit wenigen Ausnahmen im Gruppenvergleich, als stabil. Psychosoziale Ursachen standen im Vordergrund, biologische Ursachen wurden deutlich weniger genannt. Dies stand im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung: hier wurde die mögliche Relevanz von biologischen Faktoren deutlich höher angesehen. (Holzinger et al., 2001). Eine zweite Studie zur Ursachenannahme wurde im gleichen Jahr durchgeführt. Hier sollte geprüft werden, ob weiterhin mehrere Ursachenkategorien für die Patienten in Betracht kamen. Anders als in der o.g. Studie aus 1998 wurde hier überwiegend nur eine Ursachenkategorie genannt, keine Kombinationen. So steht das KK des Pat. eher im Kontrast zur aktuellen, psychiatrischen Forschung, welche mehrere Ursachenkategorien für die Erkrankung annimmt (Holzinger et al., 2001).

3.3.1.2. Arabische Patienten

Es existieren kaum Arbeiten speziell über KK von arabisch-muslimischen, schizophrenen Patienten, oft werden generell psychische Erkrankungen oder affektive Psychosen untersucht. Dies gilt sowohl für die Ursachen als auch die Behandlungsannahmen. Außerdem sind viele Untersuchungen als vergleichende Studien angelegt. Diese werden in einem separaten Kapitel vorgestellt. Es folgt nun eine Vorstellung repräsentativer Studien, die sich generell mit psychiatrischen Erkrankungen bzw. Patienten befassen.

Wie bereits erörtert ist die Religion – der Islam – ein wichtiger Aspekt für das Verständnis der Psychologie, bzw. deren Störungen in der arabisch-muslimischen Gesellschaft. So dominiert sie auch die KK hinsichtlich Erklärungen zur Ursache einer Erkrankung, insbesondere der psychischen Erkrankung, wie viele Studien muslimischer Patienten aus Saudi Arabien, Griechenland oder Deutschland zeigen. Der „Djinn“ und „Gottes Wille“ sind eine häufige Ursachenerklärung (Dwairy, 1998; Okasha, 2001; Stein, 2000; Wohlfart et al., 2006; Androutsopoulou et al., 2002).

Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Arbeit aus Israel mit arabischen Beduinen aus dem Negev. Diese untersuchte die KK der Patienten im Hinblick auf die Ursache ihrer Erkrankung. Hier waren „Gottes Wille“ und „schicksalhaft“ die häufigsten Begründungen. Menschliches Verhalten bzw. Fehlverhalten spielten nur eine untergeordnete Rolle (Al-Krenawi, 1999).

Die KK der Patienten sind auch sozialen Trends unterworfen. Der Inhalt der Ursachenannahmen der Patienten ist über die Jahre stabil, allerdings ist die Gewichtung derselben von der allgemeinen, gesellschaftlichen Einstellung und aktuellen Dominanz der Religion geprägt, wie eine Arbeit aus Ägypten zeigt (Atallah et al., 2001).

3.3.2. Behandlungsannahmen

3.3.2.1. Deutsche Patienten

Linden entwickelte 1988 eine Krankheitskonzept-Skala für Schizophrene zur Messung von sieben Krankheitskonzept-Dimensionen. Diese Skala wurde im Rahmen dieser Arbeit verwendet und wird im Methodik-Teil vorgestellt. Die Ergebnisse der Patientenbefragung von Linden, die zur Entwicklung der KK-Skala verwendet wurden, werden an dieser Stelle erörtert.

Insgesamt 174 Patienten, davon 52,3% Frauen, mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, mit einem durchschnittlichen Alter von 40 Jahren, füllten einen Fragebogen mit insgesamt 29 Punkten aus.

Die Auswertung der Fragebögen im Vergleich mit den soziodemographischen Daten der Patienten ließ folgende Schlussfolgerungen zu:

1. Mit dem Alter steigt zunehmend das Arzt- und Medikamentenvertrauen, wobei die Negativerwartungen und Schuldgefühle abnehmen.
2. Ein höherer Bildungsstand geht mit einer Abnahme des Arztvertrauens einher.
3. Das Arztvertrauen ist bei Frauen und Männern signifikant unterschiedlich. Frauen besitzen offensichtlich ein stärkeres Arztvertrauen.
4. Frauen beurteilten Ihre Gesundheit als stärker vom Zufall abhängig
5. Um die Compliance einzuschätzen, wurden Urteile von Ärzten, Schwestern, Pfleger und Patienten über die Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme auf einer vierstufigen Skala (nie/selten/meistens/immer) erfragt. Die Compliance der Patienten war umso höher, je höher das Arztvertrauen, das Medikamentenvertrauen und die persönliche Krankheitsanfälligkeit eingeschätzt wurden. Die Compliance fiel umso niedriger aus, je höher die Eigenverantwortlichkeit für die Erkrankung (Schuld-Dimension) bewertet wurde und je mehr negative Effekte (Nebenwirkungen der Medikation) erwartet wurden.

Eine Studie von Holzinger et. al untersuchte 2002 die Prognose und die Möglichkeit der Beeinflussung des Krankheitsverlaufes der Schizophrenie aus Sicht der Patienten und deren Angehörigen. Es wurden 31 schizophrene Patienten und deren nächste Angehörigen mittels problemzentrierter Interviews befragt. Hierbei kam man zu folgenden Ergebnissen:

Viele Patienten gaben eine Besserung, wenige einen Rückfall und selten eine Chronifizierung an. Insbesondere bestand die Überzeugung der Patienten, dass sie selbst den Verlauf der Krankheit beeinflussen können, und sie sahen sich nicht als hilflose Opfer. Alle Befragten bescheinigten der psychiatrischen Behandlung einen positiven Effekt. Im Hinblick auf die zukünftige Lebenssituation wurde vor allem in Bezug auf die Arbeit eine Veränderung gewünscht (Holzinger et al., 2002). Das gleiche Ergebnis bezüglich des erwarteten, guten Krankheitsverlaufes konnten auch Hofer et. al festhalten (Hofer et al., 2001).

3.3.2.2. Arabische Patienten

Bei arabischen Patienten hat zum einen der religiöse Glaube einen wesentlichen Einfluss auf Persönlichkeit und Lebenseinstellung (Al-Krenawi und Graham, 2000), zum anderen die Familie und Gesellschaft. Dementsprechend beeinflussen die Faktoren Religion, Familie und Gesellschaft auch das KK des Patienten. Wie oben bereits erläutert zählt die arabische Gesellschaft zu den so genannten „Kollektiven Gesellschaften“, in der die Gemeinschaft und insbesondere die Familie eine autoritäre Rolle einnehmen. Der Patient lernt, dass Lebensereignisse von externen Kräften gesteuert werden: Familie, soziale Führungspersonen oder Gott (Dwairy, 1998). So fühlen sich die Erkrankten auch nicht verantwortlich für ihr Verhalten, da es von „außen“ gesteuert wird (Al Khani et al., 1986). Dwairy (1998) beschreibt dies mit dem Begriff „external locus of control“. „Wenn ein (gläubiger Patient) Muslim sein Vertrauen in Gott setzt, so reduziert er den Stress, der auf ihm lastet, indem er die Verantwortung und die Macht, selbst etwas zu ändern, verkleinert“ (Crapanzano, 1981). Arabische Patienten sehen ihre Krankheit überwiegend als schicksalhaft an und weniger durch die eigene Person beeinflussbar, was die therapeutische Arbeit erschwert (Dubovsky, 1983).

Weniger religiöse Patienten versprechen sich durchaus einen Erfolg von Medikamenten, arabische Patienten erwarten dann eine sofortige Heilung durch Medikation und bevorzugen Injektionen gegenüber Tabletten (Al-Krenawi, 2001). Sie glauben weniger an sprachtherapeutische Maßnahmen, es sei denn, es ist ein direkter, kurzfristiger Ratschlag. Langzeittherapien verwirren und frustrieren die Patienten (Dwairy, 1998). Dies spiegelt sich auch in einer Studie in Saudi Arabien wider: Hier wurden die medikamentöse Therapie und religiöse Ermahnungen/Belehrungen der Patienten häufiger angewandt als Milieu-Therapien.

Psychotherapeutische Verfahren kamen bei schwer Kranken nicht zur Anwendung (Dubovsky, 1983).

Obwohl die Patienten den Therapien kritisch gegenüberstehen, sind Psychotherapeuten dennoch Autoritätspersonen in der arabischen Gesellschaft (Dwairy, 1998).

3.4. Ergebnisse vergleichender Studien

Es gibt kaum interkulturelle Studien, die sich mit dem Vergleich von KK muslimischer Patienten in ihrem Heimatland vs. christlichen/westlichen Patienten befassen. Ein Vergleich von deutschen und jordanischen Patienten wurde bislang noch nicht vorgenommen. Es gibt Arbeiten, die christliche Patienten mit muslimischen Patienten vergleichen (Wahass und Kent, 1997), sowie Studien, die Patienten verschiedener ethnischer Herkunft vergleichen, allerdings wurden diese häufig in nur einem Land durchgeführt und nicht in den entsprechenden Ursprungsländern der Patienten (McCabe und Priebe, 2004).

McCabe und Priebe untersuchten z.B. in England 2004 die KK von schizophrenen Patienten aus vier verschiedenen ethnischen Gruppen: britische Patienten weißer Herkunft, aus Bangladesch sowie afro-karibische und westafrikanische Patienten. Insgesamt wurden 119 Patienten zwischen 18 und 48 Jahren mit vergleichbarer Anzahl pro Gruppe interviewt. Es wurden Fragen zur Ursachenannahme, Compliance, der Einflussnahme auf die Gesundheit im Hinblick auf externale oder internale Kontrolle, Lebensqualität, Zufriedenheit bezüglich der Behandlung, Arzt-Patient-Beziehung und den Krankheitssymptomen gestellt.

Die Ergebnisse zeigten, dass es insgesamt zwischen den drei „nicht weißen“ Gruppen keine signifikanten Unterschiede gab. Es wurden jedoch deutliche Unterschiede zwischen den weißen-britischen Patienten und den drei anderen, ethnischen Gruppen festgestellt:

Die Gruppe der britisch-weißen Patienten erklärte die Ursache ihrer Erkrankung am häufigsten mit biologischen Faktoren, in zweiter Linie mit sozialen Gegebenheiten, übernatürliche Kräfte wurden nicht erwähnt. Diese Patienten favorisierten eine medikamentöse Therapie und zeigten somit auch ein höhere Therapiezufriedenheit,

da Medikamente von den Therapeuten eingesetzt wurden, sowie eine höhere Zufriedenheit bezüglich der Arzt-Patient-Beziehung.

Die drei anderen Patientengruppen nannten als häufigste Ursache soziale Faktoren, gefolgt von übernatürlichen Ursachen z.B.: „Jemand hat mich als kleiner Junge verzaubert“ oder „böse Kräfte“. Biologische Faktoren wurden kaum genannt. Patienten, die übernatürliche Ursachen nannten, favorisierten eher alternative Therapien mit religiösen Ritualen oder gar keine Therapie. Patienten, die soziale Faktoren als Ursache angaben, waren weniger zufrieden mit ihrer Therapie als die weiß-britischen Patienten. Insgesamt gab es keine Unterschiede bezüglich der Compliance.

Die Autoren schließen aus dieser Studie, dass unterschiedliche, ethnische Gruppen auch deutliche Unterschiede in ihren KK aufzeigen und dass die Patientenzufriedenheit entsprechend der gewählten Therapie und Arzt-Patient-Beziehung wesentlich vom KK abhängt (McCabe und Priebe, 2004).

1997 veröffentlichten Wahass und Kent eine interkulturelle Studie zwischen Saudi-Arabien und England, in der sie die Ursachen- und Therapieannahmen bezüglich akustischer Halluzinationen in der Bevölkerung und bei psychiatrischen Patienten verglichen.

Es zeigte sich, dass die Patienten in Saudi Arabien überwiegend religiöse Ursachen angaben und sich eine Therapie unter Einbeziehung der Religion vorstellen.

In England gaben die meisten Patienten keine religiösen Ursachen an. Sie nannten körperliche Erkrankung oder eine Gehirnerkrankung und erhofften sich den meisten Therapieerfolg durch Medikation bzw. Psychotherapie. Dabei spielte der Grad der Bildung in beiden Gruppen keine Rolle.

Weiterhin fand sich in Saudi-Arabien eine größere soziale Ablehnung von psychiatrischen Patienten, die aber stark vom Bildungsstand der befragten Personen abhängig war.

Fazit der Studie ist, dass die KK bezüglich der Ursache der Erkrankung abhängig vom sozialen Umfeld sind und sowohl bei der Therapie arabischer Patienten in westlichen Ländern als auch bei Anwendung westlicher Behandlungsmethoden in nicht westlichen Ländern unbedingt berücksichtigt werden sollten (Wahass und Kent, 1997).

Eine andere Untersuchung vergleicht 87 jordanische muslimische Patienten in Jordanien mit 61 jüdischen Patienten in Israel bezüglich deren KK und Therapieerwartungen. Die Autoren stellten Unterschiede zwischen den Gruppen fest, die unter anderem auf die unterschiedliche Herkunft zurückführten. Es zeigte sich, dass die jordanischen Patienten auf der einen Seite die Ursache ihrer Erkrankung im Religiösen und Spirituellen sahen, aber auf der anderen Seite eine medikamentöse Therapie erwarteten. Im Vergleich hierzu gaben die Israelis verschiedene Gründe für die Ursache ihrer Erkrankung an, z.B. Familie, Scheidung, Arbeitslosigkeit und physische Krankheiten. Sie erwarteten eine medikamentöse Therapie sowie Instruktionen von den Therapeuten. Allerdings hatten beide Gruppen bereits traditionelle Heiler in gleichem Maße aufgesucht. Diese Ergebnisse können dazu beitragen, die Therapieangebote für die verschiedenen Patientengruppen zu verbessern bzw. entsprechend zu modifizieren um eine höhere Zufriedenheit der Patienten zu erreichen. Dadurch könnte sich auch die Inanspruchnahme fachärztlicher Hilfe erhöhen (Al-Krenawi et al., 2001).

In einer Arbeit aus Indien wurde untersucht, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Krankheitseinsicht schizophrener Patienten, deren kulturellen Hintergrund und einer biologischen Ursachenannahme besteht. Es wurden insgesamt 131 schizophrene Patienten in Indien untersucht. Die Patienten gaben insgesamt häufig übernatürliche Kräfte als Ursache ihrer Erkrankung an. Diese Patienten zeigten gegenüber Patienten mit einer biologischen Ursachenannahme eine deutlich geringere Krankheitseinsicht, jedoch häufiger Angst. Patienten mit einer hohen Krankheitseinsicht hatten meist ein biologisches Ursachenmodell bezüglich ihrer Erkrankung, vergleichbar mit Patienten aus westlichen Kulturen, wobei kulturspezifische Ursachenannahmen vorhanden sind. Diese Ergebnisse sollten bei der Abbildung von KK von Patienten aus einem anderen Kulturkreis, bzw. bei der Planung von Hilfestellungen für diese Patienten berücksichtigt werden. Hiermit könnte eine bessere Inanspruchnahme professioneller Hilfe erreicht werden (Balasubramanian et al., 2007).

Zwei Studien aus Deutschland werden im Folgenden vorgestellt:

Schreiber et al. verglichen 2004 türkische mit deutschen Mädchen, wobei beide Gruppen in Deutschland aufgewachsen sind, hinsichtlich ihrer Kontrollattributionen

allgemein sowie ihrer Kontroll- und Kausalattributionen in Bezug auf Krankheit. Es wurden insgesamt 26 deutsche und 39 türkeistämmige Mädchen im Alter von 14 bis 16 Jahren befragt. Die Auswertungen zeigten, dass im Allgemeinen die türkeistämmigen Mädchen signifikant häufiger external attributierten als die deutschen, jedoch nicht im Hinblick auf Krankheit. Die deutschen Mädchen schätzten Ursachen aus dem thematischen Bereich »Umwelt/Wetter/Luft« signifikant wichtiger ein, wohingegen die türkeistämmigen Ursachen aus dem Bereich »übernatürliche Kräfte« als relevanter einstufen. „Während sich in der Literatur teilweise Darstellungen einseitiger Krankheitskonzepte von Migranten finden, hat diese Untersuchung aufgezeigt, dass die befragten türkeistämmigen Mädchen über differenzierte Krankheitskonzepte verfügen.“(Schreiber et al., 2004).

Eine andere Studie untersuchte subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen im Hinblick auf Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Es wurden je 79 deutsche und türkische Patienten befragt, mit dem Ergebnis, dass die türkischen Patienten pessimistischere Krankheitsvorstellungen und externalere Krankheitsattributionen zeigten als die deutschen. Die Ergebnisse liefern Erklärungsansätze für die defizitäre Versorgungssituation türkischer Migranten in Deutschland (Franz et al., 2007).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die KK von Patienten aus verschiedenen Kulturen unterscheiden (McCabe und Priebe, 2004; Wahass und Kent, 1997). Patienten aus nah- und fernöstlichen Kulturen geben häufiger übernatürliche und soziale Faktoren als Ursachen für ihre Erkrankung an, und oft ist bei den KK von Patienten aus ursprünglich kollektivistischen Gesellschaften eine externale Krankheitskontrolle zu erkennen, welche häufiger mit einem verstärkten Angstgefühl und Hilflosigkeit verbunden ist (Wahass und Kent, 1997; Balasubramanian et al., 2007; Al Krenawi, 2001; Schreiber et al., 2004; Franz et al., 2007) . In westlichen Kulturen überwiegt eine eher biologische Ursachenannahme.

4. Hypothesen

Die Literatur-Recherche hinsichtlich der KK hat ergeben, dass zwar einerseits Studien an deutschen Patienten und andererseits muslimischen Patienten publiziert sind, dass jedoch nur eine Studie an jordanischen Patienten veröffentlicht ist und ein direkter Vergleich von KK deutscher und jordanischer Patienten fehlt.

Ebenso existieren keine Studien zum Vergleich der KK, in denen auf der einen Seite christlich geprägte Patienten und auf der anderen Seite muslimische Patienten in ihrem jeweiligen Heimatland interviewt wurden.

Diese Studie soll einen direkten Vergleich zwischen jordanischen und deutschen Patienten liefern, und wird damit auch klären, ob die Ergebnisse der Studien an muslimischen Patienten auf jordanische Patienten übertragbar sind.

In diesem Kapitel werden nun die Hypothesen der Arbeit abgeleitet. Weiterhin wird jeder Hypothese das Untersuchungsinstrument zugeordnet, deren ausführliche Darstellung im 5. Kapitel „Methoden“ erfolgt.

Es werden insgesamt sieben Hypothesen aufgestellt:

4.1. Krankheitskonzepte zu Ursachenannahmen

Aus den oben zitierten Studien kann subsumiert werden, dass die KK der deutschen Patienten auf einem psychosozialen Erklärungsmodell beruhen: Rezente Lebenssituation und persönliche Faktoren sind die am häufigsten genannten Ursachen (Kapitel 3.3.1.2.).

Die bisherigen Studien zeigten, dass die KK muslimischer Patienten stark esoterisch-religiös geprägt sind. „Gottes Wille“ und Besessenheit sind eine häufige Ursachenerklärung (Kapitel 3.3.1.1.).

4.1.1. Erste Hypothese

Die jordanischen Patienten haben im Vergleich zu den deutschen Patienten ein signifikant stärker esoterisch (religiös, spirituell) geprägtes Krankheitskonzept. Diese Hypothese wird mit der Angermeyer-Skala überprüft.

4.1.2. Zweite Hypothese

Die jordanischen Patienten glauben weniger an biologische Ursachen für ihre Erkrankung. Diese Hypothese wird ebenfalls mit der Angermeyer-Skala überprüft.

4.1.3. Dritte Hypothese

Aufgrund der religiösen Annahmen und des Vertrauens in spirituelle Heiler (Al Krenawi und Graham, 2000) wird postuliert:

Jordanische Patienten haben weniger Medikamentenvertrauen als die deutschen Patienten. Diese Hypothese wird mit der KK-Skala nach Linden (Unterskala: „Medikamentenvertrauen“) überprüft.

4.2. Krankheitskonzepte zur Einflussnahme

Deutsche Patienten gehen eher davon aus, dass sie die Erkrankung mit einer entsprechenden Therapie auch selbst beeinflussen können (internale Kontrolle). Die Prognose wird eher als gut und positiv eingeschätzt (Kapitel 3.3.2.2.) Muslimische und arabische Patienten sind oft schicksalsergeben und denken, dass sie die Erkrankung eher nicht beeinflussen können (externale Kontrolle), sie haben eher ein fatalistisches, pessimistisches Krankheitsbild, das Angst hervorrufen kann (Kapitel 3.3.2.1.).

Die deutsche Gesellschaftsstruktur und Philosophie fördert die Individualität des Einzelnen und damit auch seine Selbstverantwortlichkeit, wohingegen in arabischen Ländern die soziale Auseinandersetzung und die familiären Bindungen intensiver und bedeutsamer sind, so dass hier die Konformität im Vordergrund steht und damit auch die Verantwortung, zumindest partiell, abgegeben werden kann (Kapitel 2).

Das Vertrauen auf übernatürliche Kräfte – ohne die Möglichkeit der Einflussnahme – kann als sehr bedrohlich empfunden werden (Gawad und Arafa, 1980; Al-Krenawi und Graham, 1999).

4.2.1. Vierte Hypothese

Jordanische Patienten denken im Vergleich zu deutschen eher, dass die Erkrankung schicksalhaft, nicht beeinflussbar ist.

Diese Hypothese wird mit dem Repertory Grid-Konstrukt: „kann ich beeinflussen – schicksalhaft“ überprüft. (Zum Repertory-Grid-Verfahren siehe Methodenteil 5.6.4.)

4.2.2. Fünfte Hypothese

Jordanische Patienten denken im Vergleich zu deutschen Patienten eher, dass eine Prophylaxe nicht erforderlich ist.

Diese Hypothese wird anhand des Repertory Grid-Konstruktes: „Prophylaxe erforderlich – Prophylaxe nicht erforderlich“ überprüft.

4.2.3. Sechste Hypothese

Jordanische Patienten fühlen sich durch die Erkrankung eher bedroht als die deutschen Patienten. Gemessen wird dies mit der KK-Skala nach Linden (Unterskala: „wahrgenommene Bedrohung“).

4.3. Stellung des Arztes

Ärzte in der arabischen Welt haben ein hohes Ansehen. Die autoritären Gesellschaften, wie es die jordanische ist, zweifeln weniger an den Aussagen einer Respektperson (Dwairy, 1998).

4.3.1. Siebte Hypothese

Jordanische Patienten haben, im Vergleich zu deutschen Patienten, ein höheres Arztvertrauen.

Gemessen wird dies mit der KK-Skala nach Linden (Unterskala: „Arztvertrauen“)

5. Methodik

In diesem Kapitel werden die Krankenhäuser in Deutschland sowie das Krankenhaus in Jordanien beschrieben, in denen die Patientenbefragung stattgefunden hat. Dann werden die Kriterien zur Patientenauswahl dargelegt und die beiden Patientengruppen vorgestellt. Schließlich erfolgt eine ausführliche Beschreibung der verwendeten Untersuchungsinstrumente.

5.1. „National Mental Health Center“ in Fuheis - Amman



Abb. 3: Geographische Lage von Fuheis

Das Krankenhaus wurde 1986 eröffnet, mit ganz Jordanien als Einzugsgebiet. Es liegt ca. 20 km westlich von Amman in Fuheis, einer kleinen Stadt, die überwiegend von Christen bewohnt wird.

Die Einrichtung ist ein großes Haus aus weißen Steinen mit zwei Etagen, ein Garten ist nicht angelegt.

Die Flure und die gesamte Inneneinrichtung des Hauses ist in grau/weiß gehalten. Der Boden ist mit weiß/grauen Kacheln verlegt und die Wände sind ebenfalls weiß. Kleinere Schäden z.B. an den Wänden können aufgrund der finanziellen Situation nicht (unmittelbar) behoben werden.

Das Krankenhaus hat insgesamt 280 Betten auf acht verschiedenen Stationen. Es

gibt fünf Männerstationen, davon eine für geistig-behinderte Patienten und eine für Suchterkrankungen. Es gibt drei Frauenstationen.

5.1.1. Stationsbeschreibung

Die Anzahl der Patienten auf einer Station variiert zwischen 25 und 35.

Die Stationen sind jeweils mit einem großen Bettensaal, einem Essraum, einem gemeinsamen Aufenthaltsraum und einem Schwesternzimmer ausgestattet. Im Bettensaal stehen aneinander gereihte Stahlbetten mit einheitlichen, weißen Decken und Kissen sowie jeweils einer Kommode. Im Esszimmer befindet sich ein großer Tisch mit entsprechend vielen Stühlen. Im Aufenthaltsraum, ca. 18m², sind einige Stühle und ein kleiner Tisch. Die Räume sind mit glattem, weißem Steinboden ausgelegt, die Wände sind weiß gestrichen. Die Fenster sind teilweise mit Gittern gesichert. Das Schwesternzimmer ist entweder in der Mitte der Station oder separat, direkt neben dem Eingang angeordnet.

Innerhalb der Stationen gibt es keine Beschäftigungsmöglichkeiten und kein Beschäftigungsmaterial wie Zeitschriften oder Bücher für die Patienten, außer dem, was sie selbst besitzen, und das ist häufig nichts. Das Radio im Schwesternzimmer ist eine willkommene Ablenkung auf der Station.

Es besteht die Möglichkeit, in einen Innenhof zu gehen, der einen Steinboden und ringsum hohe Wände aufweist. Hier können sich die Patienten einige Zeit unter Aufsicht aufhalten.

5.1.2. Personal

Verantwortlich für die Patienten sind 24 Ärzte, davon 9 Fachärzte für Psychiatrie und 15 Assistenzärzte.

Die Facharztausbildung zum Psychiater gliedert sich in vier Jahre:

In diesem Zeitraum erfolgt die Ausbildung mit vorgeschriebenem Themenkatalog (genauer Inhalt siehe Anhang 9.1.).

Es findet regelmäßig Studentenunterricht statt, der meist von einem Facharzt gegeben wird, sowie einmal pro Woche hausinterne Fortbildungen, die von den hauseigenen Kollegen gehalten werden. Gelegentlich wird ein Vortrag von einem Gastdozenten oder einem Pharmaunternehmen gehalten.

Das Pflegepersonal umfasst 112 Mitarbeiter, davon 40 examinierte Schwestern/Pfleger und 72 Hilfskrankenschwestern/Pfleger.

Die Ausbildung zur Krankenschwester/Krankenpfleger umfasst 3 Jahre mit begleitendem, theoretischem Unterricht und abschließender Prüfung.

Die meisten leitenden Fachärzte haben eine Ausbildung im Ausland – überwiegend England – absolviert. Des Weiteren sind 4 Psychologen und 4 Sozialarbeiter beschäftigt. Eine Apotheke wird von 2 Apothekern geführt.

Ebenso besteht, theoretisch und von den Räumlichkeiten her, die Möglichkeit der Beschäftigungs- und Ergotherapie im Krankenhaus, jedoch wird diese Therapieoption aufgrund mangelnden Personals nicht eingesetzt.

5.1.3. Medizinische Einrichtungen

Das Krankenhaus verfügt über ein Labor, Röntgenabteilung, EEG-Ableitung und Möglichkeit zur EKT (Elektrokonvulsive Therapie).

5.2. Die Rheinischen Kliniken Bonn

In den Rheinischen Kliniken Bonn arbeiten 1250 Mitarbeiter. Sie sind eine der größten psychiatrischen Kliniken im gesamten Bundesgebiet und mit ca. 800 Akut-Betten die größte Klinik innerhalb des Landschaftsverbands Rheinland. Aufgrund der Größe und der vielen Spezialabteilungen haben die Rheinischen Kliniken Bonn ein weites Einzugsgebiet und sind für die Versorgung von ca. 850.000 Einwohnern zuständig.

Das Einzugsgebiet umfasst die Stadt Bonn, den Rhein-Sieg-Kreis und die Stadt Wesseling im Erftkreis. Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie ist außerdem zuständig für die Regionen Stadt Leverkusen, Stadt Köln, Kreis Euskirchen, Rheinisch-Bergischer-Kreis, Oberbergischer Kreis, Rhein-Sieg-Kreis und Südlicher Erftkreis (Wesseling, Frechen, Brühl, Hürth, Erftstadt und Kerpen). Jährlich werden 8.854 psychisch kranke Menschen in den Rheinischen Kliniken Bonn behandelt (Stand Dez.06).

Die Rheinischen Kliniken Bonn bieten umfassende medizinische Leistungen und gliedern sich in folgende Abteilungen: Psychiatrie und Psychotherapie I-III, Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Suchtkrankheiten und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Neurologie,

Kinderneurologisches Zentrum sowie die Abteilung für Sprachstörungen und Sprachheilbehandlung. Außerdem verfügen sie über Ambulanzen für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchterkrankungen, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Ambulanz des Rheinischen Kinderneurologischen Zentrums über die speziellen Angebote einer Neuro-Orthopädischen Sprechstunde, einer Epilepsie-Ambulanz und einer Nemexin-Ambulanz.

Die drei Stationen der Psychiatrie und Psychotherapie, in der die Patienten für die Studie befragt wurden, sind mit jeweils ca. 20 Betten gleich groß und verfügen über gleich viele Einzel- und Doppelzimmer, jedes mit eigener Nasszelle sowie Regale und Schränke für die persönlichen Gegenstände des/der Patienten. Die Zimmer/Stationen sind mit Teppich ausgelegt. Zusätzlich stehen ein Tagesraum, Gruppenräume für Therapiegruppen, Telefon- und Fernsehzimmer zur Verfügung. Zum Schutz der Nichtraucher gibt es extra ausgewiesene Räume bzw. Bereiche für Raucher und Raucherinnen. Das Schwesternzimmer mit sämtlichen Unterlagen ist zentral in der Station integriert.

Die Rheinischen Kliniken Bonn unterhalten außerdem Außenstellen, die teilweise einen stationären und einen tagesklinischen Teil haben. Der Vorteil dieser Außenstellen ist, dass psychisch kranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene hier professionelle Hilfe finden, ohne dass sie aus ihrem vertrauten, sozialen Umfeld herausgerissen werden. Die Außenstellen befinden sich in Meckenheim, Eitorf und Euskirchen.

Unmittelbar auf dem Klinikgelände der Rheinischen Kliniken Bonn ist die Abteilung Neurologie mit einer neurologischen Intensivabteilung angesiedelt.

Der besonderen Behandlungssituation psychisch erkrankter Mütter trägt das Angebot einer Mutter-Kind-Station der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung, wo die Patientinnen, in Kooperation mit dem Kinderneurologischen Zentrum, zusammen mit ihren Kindern behandelt werden (Landschaftsverband Rheinland, 2008).

5.3. Die Rheinischen Kliniken in Düren

Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Forensische Psychiatrie und Rehabilitation

Die Rheinischen Kliniken Düren sind eine psychiatrische Klinik mit 700 Planbetten und 1000 Mitarbeitern. Es gibt die Möglichkeiten der teilstationären und ambulanten Versorgung mit den dezentralen Tageskliniken in Alsdorf und in Bedburg.

Durch die Etablierung der Gerontopsychiatrie als eigenständiger Disziplin konnten, bei deutlichem Anstieg des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Prävention von psychischen Störungen des hohen Lebensalters verbessert werden.

Die Rheinischen Kliniken Düren sind in der Krankenhausbedarfsplanung des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen und somit ein Teil der Landeskrankenhausplanes. Als eine psychiatrische Fachklinik verfügen die Rheinischen Kliniken Düren über 6 klinische Fachabteilungen sowie eine Institutsambulanz und einen Rehabilitationsbereich. Die Rheinischen Kliniken Düren sind für die Versorgung der Einwohner des Erftkreises, des Kreises Aachen und des Kreises Düren (insgesamt über 750.000 Einwohner) zuständig. Jedem dieser drei Gebiete ist jeweils eine der insgesamt drei allgemeinspsychiatrischen Abteilungen zugeordnet. Zudem sind zwei Tageskliniken in Düren und jeweils eine in Alsdorf und Bedburg-Erft eingerichtet. In den allgemeinspsychiatrischen Abteilungen stehen insgesamt ca. 140 stationäre Betten zur Verfügung. Die einzelnen Stationen sind mit jeweils ca. 20 Betten gleich groß, die Ausstattung ist mit der in den Rheinischen Kliniken in Bonn zu vergleichen. Beide Kliniken gehören dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) an.

Daneben gibt es die Abteilung für Suchtkrankheiten und die Abteilung für Gerontopsychiatrie, die für alle drei Versorgungsgebiete zuständig sind. Für die Behandlung psychisch kranker Straftäter wurde in Düren mit dem "Forensischen Dorf", einem international beachteten Modell, geschaffen. Die Forensische Abteilung sowie die Rehabilitationsabteilung haben einen überregionalen Versorgungsauftrag (Landschaftsverband Rheinland, 2008).

5.4. Kriterien zur Patientenauswahl

Es soll eine Aussage über eine homogene Patientengruppe gemacht werden. Fünf Kriterien waren vorgegeben, damit ein Patient in die Untersuchungsgruppe aufgenommen werden konnte:

1. Vorliegen einer Paranoid-halluzinatorische Psychose nach ICD-10-Kriterien (F20.0) (WHO, 1992).

Patienten mit einer anderen Form der Schizophrenie sind nicht zu berücksichtigen.

2. Keine zweite psychiatrische Diagnose.

3. Untersuchung im gleichen Krankheitsstadium. Die Patienten werden in der postakuten Phase nach weitgehender Rekompensation befragt.
4. Mindestens partielle Krankheitseinsicht, so dass der Patient in der Lage ist, seine Erkrankung als solche anzuerkennen, sie mit anderen Krankheiten zu vergleichen und über Symptomatik, eigene Beeinflussung, Therapie und Ursache zu reflektieren.
5. Ausschluss von Patienten mit chronifizierter Symptomatik oder einem Überwiegen der Minussymptomatik.

Patienten mit solch einem Krankheitsbild sind nicht zur interaktiven Arbeit mit dem Grid, zur adäquaten Beantwortung der Fragebögen oder freien Fragen geeignet.

Alle Patienten erhielten eine antipsychotische Medikation und wurden nach mehreren Aufnahmen mit der Brief Psychiatric Rating Scale (Overall und Gorham, 1962) bewertet. Die Intensität der psychiatrischen Symptome (BPRS Total score) war in beiden Gruppen vergleichbar. (Deutsche Patienten 60.0 ± 8.34 ; Jordanische Patienten $60.0 \pm 5,34$). Die fünf Unterskalen zeigten folgende Werte im Vergleich von deutschen zu jordanischen Patienten: Angst/Niedergeschlagenheit $15,7 \pm 2,7$ vs. $14,2 \pm 2,3$; Anergie $13,4 \pm 3,1$ vs. $12,8 \pm 2,9$; Denkstörung/Verwirrung $13,1 \pm 2,8$ vs. $14,0 \pm 3,1$; Aktivität $8,4 \pm 2,4$ vs. $7,7 \pm 2,3$; Fremdartigkeit/Misstrauen $9,4 \pm 2,3$ vs. $11,3 \pm 2,1$.

In beiden Gruppen wurde das Anliegen der Studie erklärt, und erst nach freiwilliger Einwilligung wurde der Patient in die Studie aufgenommen.

5.5. Charakterisierung der Untersuchungsgruppen

Es werden zwei Patientengruppen mit den oben genannten Voraussetzungen miteinander verglichen.

Eine Gruppe setzt sich aus 23 deutschen Patienten in Bonn und die andere aus 24 jordanischen Patienten in Amman zusammen. Die Verteilung der Geschlechter ist ausgewogen. Zusätzlich sollten zwischen den Gruppen vergleichbare Verhältnisse im Hinblick auf Krankheit-/Erkrankungsphase, Medikation, Familienstand, Wohnsituation und Ausbildungsstand bestehen.

In Tabelle 3 sind alle erhobenen Daten zum Krankheitsstatus und sozioökonomischen Status gegenübergestellt mit Berechnung der Signifikanz zur Beurteilung der Vergleichbarkeit der Gruppen. Im Folgenden werden die zwei Gruppen anhand der Vergleichsparameter vorgestellt und deren Differenzen erläutert.

Items	BRD		JOR		Signifikanz	
	n	%	n	%		
Patientenanzahl, gesamt	23		24			
Genusverteilung					$\chi^2 = 1,024$	$p = 0,312$
männlich	12	52	16	67		
weiblich	11	48	8	33		
Alter (M ± SD)	37,7 ± 8,0		38,7 ± 11,4		$t = 0,352$	$p = 0,727$
Schulbildung					$\chi^2 = 1,205$	$p = 0,752$
Abitur/ Fachhochschulreife	10	44	11	46		
Mittlere Reife	5	22	7	29		
Hauptschulabschluss bis 4. Klasse	7	30	5	21		
keinen Abschluss	1	4	1	4		
Familienstand					$\chi^2 = 1,034$	$p = 0,594$
ledig	13	57	10	42		
verheiratet	7	30	10	42		
geschieden	3	13	4	17		

Tab. 3: Darstellung d. Untersuchungsgruppe aus Deutschland und Jordanien. Vergleich der Gruppen anhand des Krankheitsstatus sowie sozioökonomischen Status.

1. Krankheitsphase

Alle Patienten erfüllten die oben genannten Kriterien zur Aufnahme in die Studie.

In Jordanien wird ebenfalls nach ICD10 klassifiziert, so gab es keine Schwierigkeiten, Patienten mit der geforderten Diagnose zu selektieren.

Die Anzahl der Erkrankungsphasen wurde von der Anzahl der Krankenhausaufenthalte abgeleitet, bzw. soweit wie möglich anamnestisch erhoben.

Unter der Angabe „oft“ wurden Patienten subsumiert, die bereits mehrere Jahre in Behandlung waren, selbst nicht aufzählen konnten, wie oft sie erkrankten und dies auch nicht eindeutig aus den Unterlagen hervorging, allerdings nur, wenn diese Patienten nicht als „chronisch“ im Sinne eines Überwiegens der Minussymptomatik einzustufen waren.

In Bezug auf die Anzahl der Erkrankungsphasen waren beide Gruppen gut vergleichbar.

Der Mittelwert betrug für Deutschland: 8,2 und für Jordanien 9,2 Erkrankungsphasen, es gibt keinen signifikanten Unterschied.

2. Alter bei Erstmanifestation und bei Befragung

In Bezug auf das Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung findet sich in Bonn ein Durchschnitt von 28,9 Jahren gegenüber 25,2 Jahren in Amman.

Betrachtet man die Untergruppen, so fällt auf, dass in der Gruppe von 15-19 Jahren drei Patienten in Bonn und neun in Jordanien aufgeführt sind. Außerdem ist das jüngste Alter der Erstmanifestation in Jordanien mit 13 Jahren gegenüber 18 Jahren in Bonn zu erwähnen. Bei einem Patienten in Bonn war das Alter der Erstmanifestation nicht mehr nachzuvollziehen.

Insgesamt ist festzustellen, dass in Deutschland eine gleichmäßigere Verteilung besteht als in Amman, hier ist das Verhältnis eindeutig in Richtung eines jüngeren Alters bei Erstmanifestation verschoben, insgesamt besteht kein signifikanter Unterschied.

3. Ausbildungsstand

Auch hier ist eine vergleichbare Relation zwischen den zwei Gruppen festzustellen.

In Bezug auf die Schulbildung ist zu erklären, dass in Jordanien ein anderes System besteht als in Deutschland.

In Jordanien besuchen alle Schüler nach der Grundschule die gleiche, weiterführende Schule, die nach dem 12. Schuljahr mit dem Abitur endet. Eine Unterteilung in Haupt-, Realschule und Gymnasium gibt es nicht.

Es besteht die Möglichkeit, vor dem Abitur, meist in der zehnten Klasse, abzugehen. Dies ist dann mit einem Realschulabschluss zu vergleichen. Aus diesem Grund existiert in der jordanischen Gruppe kein Patient mit einem Hauptschulabschluss.

Zusätzlich ist zu bemerken, dass fünf Patienten in der arabischen Gruppe die Schule ohne einen Abschluss, vor der 10. Klasse, verlassen haben, welches auf die schlechte finanzielle Lage vieler Familien in Jordanien zurückzuführen ist. Eine kinderreiche Familie kann es sich unter Umständen finanziell nicht leisten, allen Kindern den Besuch der Schule bis zum Abitur zu ermöglichen. So wird die Schule frühzeitig abgebrochen, um keine zusätzliche Belastung darzustellen. Das Kind wird dann im Haushalt, im Verkauf auf der Straße oder, wenn es alt genug ist, in einem Betrieb angestellt. Eine Schulpflicht besteht vom 6. bis zum 15. Lebensjahr (Bildungsministerium des Königreiches Jordanien, 2008).

Dies spiegelt sich auch in der Berufsausbildung wieder. In der jordanischen Gruppe haben zehn Personen keine staatlich geprüfte Berufsausbildung, in Bonn sind es zwei.

Studium und Ausbildung sind in Jordanien, relativ am durchschnittlichen Gehalt gemessen, sehr teuer. Es ist nicht immer möglich, eine Ausbildung für alle Kinder zu finanzieren. Weiterhin existiert keine Ausbildungsform, bei der man in einem Betrieb arbeitet, Gehalt bezieht und gleichzeitig zur Berufsschule geht. Zum Beispiel umfasst eine Ausbildung zur Laborantin eine zwei- bis dreijährige Ausbildung an einem so genannten College mit praktischen Kursen. Erst nach Abschluss des Colleges kann man sich um eine Arbeitsstelle bewerben und bezieht auch erst dann ein Gehalt.

So gibt es viele Abiturienten oder Schulabgänger, die ohne einen staatlich geprüften Abschluss in einem Betrieb arbeiten.

4. Familienstand

Es herrschen vergleichbare Verhältnisse den Familienstand betreffend mit einem leichten Überwiegen der ledigen Patienten in der deutschen Gruppe ohne statistisch signifikanten Unterschied.

5. Wohnsituation

Tabelle 4 stellt die Wohnsituation der untersuchten Gruppen in Bezug auf Familienstand und Mitbewohner dar.

In Deutschland wohnen acht Personen alleine, in Jordanien eine, das ist ein signifikanter Unterschied. Auch Patienten, die nicht verheiratet sind, leben in der Regel bei den Eltern oder mit mindestens einem Familienmitglied.

Items	BRD		JOR		Signifikanz	
	n	%	n	%		
Wohnsituation					$\chi^2 = 7,217$	$p = 0,027$
Alleine lebend	8	35	1	4		
mit dem Ehegatte u/o. Kinder	9	39	15	63		
mit mind. einem Familienmitglied/Verwandten oder bei den Eltern	6	26	8	33		

Tab. 4: Darstellung der Wohnsituation der deutschen und jordanischen Patientengruppe mit Signifikanzberechnung

5.6. Untersuchungsverfahren

Wie oben erläutert sind Krankheitskonzepte sehr vielschichtig und können unter Betrachtung verschiedener Dimensionen beschrieben werden.

Hier soll eine umfangreiche Betrachtung der verschiedenen zu prüfenden Aspekte erfolgen, um eine möglichst genaue Darstellung der Krankheitskonzepte der Patienten zu ermöglichen.

Zur Datenerhebung wurden folgende Instrumente verwendet:

1. Allgemeiner Erhebungsbogen
2. Kurzinterview mit offenen Fragen zur Ursache der Erkrankung und Möglichkeit der persönlichen Einflussnahme im Hinblick auf eine Genesung
3. 2 Fragebögen nach Angermeyer und Linden zur Ätiologie, Prognose und Krankheitsbewältigung
4. Repertory-Grid Verfahren

5.6.1. Allgemeiner Erhebungsbogen (s. Anhang 11.2.)

Dieser Bogen enthält Angaben über Personalien und soziale Daten des Patienten, wie zum Beispiel Unterkunft, Ausbildungs- und Familienstand. Zusätzlich Informationen über Diagnose, Krankheitsverlauf und Medikation.

Außerdem werden hier das Datum und die Dauer der Befragung festgehalten.

5.6.2. Offene Fragen

Jedem Patienten werden zwei offene Fragen gestellt:

1. Welches ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Ursache Ihrer Krankheit?
2. Wie können Sie in Zukunft die Krankheitsgenesung beeinflussen?

Ziel hierbei ist, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich frei und ohne jegliche Antwortvorgaben zu der Ursache seiner Erkrankung zu äußern.

An Art und Umfang der Antwort wird klar, ob der Patient sich schon einmal zuvor mit dem Thema auseinandergesetzt hat, ob er bereit ist darüber nachzudenken, falls noch nicht geschehen, oder ob er überhaupt versucht bzw. es ihm wichtig ist, eine Erklärung zu finden. Aus der ersten Frage wird ersichtlich, welche Umstände der Patient mit der Ursache seiner Erkrankung in Verbindung bringt bzw. welche Aspekte hierbei im Vordergrund stehen.

Die zweite Frage zielt darauf ab, die Art des Umgangs mit der Krankheit und die Prognose für den Krankheitsverlauf zu beleuchten.

Kann man überhaupt Einfluss nehmen? Wenn ja, was erachtet der Patient bei Verschlechterung der Erkrankung als die beste Therapie? Kann er selbst eingreifen oder nimmt er die Hilfe anderer (Familie, Ärzte) in Anspruch ?

Sieht der Patient die Erkrankung als unbeeinflussbar an und wird er somit jegliche Anstrengungen, Medikamente oder eine andere Therapie ablehnen?

Zusätzlich wird geprüft, inwieweit die vorgegebenen Dimensionen der Fragebögen hinsichtlich der Thematik und Häufigkeit in den offenen Fragen wieder zu finden sind.

5.6.3. Fragebögen

Es werden zwei Fragebögen verwendet:

5.6.3.1. Fragebogen Nr.1 :

Krankheitskonzeptskala für schizophrene Patienten nach Linden (1988)

Linden (1988) entwickelte einen Fragebogen, welcher methodischen Messansprüchen genügt und die zentralen Elemente der verschiedenen Beschreibungsansätze von KK in einem einzigen Untersuchungsverfahren integriert.

Der folgenden Aussage stimme ich...

	gar nicht zu	kaum zu	teil- weise zu	über- wiegend zu	voll zu
1. Wenn ich krank werde, ist es meist sehr ernsthaft.	\	\	\	\	\
2. Medikamente unterstützen meine Gesundheit.	\	\	\	\	\
3. Wenn ich zu einem Arzt gehe, weiß ich, dass mir dort geholfen wird.	\	\	\	\	\
4. Gesund zu sein, ist zu einem großen Teil Glücksache.	\	\	\	\	\
5. Medikamente nehmen heißt, dass ich zu schwach bin, um meine Probleme selbst zu lösen.	\	\	\	\	\
6. Wenn ich krank bin, hilft mir gute medizinische Betreuung besser als alles andere, um wieder gesund zu werden.	\	\	\	\	\
7. Bei psychischen Erkrankungen muss man auf die Wirksamkeit von Medikamenten vertrauen.	\	\	\	\	\
8. Ob ich gesund werde oder nicht, hängt vom Zufall ab.	\	\	\	\	\
9. Vor Krankheiten muss ich mich sehr in Acht nehmen.	\	\	\	\	\
10. Medikamente behindern mich im Alltag.	\	\	\	\	\
11. Es gibt so viele Krankheiten, dass es ein Wunder ist, gesund zu sein.	\	\	\	\	\
12. Seelische Leiden kann man nicht mit chem. Mitteln behandeln.	\	\	\	\	\
13. Wenn in meinem Körper eine Krankheit steckt, werde ich auch krank unabhängig davon, was ich dagegen unternehme.	\	\	\	\	\
14. Ich habe die Befürchtung, dass Medikamente meine Persönlichkeit verändern können.	\	\	\	\	\
15. Wenn ich krank werde, liegt es häufig an meiner eigenen Nachlässigkeit.	\	\	\	\	\
16. Bei mir helfen Medikamente.	\	\	\	\	\
17. Das Beste ist, den Anweisungen des Arztes zu folgen.	\	\	\	\	\
18. Ich befürchte, dass meine Mitmenschen mich für schwach halten wenn ich Medikamente nehme.	\	\	\	\	\
19. Bei psychischen Erkrank. sind Medikamente eine große Hilfe.	\	\	\	\	\
20. Regelmäßige Besuche beim Arzt sind der beste Weg, um gesund zu bleiben.	\	\	\	\	\
21. Unter Einfluss von Med. verliert man den Blick für die Wirklichkeit.	\	\	\	\	\
22. Wenn ich krank werde, habe ich meist etwas falsch gemacht.	\	\	\	\	\
23. Medikamente müssen irgendwann einmal abgesetzt werden.	\	\	\	\	\
24. Wenn ich krank bin, weiß ich, dass ich mich nicht genug körperlich betätigt oder nicht vernünftig ernährt habe.	\	\	\	\	\
25. Wenn ich die richtigen Medikamente nehme, dann helfen sie.	\	\	\	\	\
26. Ich muss sehr auf meine Gesundheit aufpassen.	\	\	\	\	\
27. Menschen, die nicht krank werden, haben ganz viel Glück.	\	\	\	\	\
28. Medikamente zu schlucken, ist für mich ganz einfach lästig.	\	\	\	\	\
29. Natürliche Heilung ist Medikamenten überlegen.	\	\	\	\	\

Tab. 5: Fragebogen Nr. 1: Fragebogen nach Linden

Der Fragebogen beinhaltet die folgenden 7 Dimensionen:

1. **Medikamentenvertrauen** erfasst die positive Erwartung an eine medikamentöse Behandlung, wobei sich hier Zukunftserwartungen, wie auch bereits gesammelte Erfahrungen diesbezüglich niederschlagen können.
2. **Wahrgenommene Bedrohung** beschreibt das Ausmaß persönlicher Bedrohung durch Krankheit.
3. Unter **Negativerwartungen** werden erwartete Lasten einer Behandlung zusammengefasst.
4. Die Dimension der **Schuld** bezeichnet einen Aspekt internaler Attributionen, wobei der Gesichtspunkt einer schuldhaften Eigenverantwortlichkeit im Rückblick auf das bisherige Gesundheitsverhalten im Vordergrund steht.
5. **Arztvertrauen** beinhaltet eine externe, vor allem positive, Attribution dem Arzt gegenüber.
6. **Zufallskontrolle** beschreibt die Einstellung, dass Gesundheit Glückssache ist. Diese Dimension erfasst also eine externale Attribution im ureigensten Sinne.
7. **Idiosynkratische Annahmen** entsprechen hoch individuellen, spezifischen und willkürlichen Annahmen der Patienten (z.B. grundsätzliches Misstrauen gegenüber Psychopharmaka).

Der Fragebogen besteht aus 29 Items. Er ist so konzipiert, dass dem Patienten eine Aussage angeboten wird und er auf einer 5fach gestuften Antwortskala Stellung dazu nehmen muss. Die Skala reicht von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“

In Tabelle 6 sind die Items des Fragebogens den Dimensionen zugeordnet:

Dimensionen	Item-Nr.
1. Medikamentenvertrauen :	2, 7, 16, 19, 25
2. Wahrgenommene Bedrohung :	1, 9, 26
3. Negativerwartung :	10, 14, 18, 21, 28
4. Schuld :	15, 22, 24
5. Arztvertrauen :	3, 6, 17, 20
6. Zufallskontrolle :	4, 8, 11, 13, 27
7. Idiosynkratische Annahmen :	5, 12, 23, 29

Tab. 6: Zuordnung der Items des Fragebogens zu den entsprechenden Dimensionen des Fragebogens

5.6.3.2. Fragebogen Nr. 2:

Fragebogen nach Angermeyer (1991)

Dieser Fragebogen wurde von Angermeyer konstruiert und fragt konkret nach Krankheitsursachen.

Der Patient wird aufgefordert zu beurteilen, inwieweit die aufgeführten Punkte als Ursache seiner Erkrankung in Betracht kommen. Die Bewertungsskala reicht über fünf Abstufungen von „sehr wahrscheinlich“ bis „sehr unwahrscheinlich“.

Der Fragebogen besteht aus 34 Items und beinhaltet fünf Dimensionen verschiedener Erklärungsmodelle für die Ätiologie einer Erkrankung: Elternhaus, Rezente Lebenssituation, Persönlichkeit, Biologie bzw. Vererbung und Magie bzw. Esoterik. Aus den einzelnen Dimensionen sind jeweils sechs Items formuliert worden.

Die fünf Dimensionen des Fragebogens von Angermeyer:

Dimensionen	Item-Nr.
1. Rezente psychosoziale Faktoren :	1,2,3,4,5,6,7,9,20
2. Persönlichkeitsfaktoren :	8,11,13,15,21,23
3. Elternhaus	10,12,14,16,17,34
4. Biologische Faktoren :	18,22,24,25,26,28,31,32,33
5. Esoterische Faktoren :	19,27,29,30

Tab. 7: Zuordnung der Items des Angermeyer-Fragebogens zu den entsprechenden Dimensionen

Urteilen Sie bitte zu jedem der aufgeführten Punkte, wie wahrscheinlich Ihrer Meinung nach diese als Ursache Ihrer Erkrankung sein können.	sehr unwahrscheinlich	eher unwahrscheinlich	möglich	eher wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
1. Einsamkeit	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
2. <u>vergangene</u> belastende Lebensereignisse	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
3. <u>aktuell</u> belastende Lebensereignisse	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
4. Probleme in Ehe/Partnerschaft	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
5. Dauerstress in Ausbildung und Beruf	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
6. Flucht vor Belastungen des Alltags	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
7. zerrüttete Familienverhältnisse	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
8. zu großer Ehrgeiz	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
9. gesellschaftliche/politische Verhältnisse	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
10. Mangel an elterlicher Liebe	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
11. bin selbst verantwortlich für die Erkrankung	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
12. überfürsorgliche Mutter	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
13. Missbrauch v. Drogen bzw. Alkohol	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
14. zu strenger Vater	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
15. Mangel an Willensstärke	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
16. zu hohe Erwartungen der Eltern	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
17. feindselig-ablehnende Haltung der Eltern	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
18. Vererbung	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
19. Magische Kräfte	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
20. Einfluss schlechter Freunde	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
21. zu intelligent bzw. genial	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
22. Stoffwechselstörungen im Gehirn	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
23. immer schon ein Versager	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
24. Umweltverschmutzung	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
25. körperliche Krankheit außerhalb d. Gehirns	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
26. Vitaminmangel	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
27. ungünstiges Horoskop	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
28. Geburtsschaden	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
29. Strafe Gottes	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
30. Besessenheit	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
31. Infektionskrankheit des Gehirns	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
32. Hirnverletzung	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
33. allgemeine Anfälligkeit für Krankheiten	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
34. Anforderungen und Druck in der Familie	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

Tab. 8: Fragebogen Nr. 2: Fragebogen nach Angermeyer

Um die Komparabilität der arabischen und deutschen Version der Fragebögen zu gewährleisten, wurden die deutschen Fragebögen zunächst ins Arabische und dann wieder ins Deutsche von einem Dolmetscher rückübersetzt (Brislin, 1980).

5.6.4. Repertory Grid

KK sind etwas sehr individuelles, so benötigt man zu deren Erhebung ein Instrument, welches in der Lage ist, diese Individualität bei gegebener, ausreichend objektiver Auswertung zu erfassen und wiederzuspiegeln.

Das Repertory-Grid-Verfahren wird diesem Anspruch gerecht, es ist eine besondere Form des Interviews, die es ermöglicht, auf idiographischem Wege interne Konstrukte zur Beschreibung der eigenen Erkrankung zu gewinnen, sich über diese im Vergleich zu anderen Personen zu beschreiben und quantitativ einzuschätzen. Somit ist es ein sehr individuumsbezogenes Interviewverfahren. Dieses Verfahren ist sehr komplex und kann einer nur sehr verkürzt dargestellt werden. Ausführliche Beschreibungen finden sich z.B. bei Scheer und Catina (1993), Fromm (1995).

Der Vorteil dieses Instruments liegt darin, dass nicht alle Dimensionen, wie bei Fragebögen üblich, vorgegeben werden, sondern eigene Beurteilungsdimensionen über eine spezifische Technik evoziert werden, die eine hohe intrapsychische Gültigkeit beanspruchen können.

Weiterhin erfüllt das Verfahren, trotz relativ hoher Individualität, die konventionellen Gütekriterien. Mit anderen Worten wird die subjektive Weltsicht von Personen in einem objektiven System erfasst, wobei objektiv hier bedeutet, dass sie für jeden nachvollziehbar sind.

Das Grid basiert auf einer von Kelly (1986) entwickelten Theorie der Persönlichen Konstrukte. Kelly postuliert, dass jeder Mensch aufgrund seines Charakters, einer unmittelbaren persönlichen Umgebung und seiner Erfahrung für jedes erdenkliche Objekt oder jeden Sachverhalt individuelle Konstrukte besitzt, die sich zu Systemen zusammenbauen. So setzt sich aus vielen Konstrukten ein ganzes Konstruktsystem zusammen, welche die Handlungen der Person bestimmen.

Konstrukte bleiben aber nicht unverändert. Kelly sieht in jedem Menschen einen „Forscher“, der laufend neue Erfahrungen und Erkenntnisse sammelt, welche er in

sein Werte- bzw. Konstruktsystem integriert, wobei neue Erfahrungen Konstrukte auch invalidieren können.

Erläuterung der Technik:

KELLY hat auf der Grundlage seiner Theorie eine Methode entwickelt, mit der das individuelle Konstruktsystem abgebildet werden kann und mathematische Beziehungen zwischen den Konstrukten errechnet werden können. Historische Vorläufer dieser Methode sind der soziometrische Test von Moreno (1934), die Q - Technik nach Stevenson (1935) und das semantische Differential von Slangor und Osgood (1941) (zit. nach Slater, 1976).

Die folgende Darstellung des Grid-Verfahrens folgt in Anlehnung an Slater (1976), Scheer und Catina (1993), Schoeneich (1994), Bartholomew (1990), Riemann (1991) und Fromm (1995).

Unter der Bezeichnung Repertory-Grid-Technik wird eine Gruppe von Verfahren zusammengefasst, mit denen "individuelle Dimensionen subjektiver Erfahrungen" abgebildet werden können (Riemann, 1991). Zunächst ist ein Grid nicht mehr als ein Gitter oder ein Raster, bestehend aus n Spalten und m Zeilen, worin jedes Rechteck eine Information enthält.

Ausgefüllt ist ein Grid mit den Beurteilungen einer bestimmten Anzahl von Operanden (in Kellys Terminologie „Elemente“) durch eine bestimmte Anzahl von Operatoren (in KELLYs Terminologie „Konstrukte“). Derjenige Bereich, über den man etwas erfahren möchte, wird durch die Elemente repräsentiert, z.B. im Fall dieser Arbeit sind es Krankheiten. Abhängig von der Fragestellung können Elemente und/oder Konstrukte gar nicht, teilweise oder vollständig vorgegeben werden, wobei allerdings Studien gezeigt haben, dass Personen anhand ihrer eigenen Konstrukte stärker zwischen sich und anderen differenzieren als dies mit vorgegebenen Konstrukten der Fall ist (Adams-Webber, 1979).

Allen Grid-Untersuchungen ist der Versuch gemeinsam, die Beziehungen zwischen Konstrukten, über die eine Person verfügt, sichtbar zu machen und ein individuelles Konstruktumuster für einen bestimmten Menschen aufzudecken.

Das Prozedere soll anhand der Erhebung im Rahmen dieser Studie verdeutlicht werden: Das Thema ist die Erfassung des subjektiven KK des Patienten bezüglich seiner Erkrankung – der Schizophrenie.

In einem ersten Schritt der Grid-Untersuchung wird der Patient aufgefordert, Krankheiten neben der eigenen Psychose aufzuzählen, die er vorzugsweise selbst erlitten oder bei nahestehenden Familienangehörigen oder Bekannten erfahren hat. Dies ist insofern wichtig, da der Patient die Krankheiten gut kennen sollte und grob über deren Verlauf und Symptomatik informiert ist, damit er sie untereinander und mit der Psychose vergleichen kann. Auf diese Weise können die subjektiven individuellen Erfahrungen, die eine Person in der Auseinandersetzung mit Erkrankungen gemacht hat, gewonnen werden.

In der Praxis kommen in der Regel vielleicht acht bis fünfzehn Elemente (hier Krankheiten) zusammen, je nach Eingrenzung des Untersuchungsbereiches. Diese Elemente werden am oberen Rand des Formblattes (siehe Abb. 3) eingetragen sowie auf jeweils eine Karte geschrieben. Der zweite Schritt besteht in der Gewinnung der Konstrukte. Bei der gebräuchlichsten Methode werden aus der Menge der Elemente nach Zufall Dreierkombinationen (so genannte „Triaden“) oder Zweierkombinationen („Dyaden“), die auch hier verwendet wurden, gebildet. Drei/Zwei Elemente, z.B. auf Kärtchen geschrieben, werden dem Probanden vorgelegt, wobei er aufgefordert wird, sich zu überlegen, in welcher Weise zwei dieser drei Elemente einander ähnlich sind und sich darin von dem dritten Element unterscheiden, bzw. welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den zwei Elementen vorherrschen. Nach der Ermittlung des Ähnlichkeitspols wird nach dem Kontrastpol gefragt. In dieser Arbeit wurde nach Ermittlung des ersten Kontrastpols die Karte mit der Psychose herausgenommen, so dass die Erkrankungen im weiteren Verlauf nur noch mit der Schizophrenie verglichen wurden.

Jede Karte wird nach dem Aufdecken markiert, sodass im Nachhinein nachvollzogen werden kann, zu welchen Elementen bestimmte Konstruktpaare bebildet wurden.

Die Konstrukte werden in das Grid (siehe Abb. 3) eingetragen. So könnte ein Patient beim Vergleich der Schizophrenie mit einer Appendizitis, die eigene Erkrankung mit „seelisch“ beschreiben und als Kontrastpol hierzu „körperlich“ nennen. Nach diesem ersten Schritt wird eine weitere Dyade gebildet und ein weiteres Konstruktpaar gewonnen. Man setzt dieses Prozedere fort, bis man ungefähr so viele Konstrukte

hat, wie Elemente vorlagen. Die Konstrukte und ihr Kontrastpol werden dann in das Formblatt eingetragen (s. Abb. 3).

Der Prozess der Konstrukterhebung ist in der Regel ein länger dauernder Vorgang, der über eine bloße Befragung hinausgeht. Wie Scheer (1993) ausführt, müssen sich die Probanden ihre Konstrukte oft „erarbeiten“, da ihnen diese nicht alle immer unmittelbar zugänglich sind. Gelegentlich müssen Konstrukte auch über Nachfragen „präzisiert“ werden. Häufig ist eine einfühlsame, behutsame Begleitung erforderlich. Eine gewisse Vertrauensgrundlage muss gegeben sein, weil durch die Erhebung auch intime Dinge berührt werden können.

In einem letzten Schritt wird der Proband aufgefordert, mit Hilfe einer Rating-Skala – die meisten Untersucher verwenden eine Sechs-Stufen-Skala, wobei drei dem Ähnlichkeitspol, drei dem Kontrastpol zugeordnet sind – für jedes Element anzugeben, inwieweit jedes Konstrukt bzw. sein Kontrastpol auf das Element zutrifft. Das Ergebnis ist eine rechteckige oder quadratische Matrix.

Code:

Datum: 23.05. 2020

Untersucher:

Eigenschaft 6 ... 5 ... 4	eigene Erkrankung 1	Appendix 2	Pneumonie 3	Meniskus 4	Apoplex 5	M. Crohn 6	Nevodermitis 7	Meningitis 8	MS 9	Krebs (Hautkreis) 10	11	12	13	14	15	Gegensatz 3 ... 2 ... 1
1. Seelisch	6	1	2	2	3	4	5	1	6	3						körperlich
2. man hat viel (körperl.) Schmerzen	2	1	3	6	3	6	2	3	3	6						man hat wenig Schmerzen
1a. man hat Ängste	6	3	1	1	2	4	4	3	4	5						man hat keine Ängste
1c. chronisch	6	1	3	1	4	4	4	3	3	3						nicht chronisch
1c. wird med. behandelt	6	3	4	1	3	4	4	4	3	3						wird operiert
2g. beweglich (körperl.)	4	6	6	2	1	6	6	1	5	6						unbeweglich
2g. seelische Schmerzen	6	1	3	2	2	2	2	3	3	1						körperliche Schmerzen
Sedsohle	5	1	5	3	5	3	3	5	4	4						harmlos
kann sich leicht verletzen	1	2	3	2	2	4	2	2	2	2						schicksalhaft
Versorge notwendig	6	4	6	5	6	5	5	1	1	5						nicht erforderlich
Zahn in auffällig defiz.	6	6	6	6	4	3	3	3	3	3						resistent

Abb. 4: Grid aus Deutschland - exemplarisch

صفة 6 5 4	الاكتئاب العزالي 1	التصلب اللويحي 2	الجيوب الانفية 3	الذئبة 4	الجلطة الدماغية 5	التهرب الكبدي 6	وجع الصوت 7	الربو 8	التهرب الاذني 9	التهرب المائل الجانبي 10	مرض الاذن 11	12	13	14	15	تناقض 3 2 1
المريض اذ	5	3	2	2	1	2	2	5	2	2	2					المشرد
ضربه واكتئاب	3	3	3	3	1	5	5	3	3	5	5					لا بد منه
مركه بيضا ومنه	5	1	1	3	1	2	1	0	3	3	3					طاقه كبره ونشاط اثاره
له عيونه بالاكتئاب	2	1	1	2	1	1	1	1	1	5	3					لا عيونه بالاكتئاب
انصبه منقله	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1					لا انصبه منقله
نفس	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2					عبارة عن الموضوي
خطر	1	1	1	0	1	3	0	1	1	1	1					غير خطر
وقايه ضروريه	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1					وقايه غير ضروريه
عندي استعداد	2	1	1	3	1	0	1	1	3	0	1					مقاده
استطيع انه انما عمل الرض	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1					قدر

Abb. 5: Grid aus Jordanien - exemplarisch

Im hier verwandten Grid werden, zusätzlich zu den von den Patienten erhobenen persönlichen Konstrukten, vier Konstruktpaare vorgegeben, die auf verschiedenen wissenschaftlichen Ansätzen in der Analyse und Beschreibung von KK beruhen.

Somit wird sichergestellt, dass vier identische Konstruktpaare zum Vergleich der einzelnen Personen vorliegen.

Des Weiteren wurden Konstruktpaare gewählt, die zur Überprüfung der Hypothesen dienen, zum einen das Paar „**kann ich beeinflussen-schicksalhaft**“. Hier spiegelt sich der psychisch-funktionelle Ansatz oder Internalität vs. Externalität zur Beschreibung der KK nach Wallstone (1976) wider. Einem aktiven, zu beeinflussenden Krankheitsprozess wird hier eine passive Haltung gegenübergestellt.

Das nächste Paar: „**bedrohlich-harmlos**“ beschreibt die Angst, die durch die Erkrankung möglicherweise hervorgerufen wird.

Die dritte Beschreibungsdimension reflektiert die Gesundheits Sorge: „**Prophylaxe notwendig – nicht erforderlich**“ und die vierte „**bin anfällig – resistent für die Erkrankung**“, das Ausmaß in dem Patienten auf ihre körperliche und psychische Besinnlichkeit konzentriert sind. Zum Einen drückt die Notwendigkeit der Prophylaxe aus, inwieweit die Erkrankung vorhersehbar und vermeidbar ist, inwieweit sie vorsorgewürdig aufgrund ihrer bedrohlichen Folgen ist, denn nur Erkrankungen, die ernsthafte Konsequenzen haben, und wo die Möglichkeit besteht, diese möglich aussichtsreich früh zu erkennen, sind schließlich den Aufwand einer Vorsorge wert.

In der Frage der Anfälligkeit unterscheiden sich Menschen, die nicht glauben können, dass sie krank werden von denen, die sich als anfällig bezeichnen.

Dementsprechend nehmen letztere z.B. regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil und andere nicht.

5.6.5. Datenanalyse

Die Ergebnisse der Fragebögen wurden mittels Methoden der inferentiellen Statistik (two-tailed t-Test) nach Überprüfung der methodischen Voraussetzungen ausgewertet. Kategoriale Daten wurden mittels Chi²-Test ausgewertet. Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS 11.0 angefertigt.

Als signifikant wurden Ergebnisse mit einer Wahrscheinlichkeit von $p \leq 0,05$ eingestuft, als Tendenz p-Werte $< 0,1$.

Die offenen Fragen wurden mittels einer Inhaltsanalyse (Brislin, 1980; Krippendorf, 1980; Mayring, 1988) ausgewertet.

Nach Übersetzung der arabischen Interviews ins Deutsche wurden die deutschen Interviews strukturiert, um die Anwendung von quantitativ-statistischen Analysemethoden auf qualitative Aussagen zu vereinfachen:

Zur Analyse wurden Zitate, bzw. Original-Antworten in Kategorien unterteilt und die Kategorien wurden unter je einem gemeinsamen zentralen Begriff, der die Kernaussage beinhaltet, subsumiert.

Diese Vorgehensweise wurde so lange angewandt, bis alle wesentlichen Informationen der Interviews erfasst waren.

Auf diese Weise wurden einige Kategorien hinsichtlich der Patienten-Ursachenerklärung und Behandlungskonzepte extrahiert.

Die Gruppeneinteilung wurde von zwei unabhängigen Wissenschaftlern vorgenommen.

Die Ergebnisse wurden in einer interdisziplinären Gruppe aus Ärzten, Übersetzern und Psychologen verglichen und diskutiert. Bei Unstimmigkeiten wurden diese erst behoben, nachdem bei allen Gruppenmitgliedern Konsens erreicht war.

Die Grid-Interviews wurden mit dem Programm INGRID quantitativ ausgewertet, die vorgegebenen Konstrukte zusätzlich mit dem Chi²-Test.

5.7. Untersuchungsgang Bonn, Düren und Amman

5.7.1. Zugang zu den Kliniken in Bonn und Düren

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte aus den Landeskrankenhäusern Düren und Bonn.

Während einer Famulatur im LKH Düren habe ich das Haus, die Station und die Ärzte kennen gelernt, so dass keine Einwände gegen die Befragung von Patienten durch mich nach Abschluss meiner Arbeit dort bestanden.

Im LKH Bonn war es mir ebenfalls möglich, nach Rücksprache mit dem Chefarzt, den Stationsärzten und dem betreuenden Psychologen, Patienten für meine Arbeit zu interviewen.

Es war ein wichtiges Anliegen, keine Patienten in Universitätskliniken zu befragen, da hier erfahrungsgemäß oft Patientengespräche im Rahmen von Studien geführt werden, was zur Folge hat, dass die Patienten oft „überfragt“ werden und demnach eher demotiviert sind und kein Interesse zeigen an einer weiteren Studie teilzunehmen. Dies war in den ausgewählten Häusern nicht der Fall.

5.7.2. Zugang zur Klinik in Amman

Es gibt in Amman eine staatliche und eine private psychiatrische Klinik.

Der Zugang zur staatlichen Klinik in Fuheis, in der die Patienten befragt wurden, erfolgte über Dr. Mahmoud Sharif, den ärztlichen Direktor der Klinik. Das Konzept der Arbeit wurde ihm vorgestellt, und er erteilte – nach Einsicht in das Projekt – die Erlaubnis zur Befragung der Patienten.

5.7.3. Zugang zu den Patienten

Der Praktische Ablauf zur Befragung der Patienten wurde immer in gleicher Weise durchgeführt: den Stationsärzten, den betreuenden Psychologen und Pflegepersonal wurde die Arbeit vorgestellt, die Ausschlusskriterien zur Auswahl der Patienten erläutert, und sie wurden über den Arbeitsumfang für den Patienten aufgeklärt.

So war das Projekt auf den Stationen bekannt und die Ärzte oder Pfleger konnten einige Patienten für meine Befragungen vormerken, was sehr hilfreich war, da die Befragung während des Semesters nur an drei Nachmittagen in der Woche stattfinden konnte. In der vorlesungsfreien Zeit war eine Befragung ganztägig möglich.

Zunächst verschaffte ich mir anhand der Akten und Kurven einen Überblick über das Patientengut der Station. Nach den oben genannten Kriterien wählte ich die geeigneten Personen zur Befragung aus. Dem Patienten wurde die Arbeit vorgestellt sowie Ziel und Umfang erläutert.

In der Regel bekundeten die Patienten sehr rasch Interesse oder Desinteresse an der Teilnahme. Die meisten Patienten zeigten Interesse an der Beantwortung der Fragestellung nach den Ursachen ihrer Erkrankung und Neugier an der ungewöhnlichen Art der Datenerhebung mit dem Repertory-Grid -Verfahren.

Insgesamt waren die Patienten in Amman aufgeschlossener und bereitwilliger zum Gespräch als in Bonn. Eine Ursache hierfür ist möglicherweise in den therapiebegleitenden Maßnahmen zu sehen.

In Bonn gibt es ein breites Spektrum an Aktivitäten und Angeboten, die der Patient wahrnehmen kann wie z.B. Beschäftigungstherapie mittels Sport, Zeichnen, handwerklichen Tätigkeiten oder Gartenarbeit. Stellenweise existieren Maßnahmen zu Umschulungsangeboten und die Begleitung der Patienten zu einem Ort außerhalb der Klinik.

Diese Aktivitäten sind in Amman nicht vorhanden. Die Patienten einer Station haben die Möglichkeit, sich tagsüber in einem 18m²-großen Gemeinschaftsraum aufzuhalten. Hier stehen Stühle und Tische. Zeitschriften oder anderes Lesematerial wird von den Besuchern mitgebracht. Zum Zeitpunkt der Befragung wird keine Beschäftigungstherapie durchgeführt. Unter diesen Voraussetzungen haben die Patienten wenig Ablenkung und sind erfreut über jeden neuen Impuls im Klinikalltag.

5.7.4. Datenerhebung

Die Datenerhebung gliedert sich in mehrere Teile:

Zunächst erfolgte die Erhebung der persönlichen Daten. Auf einem Formular wurden Angaben zu Alter, Beruf, Ausbildung, Wohnsituation, Erstmanifestation der Psychose, bisheriger Krankheitsverlauf und Medikation festgehalten.

Anschließend erfolgte das Interview zum KK. Um den einzelnen Patienten nicht zu sehr anzustrengen, wurde die Befragung in zwei große Teile geteilt:

Der erste Teil bestand in der Ausfüllung der Fragebögen und der Beantwortung der offenen Fragen. Der zweite Teil aus dem Repertory Grid. Je nach Motivation und

Leistungsfähigkeit des Patienten wurden Pausen zwischen den einzelnen Fragebögen und/oder vor Beginn des Grids erforderlich.

Die meisten Patienten waren in der Lage, beide Teile an einem Tag zu bewältigen, bei einigen musste das Grid aufgrund mangelnder Konzentration am nächsten Tag erfolgen.

5.7.4.1. Fragebögen

Jede Frage auf den Bögen wurde laut vom Patienten oder mir, dem Untersucher, vorgelesen, so konnten ggf. Unklarheiten und Missverständnisse sofort beseitigt werden. Zusätzlich wurde so sichergestellt, dass jede Frage verstanden wurde. Oft ergab es sich, dass zur einen oder anderen Frage von Seiten des Patienten eine Geschichte zu erzählen war. So lernte ich die Interviewpartner näher kennen und die Atmosphäre war insgesamt aufgelockerter.

Im Durchschnitt benötigten die Patienten ca. 30-90 Minuten für die Fragebögen und 45-120 Minuten für das Grid.

5.7.4.2. Repertory Grid

Wie bereits im Kapitel 5.6.4. beschrieben, wurde gemeinsam mit dem Patienten das Repertory Grid erhoben.

Das Grid weckte bei den Patienten großes Interesse. Dies ist eine neuartige, für Patienten noch nicht bekannte Befragungsform. Das Grid wurde von den meisten als anstrengend empfunden, da sie sich bisher noch keine Gedanken über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der eigenen Erkrankung und anderen Krankheiten gemacht hatten und diese anschließend auch noch bewerten sollten.

Dennoch kann man sagen, dass das Grid als Untersuchungsmethode insgesamt sehr positiv aufgenommen wurde.

5.7. Gründe für das Abbrechen eines Interviews bzw. Datenverlust

Die Anzahl der zur Auswertung verwendbaren Patienten beträgt für Bonn 23 und für Amman 24 Personen. Allerdings wurden weitaus mehr Patienten interviewt, doch konnten die Interviews aus folgenden Gründen nicht verwertet werden:

1. Während des Gespräches erwies sich der Patient als nicht krankheitseinsichtig oder nur sehr gering krankheitseinsichtig, sodass er die eigene Erkrankung nicht als solche erkannte, und nicht in der Lage war, diese mit anderen zu vergleichen oder gar deren Eigenschaft und Ursache zu beschreiben.
2. Der Patient war nicht in der Lage, meistens aufgrund von Konzentrationsmangel, die Fragebögen oder das Grid zu bearbeiten und konnte auch, trotz eingehender Motivationsversuche, nicht dazu bewegt werden, es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zu versuchen.
3. Es wurden dem Untersucher Patienten mit einer zweiten psychiatrischen Diagnose zugewiesen, welche nicht unmittelbar aus den Akten hervorging.
4. Datenverlust durch fehlerhafte Prozesse bei der Eingabe in das Programm INGRID zur Berechnung der Grid-Matrix.

6. Ergebnisse

6.1. Fragebogen nach Angermeyer zur Bewertung der 1. und 2. Hypothese

Hypothesen

H1: Die jordanischen Patienten haben im Vergleich zu den deutschen Patienten ein signifikant stärker esoterisch (religiös, spirituell) geprägtes Krankheitskonzept.

H2: Die jordanischen Patienten glauben weniger an biologische Ursachen für ihre Erkrankung.

Tabelle 9 stellt die Ergebnisse der Auswertung des Angermeyer-Fragebogens dar.

Dimensionen	Deutsche Patienten n = 23		Jordanische Patienten n = 24		p
	MW	SA	MW	SA	
Rezente psychosoziale Faktoren	25,8	4,91	25,5	6,46	ns
Persönlichkeitsfaktoren	13,3	2,76	16,6	6,43	ns
Elternhaus	14,2	6,19	16,8	6,72	ns
Biologische Faktoren	19,8	5,30	21,8	7,84	ns
Esoterische Faktoren	7,7	4,30	10,1	5,10	.09

Tab. 9: Ergebnisse des Fragebogens nach Angermeyer zur Krankheitsursache der beiden Gruppen, die Berechnung erfolgte mittels t-Test. MW= Mittelwert, SA= Standardabweichung

Die jordanischen Patienten geben tendenziell häufiger esoterische Faktoren als Ursache ihrer Erkrankung an ($p=0,09$, H1). Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Kategorie „Biologische Faktoren“ (H2), auch bei den übrigen Ursachenannahmen sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

Es fällt auf, dass beide Gruppen rezente, psychosoziale Faktoren als häufigste Ursache ihrer Erkrankung angeben, gefolgt von biologischen Faktoren, dem Elternhaus und zuletzt von Persönlichkeitsfaktoren.

Die erste Hypothese konnte nicht bestätigt werden, allerdings besteht ein hypothesenkonformer Trend ($p = 0,09$). Die zweite Hypothese lässt sich nicht bestätigen.

6.2. KK-Skala nach Linden zur Bewertung der 3., 6. und 7. Hypothese

Hypothesen

H3: Jordanische Patienten haben weniger Medikamentenvertrauen als die deutschen Patienten.

H6: Jordanische Patienten fühlen sich eher bedroht durch die Erkrankung als die deutschen Patienten.

H7: Jordanische Patienten haben, im Vergleich zu deutschen Patienten, ein höheres Arztvertrauen.

In Tabelle 10 sind die Ergebnisse der Auswertung des Fragebogens von Linden, der Krankheitskonzeptskala für schizophrene Patienten, dargestellt.

Dimensionen	Deutsche Patienten n = 23		Jordanische Patienten n = 24		p
	MW	SA	MW	SA	
Medikamentenvertrauen	15,0	3,57	14,8	4,22	ns
Wahrgenommene	7,7	3,26	10,3	2,00	.002
Bedrohung					
Negativerwartung	9,0	4,41	9,8	5,65	ns
Schuld	5,2	2,91	6,3	3,34	ns
Arztvertrauen	11,6	3,14	13,4	2,52	.048
Zufallskontrolle	10,2	3,63	12,3	5,02	ns
Idiosynkratische Annahmen	7,0	3,67	8,3	4,54	ns

Tab. 10: Ergebnisse des Fragebogens der Krankheitskonzeptskala nach Linden der beiden Gruppen, die Berechnung erfolgte mittels t-Test. MW= Mittelwert, SA= Standardabweichung

Im Vergleich zu den deutschen Patienten empfinden die jordanischen Patienten ihre Erkrankung als signifikant bedrohlicher (H6), und sie zeigen ein größeres Vertrauen in den behandelnden Arzt (H7).

Das Medikamentenvertrauen ist in beiden Gruppen ähnlich hoch und zeigt keinen signifikanten Unterschied (H3). Auch die übrigen Dimensionen (Negativerwartung, Schuld, Zufallskontrolle und idiosynkratische Annahmen) zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Somit können die Hypothesen 6 und 7 bestätigt werden, die 3. Hypothese kann jedoch nicht bestätigt werden.

6.3. Repertory Grid zur Bewertung der 4. Hypothese

Hypothese

H4: Jordanische Patienten, im Vergleich zu deutschen Patienten, denken eher, dass die Erkrankung schicksalhaft, nicht beeinflussbar ist.

Bei der Konzeption der Arbeit erschien es sinnvoll, individuelle Krankheitskonzepte von Patienten mit der Grid-Technik nach Kelly zu erforschen.

Die Aussagen der Patienten waren sehr unterschiedlich und teilweise sehr facettenreich, so dass aufgrund der relativ kleinen Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Deutschen und Jordaniern erhoben werden konnten. Die vorgegebenen Konstrukte waren dagegen gut vergleichbar, so dass zwei der Paare hier verwendet werden.

6.3.1. Konstruktpaar: „kann ich beeinflussen – schicksalhaft“

Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt.

	D	J	D	J	
Ratingeinschätzung	6 – 4		3 - 1		
Kann ich beeinflussen	13	6	10	18	Schicksalhaft

Tab. 11: Deutschland (D) – Jordanien (J) im Vergleich:

Analyse der Bewertung des Konstruktes „kann ich beeinflussen – schicksalhaft“ zur Schizophrenie aus dem Repertory Grid

χ^2 - Test

	χ^2 - Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) p
χ^2 - Test nach Pearson	4,846 ^a	,028

Tab. 11a: χ^2 - Test zum Testergebnis aus Tabelle 11

- a. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,30**
- b. Signifikant: Ergebnis zwischen 0,05 und -0,05 ; Trend : < 0,10**

Die Bewertungsskala von 1-6 wurde in zwei Abschnitte zusammengefasst: einmal von 1-3 und von 4-6. Es sind die absoluten Zahlen der Patienten für das Konstrukt aufgeführt sowie das Ergebnis des Chi²-Test.

Die Mehrheit der jordanischen Patienten betrachtet ihre Erkrankung als schicksalhaft (H4), mit signifikantem Unterschied zu den deutschen Patienten, die eher davon ausgehen, dass sie die Erkrankung selbst beeinflussen können.

Die 4. Hypothese kann also bestätigt werden.

6.4. Repertory Grid zur Bewertung der 5. Hypothese

Hypothese

H5: Jordanische Patienten, im Vergleich zu deutschen Patienten, denken eher, dass eine Prophylaxe nicht erforderlich ist.

6.4.1. Konstruktpaar : „Prophylaxe notwendig – nicht erforderlich“

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Tabelle 12.

	D	J	D	J	
Ratingeinschätzung	6 – 4		3 - 1		
Prophylaxe erforderlich	21	21	2	3 nicht erforderlich

Tab. 12: Deutschland (D) – Jordanien (J) im Vergleich:

Analyse der Bewertung des Konstruktes „Prophylaxe erforderlich – nicht erforderlich“ zur Schizophrenie aus dem Repertory Grid

χ^2 - Test

	χ^2 - Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig) P
χ^2 - Test nach Pearson	,179 ^a	,672

Tab. 12a: χ^2 - Test zum Testergebnis aus Tab. 12

- a. 2 Zellen (50%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Die Minimale erwartete Häufigkeit ist 2,45
- b. Signifikant: Ergebnis zwischen 0,05 und -0,05 ; Trend : < 0,10

Hier gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Beide halten eine Prophylaxe für erforderlich.

Somit kann die 5. Hypothese nicht bestätigt werden.

6.5. Auswertung der offenen Fragen

6.5.1. Erste offene Frage

Welches ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Ursache Ihrer Erkrankung?

Tabelle 13 fasst die Untersuchungsergebnisse der ersten offenen Frage zusammen.

	Deutsche Patienten		Jordanische Patienten		p
	(n = 23)		(n = 24)		
	n	%	n	%	
Psychosozialer Stress	14	61	20	83	.09
Beziehungsprobleme	4	29	11	49	.04
Probleme auf der Arbeit, Schule, Universität	5	36	0	0	.02
Finanzielle Probleme	0	0	2	8	ns
Schwierige, kritische Lebensereignisse	5	36	7	29	ns
Einsamkeit	4	17	0	0	.03
Kindheit	3	13	2	8	ns
Persönlichkeitsfaktoren	4	17	2	8	ns
Gesellschaft/ Umgebung	0	0	8	33	.002
Biologische Faktoren/ Vererbung	6	26	0	0	.007
Esoterische Faktoren	0	0	7	29	.005
Drogen/ Alkohol	1	4	0	0	ns
Keine Idee	2	9	0	0	ns

Tab. 13: Ergebnisse der ersten offenen Frage der deutschen und jordanischen Patienten. Die Berechnung erfolgte mittels χ^2 Test.

Die Antworten konnten in 9 Kategorien eingeteilt werden. Die Summe der Ursachenerklärungen ist höher als 100%, da die Patienten mehrere Ursachen angeben konnten. Die häufigste Ursache in beiden Gruppen, mit je über 60%, ist psychosozialer Stress. Diese Kategorie wird zusätzlich in 4 Untergruppen unterteilt. In beiden Gruppen werden Beziehungsprobleme in der Familie und schwierige Lebensereignisse als wichtige Ursachen genannt, wobei nur die deutschen Patienten Probleme bei der Arbeit, Schule oder Universität als Ursache nennen. In Jordanien wird dieser Punkt nicht erwähnt.

Eine 45jährige deutsche Sekretärin führt Stress im Job an, ähnlich wie ein Bäckermeister, der beschreibt: „Ich hatte zuviel Stress im Beruf und habe sehr isoliert gelebt, danach bin ich erkrankt.“ Auch ein 50jähriger Malermeister beschreibt Probleme mit dem Chef, ebenso wie eine Jurastudentin, die unter anderem Prüfungsstress als Ursache Ihrer Erkrankung ansieht.

Elf jordanische Patienten nennen Beziehungsprobleme, insbesondere in der Familie, als Ursache, wohingegen diese Unterkategorie nur von vier deutschen Patienten genannt wird. Eine 45jährige Schneiderin gibt die Bevormundung durch die Familie als Ursache ihrer Erkrankung an. Ein 50-jähriger Krankenpfleger beschreibt Probleme mit der Stiefmutter und nennt diese als Ursache. Auch Probleme mit dem Ehemann oder der Ehefrau wurden oft als Ursache der Erkrankung angeführt.

Ein signifikanter Unterschied ($p = 0,002$) zwischen den beiden Gruppen ist im Punkt: „Gesellschaft/Umgebung“ zu erkennen: 8 jordanische Patienten nennen diese Ursache, jedoch nennt keiner der deutschen Patienten gesellschaftliche Probleme als Grund für die Erkrankung. Ein 37jähriger jordanischer Architekt beschreibt, dass er 1990 nach dem Krieg in Kuwait begann, bedrohliche Stimmen zu hören. Ein 20jähriger jordanischer Patient (arbeitete bei der Luftwaffe) beschreibt: „Nachdem ich im Bus die Schulter einer fremden Frau gestreift habe, wussten es alle in meinem Dorf und wollten mich umbringen.“ Ein 59jähriger Jordanier gibt die Königsherrschaft als Ursache an: „Ich bin gegen die Monarchie...es ist nicht gut, dass ein Monarch nicht nur regiert, sondern auch Besitz von den Menschen ergreift...das zieht mich ´runter.“ Ein 27-Jähriger, Arbeitsloser Jordanier beschreibt: „ Ich passe nicht in diese Gesellschaft...“ Eine 24jährige, jordanische Patientin beschreibt: „ Die Mitmenschen wollten mir nur Böses und mich von meiner Mutter fernhalten.“ Einige jordanische Patienten sahen die Ursache ihrer Erkrankung in der Gesellschaft, ohne diese näher zu erklären.

Vier deutsche Patienten geben Einsamkeit als Ursache an. Eine allein lebende Jura-Studentin beschreibt: „Ich fühle mich sehr isoliert, ich habe für mein Examen gelernt und an manchen Tagen keinen Menschen gesehen. In der Universität gibt es viele Studenten, aber ich bin zu ängstlich um Kontakte zu knüpfen...“ Eine 42-Jährige Sekretärin erzählt: „Nach meiner Scheidung hat sich alles verändert...Ich habe den Kontakt zu meinen Freunden und der Familie verloren und war komplett isoliert. Es

„klingt vielleicht seltsam, aber die Stimmen, die ich begann zu hören, waren mir fast willkommen.“ In der jordanischen Gruppe wird diese Kategorie nicht genannt.

Weiterhin geben 6 deutsche Patienten biologische Faktoren als Ursache an. „Meine Gene haben diese Veranlagung für diese Erkrankung....“, behauptet eine 42-jährige, deutsche Juristin. Die anderen deutschen Patienten erklärten diese Kategorie nicht genauer. Störungen im Bereich der Neurotransmitter oder metabolische Ursachen wurden nicht erwähnt. Auch diese Ursache wird von den jordanischen Patienten nicht genannt.

Esoterische Ursachen werden von 7 jordanischen Patienten genannt. Eine 25jährige, jordanische Englischlehrerin beschreibt: „Es sind sieben Djinn in mir, die meine Krankheit verursachen, sechs sind bereits ausgetrieben – einer ist noch da! Djinn liegt bei uns in der Familie, vier andere Familienmitglieder haben einen. Weiterhin hat meine Schwägerin einen großen Einfluss darauf.“ Ein 40jähriger Florist berichtet: „Ich bin erkrankt, weil ich viele Neider habe, weil ich so gläubig bin.“ Ein 27jähriger Arbeiter beschreibt: „Ich verdrehe meine Augen, es entsteht Chaos, und ein Djinn kommt dann dort heraus.“ Keiner der deutschen Patienten erwähnt diese Kategorie.

Im Hinblick auf die Komplexität bezüglich der Ursachenerklärungen der Schizophrenie durch die Patienten glaubten diese entweder, dass ihre Erkrankung nur auf einer Ursache beruht oder dass mehrere Ursachen möglich sind, im Sinne eines multifaktoriellen Ursachenkonzeptes. Zwölf (50%) jordanische Patienten und 14 (61%) deutsche Patienten nannten nur eine Ursache ($p = .48$) für Ihre Erkrankung; sieben (29%) jordanische und vier (17%) deutsche Patienten nannten mehrere, untereinander im Zusammenhang stehende Ursachen ($p = .34$), wohingegen fünf (21%) jordanische Patienten und drei (13%) deutsche Patienten mehrere, voneinander unabhängige Ursachen ($p = .48$) angaben. Zwei (9%) deutsche Patienten hatten keine Erklärung für ihre Erkrankung.

Patienten der deutschen Gruppe, die mehrere Ursachen nannten, zeigten als häufigste Ursachenkombination ($n = 3$), genetische Ursachen und psychosozialen Stress, wohingegen die jordanischen Patienten als häufigste ($n = 5$) Kombination Stress in der Familie und Probleme in der Gesellschaft als ursächlich für ihre Erkrankung ansahen.

6.5.2. Zweite offene Frage

Welche Faktoren können ihre Erkrankung positiv beeinflussen?

Die Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 14 dargestellt.

	Deutsche Patienten		Jordanische Patienten		p
	(n = 23)		(n = 24)		
	n	%	n	%	
Mehr Kontakt mit Familie/ Freunden	8	35	0	0	.002
Weniger Kontakt mit Familie/ Freunden	0	0	6	25	.01
Hilfe von der Familie/ Freunden	0	0	4	17	.04
Medikamente	9	39	7	29	ns
Religion	0	0	7	29	.005
Bessere finanzielle Situation	0	0	4	17	.04
Änderung der Persönlichkeit	5	22	4	17	ns
Arbeit / Ausbildung	5	22	7	29	ns
Gesündere Lebensgewohnheiten (Ernährung, Schlaf)	6	26	2	8	ns
Selbstmord	1	4	0	0	ns
Keine positive Beeinflussung möglich	2	9	0	0	ns

Tab. 14: Ergebnisse der zweiten offenen Frage der deutschen und jordanischen Patienten. Die Berechnung erfolgte mittels χ^2 Test.

Wie bereits bei der ersten offenen Fragen, wurde auch hier die Antworten in Kategorien eingeteilt, hier insgesamt 11.

Acht deutsche Patienten bewerten „mehr Kontakt mit Familie und Freunden“ als positiven Faktor, bei den jordanischen Patienten wird dieser Punkt nicht genannt, sondern im Gegenteil, weniger Kontakt mit der Familie und Freunden (25%) wird als positive Beeinflussung angesehen. So berichtet ein 32jähriger deutscher Zahntechniker: „Über die Krankheit mit jemandem zu reden sowie regelmäßige Medikamenteneinnahme beeinflussen meine Erkrankung positiv.“ Auch eine Kinderpflegerin ist der Meinung, dass ein guter Umgang, gute Freunde und offen über die Krankheit zu reden, diese positiv beeinflusst. Ein Hubschraubermechaniker

beschreibt: „Allein sein ist nicht gut für mich. Wenn ich mit jemandem reden könnte, wäre es einfacher. Aber meine Familie wohnt weit weg von hier ...und Freunde habe ich keine.“

Bei sechs jordanischen Patienten finden sich Aussagen wie: „Ich möchte weg von meinem Bruder“, „Ich möchte frei sein“ oder ein Krankenpfleger, der beschreibt: „Ich möchte alleine wohnen und nicht mehr nach Hause.“ Auch ein weiterer Patient, arbeitslos, beschreibt, dass die Entfernung von der Familie eine positive Beeinflussung sei. Eine 23-jährige Krankenschwester sagt: „Ich muss nur weg von meiner Familie....sie entscheiden alles....ich habe zu gehorchen. Sie machen mich krank.“

Zu bemerken ist allerdings, dass bei vier jordanischen Patienten, die keine familiären Probleme haben, die Hilfe von Familienmitgliedern oder Freunden positiv bewertet wird. So bringt eine 25-Jährige zum Ausdruck: „Die Liebe der Familie und besonders der Mutter beeinflusst den Verlauf positiv.“ Oder wie ein arbeitsloser 32-jähriger Patient beschreibt: „Mein Vater wird mir helfen, das Problem zu erledigen.“ Auch ein junger Architekt, 43 Jahre, gibt an: „Mit Medikamenten, viel Geduld der Mitmenschen und der Familie kann die Krankheit positiv beeinflusst werden.“ In der deutschen Gruppe ist die Idee der Unterstützung durch Familie oder Freunde offenbar untergeordnet.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Einflusses von Medikamenten. Etwa ein Drittel der Patienten in beiden Gruppen sehen einen positiven Einfluss. Ein 31-jähriger jordanischer Soldat beschreibt: „Ich weiß nicht warum, aber immer nachdem ich meine Tabletten eingenommen habe, fühle ich mich besser....die Stimmen machen mir keine Angst mehr.“ Eine andere, jordanische Patientin (41 Jahre, Lehrerin) berichtet: „Ich vertraue meinem Arzt, er verschreibt mir Medikamente, um mir zu helfen. Ich glaube an deren positive Wirkung.“ Eine 31-jährige, deutsche Jurastudentin sagt: „Ich weiß, dass die Tabletten mir helfen, bis jetzt haben sie das immer getan...“

Sieben (29%) der jordanischen Patienten bewerten den Einfluss der Religion, des Koran oder Gott als positiv. Ein 55jähriger Taxifahrer beschreibt: „Nur Gott kann meine Krankheit verändern bzw. beeinflussen.“ Auch ein Radiomechaniker, sowie ein 55jähriger Buchhalter geben an, dass nur der Glaube an Gott und das Gebet die

Krankheit positiv beeinflussen können. Ein 40-jähriger Schneider beschreibt: „Wenn Gott mich heilen will, dann wird er das tun.“ Die Religion wird von deutschen Patienten nicht angeführt.

Für beide Gruppen ist Arbeit oder eine Ausbildung wichtig und wird als eine positive Beeinflussung gesehen. So gibt eine Hausfrau in der jordanischen Gruppe an, dass ihr die Hausarbeit hilft, oder ein Architekt berichtet, dass er sein Studium und die Umsetzung des Gelernten als positiv empfindet. In der deutschen Gruppe gibt eine Jurastudentin an: „Ein Job mit gutem Arbeitsklima beeinflusst meine Krankheit positiv, so auch Freunde und ein guter Kontakt zur Familie.“ Auch ein arbeitsloser, 35jähriger Patient gibt an, dass die Ausbildung zu beenden wichtig für den Verlauf der Erkrankung ist.

Weiterhin ist anzuführen, dass in der deutschen Gruppe 26% im Vergleich zu 8% in der jordanischen Gruppe einen gesünderen Lebensstil als positiv betrachten. So werden z.B. weniger Tee zu trinken, allgemein ein gesunderer Lebensstil und Alkoholverzicht angeführt. Der Unterschied ist nicht signifikant.

Vier (17%) jordanische Patienten geben eine bessere finanzielle Situation an, die deutschen Patienten erwähnen diesen Punkt nicht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die deutschen Patienten mehr Kontakt zur Familie und Freunden, Medikamente sowie einen gesünderen Lebensstil als wichtige Punkte nennen.

Die jordanischen Patienten beschreiben weniger Kontakt und Einmischung durch Familie und Freunde, Medikamente, die Religion und Arbeit als wesentlich für einen guten Krankheitsverlauf.

Betrachtet man die Komplexität der Behandlungskonzepte/Einflussfaktoren, so nannten 10 (57%) der deutschen Patienten und 11 (46%) der jordanischen Patienten nur einen Faktor, der die Krankheit positiv beeinflussen könnte ($p = .88$). Zwei deutsche Patienten konnten keinen Faktor nennen und einer meinte, dass Selbstmord das einzige Heilmittel sei. Neun (39%) deutsche Patienten und 13 (54%) jordanische Patienten glaubten an mehrere, voneinander unabhängige Faktoren, welche die Krankheit positiv beeinflussen können ($p = .30$). Kein Patient beschrieb ein multifaktorielles Therapiekonzept, indem er mehrere Einflussfaktoren miteinander verband.

7. Diskussion

Diese Arbeit hat die KK schizophrener Patienten aus Jordanien und Deutschland verglichen, damit stammten die Untersuchungsgruppen aus zwei kulturell und sozial verschiedenen Gesellschaften.

Zur Datenerhebung wurden sowohl vorgefertigte Fragebögen als auch offene Fragen verwendet. Zusätzlich wurde ein Repertory Grid nach Kelly erhoben. Inhaltlich stand die Frage der Ursache der Erkrankung, Beschreibung und deren Beeinflussbarkeit durch den Patienten im Vordergrund.

7.1. Diskussion der 1. Hypothese:

Relevanz des übernatürlichen Glaubens in der arabisch-muslimischen Gesellschaft, esoterisches KK

Es zeigte sich, dass die jordanischen Patienten tendenziell eher esoterische Faktoren als Ursache Ihrer Erkrankung nannten.

Die Ergebnisse aus dem Fragebogen (KK-Skala nach Linden) waren aber statistisch nicht signifikant, was mit der kulturspezifischen Konzeption des Fragebogens zusammenhängen könnte. Die KK-Skala ist für Patienten aus westlichen Ländern konzipiert worden, dies kann zu Problemen der Validität führen, die auch in anderen transkulturellen Studien diskutiert werden (Van Ommeren, 2003): Die Stichworte im Fragebogen für das Übernatürliche/Religion waren z.B. „Besessenheit“, „Magische Kräfte“, „Strafe von Gott“ oder „ungünstiges Horoskop“. Diese Begriffe werden in der arabischen Gesellschaft nicht unmittelbar mit übernatürlichen Kräften oder der Religion in Verbindung gebracht. Dies ist eher bei den Begriffen „Böser Blick“ der aus Neid („Hassad“) entsteht, dem „Atem von bösen Geistern“ bzw. Djinn (Al-Krenawi und Graham, 1990) der Fall, welche von den jordanischen Patienten hier in den offenen Interviews auch benutzt wurden. Hätte man in den Fragebögen diese spezifischen Ausdrücke verwendet, so wären die Unterschiede möglicherweise statistisch signifikant geworden.

Der Grund, warum die jordanischen Patienten eher esoterische Ursachen für die Krankheit nannten, könnte darin bestehen, dass die Religion immer noch einen wichtigen Stellenwert im Leben einnimmt (Dwairy, 1998; Okasha, 2001; Stein, 2000; Wohlfart et al., 2006; Androusoyopoulou et al., 2002; Al-Krenawi, 1999; Rüschoff,

1992; Carter und Rashidi, 2003; Ilkilic, 2007; Wohlfart et al., 2006; Basheer, 2003; Al-Kassimi, 2003).

Dem muslimischen Glauben liegen der Koran (die Worte Gottes) und die dazugehörigen Hadithe zugrunde. Ein Hadith bezeichnet eine Geschichte aus dem Leben des Propheten Mohammed oder einen seiner Aussprüche, z.B. eine Empfehlung, ein Verbot oder eine religiös-moralische Warnung, die von Zeitzeugen überliefert wurde und auf diese Weise im Koran selbst nicht vorhanden ist. Diese Geschichten in ihrer Gesamtheit bilden die Sunna des Propheten (Zaidan, 1999).

Beide sind Basis für das Verständnis psychiatrischer Erkrankungen in der muslimischen Gesellschaft. So wird die Schizophrenie, wie bereits erläutert, oft mit der Besessenheit durch einen Djinn erklärt.

Am Jüngsten Tag wird der Muslim, sofern er z.B. nicht psychisch krank ist, für seine guten und schlechten Taten zur Rechenschaft gezogen. Weil er stets die Wahl hatte, sich für das Gute oder Schlechte zu entscheiden, ist er auch verantwortlich dafür:

“... Wer den rechten Weg befolgt, der befolgt ihn nur zu seinem eigenen Heil; und wer irregeht, der geht allein zu seinem eignen Schaden irre. Und keine lasttragende Seele soll die Last einer anderen tragen. Und wir bestrafen nie, ohne zuvor einen Gesandten geschickt zu haben.“ (Koran 17:15, übersetzt n. Rassoul, 1986, S.366).

Im Koran selber ist die Vereinnahmung des Menschen durch einen Djinn so nicht vorhanden. Es finden sich Ausdrücke wie „Einflüstern“ (z.B. durch Iblis, den Teufel) und „Verführen“. Aber die Idee von der Besessenheit basiert auf einer bestimmten Interpretation der Hadithe. Hadithe werden in verschiedene Kategorien gemäß der wahrscheinlichen Richtigkeit von „sahih“ - gesund, original bis „maudu“ – gefälscht eingeteilt (Burton, 1994; Zaidan, 1999). Die Hadithe wurden gut 200 Jahre nach dem Tod des Propheten aufgezeichnet, somit ergibt sich viel Spielraum für Eigeninterpretationen und Überlieferungsfehler; z. B. ist ein Argument von Hadith-Kritikern, dass Personen zweifelhafte Hadithe als Rechtfertigung für persönliche oder politische Zwecke missbrauchen oder gar erfinden (Goldziher, 1890/2004).

Die Vorstellung der Besessenheit vom Djinn im Sinne der Willenlosigkeit des Betroffenen ist eine weit verbreitete, mythische Idee, die schon lange vor dem Islam existierte: das Wort für „Verrücktheit“ im Arabischen heißt „Djunun“, welches von Djinn abgeleitet ist. So glaubten z.B. bereits die Meder (pers.: Mâd-hâ), ein in der

Antike existierender Nomadenstamm, welcher im heutigen iranischen Hochland lebte, an nicht materielle Wesen, die Djinn, welche für sie neben den Menschen willensfreie Geschöpfe Gottes waren. Weiterhin galt beispielsweise bei den vorislamischen Arabern die „Unheimlichkeit“ ungewöhnlicher Dinge nicht als naturgegeben, sondern als von den Djinn hervorgerufen (Zbinden, 1953).

Demzufolge kann die Besessenheit durch einen Djinn nicht nur auf einer primär religiös-islamischen Grundlage beruhen, sondern auch einen kulturellen oder traditionellen Ursprung haben.

Unabhängig von der Herkunft des Gedankens ist der Gedanke der Besessenheit durch einen Djinn in der arabisch-muslimischen Gesellschaft heutzutage präsent und spielt in KK eine wichtige Rolle.

Im Gegensatz zu der jordanischen Gesellschaft ist die Religion im praktischen Alltag der Deutschen immer weniger bedeutsam, was auch eine Repräsentativbefragung der "British American Tobacco" (BAT)-Stiftung für Zukunftsfragen (2008) feststellen konnte. Hier wurden jeweils 2000 Personen ab 14 Jahren in neun Bundesländern bezüglich Religion, Lebensqualität und Zukunftserwartungen befragt. Für nur knapp ein Viertel der Bundesbürger (24%) ist die Religion ein relevanter Teil der Lebensqualität, für den überwiegenden Teil (71%) war die Familie wichtiger. Obwohl bei Singles die Familie weniger bedeutsam für die Lebensqualität war, rangierte sie doch vor der Kirche (4%).

Damit steht Deutschland bezüglich dieser Fragestellung an letzter Stelle im intereuropäischen Vergleich, z.B. wird bei den Italienern die Religion doppelt so bedeutsam bewertet (48%). Opaschowski, der Wissenschaftliche Leiter der BAT Stiftung, stellt weiterhin fest, dass die Zugehörigkeit zur Kirche kaum noch eine Bedeutung hat (10% - Jugendliche: 1%) (Opaschowski, 2008). Dies lässt sich auch an der zunehmenden Anzahl der Kirchenaustritte in Deutschland nachvollziehen (LDS NRW, 2005). Somit ist auch zu erklären, dass religiöse Ursachenannahmen bei den deutschen Patienten stark in den Hintergrund treten, wie auch die Ergebnisse aus den Fragebögen in dieser Arbeit zeigten.

7.2. Diskussion der 2. Hypothese: Biologische Ursachenannahmen

Es gibt auch hier eine Diskrepanz zwischen dem Ergebnis der Fragebögen auf der einen Seite und den offenen Fragen auf der anderen Seite:

Betrachtet man die Fragebögen, so besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Nennung biologischer Faktoren für die Ursache der Erkrankung. Die 2. Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

In den Interviews jedoch haben die jordanischen Patienten, im Gegensatz zu den deutschen Patienten, überhaupt keine biologischen Faktoren erwähnt.

Einerseits könnte man dies auf ein Erinnerungs-Phänomen zurückführen: das Abrufen bzw. die Erinnerung an einen bestimmten Sachverhalt auf ein vorgegebenes Stichwort ist leichter als ohne Stichwort, wie z.B. eine konkrete Frage im Fragebogen vs. einer offenen Frage im freien Interview. Das bedeutet, bietet man den jordanischen Patienten als mögliche Ursachenannahme biologische Faktoren zur Auswahl an, so werden diese als Möglichkeit in Betracht gezogen. Aber diese Ursachenannahmen werden in den offenen Fragen nicht genannt, möglicherweise haben sie keine ausreichende Relevanz, um sie – ohne Stichwort – in der offenen Frage zu erwähnen.

Andererseits könnten diese Ergebnisse auch auf die geringe Fallzahl zurückzuführen sein.

7.3. Diskussion der 3. Hypothese: Medikamentenvertrauen

Interessanterweise hatten die jordanischen Patienten das gleiche Medikamentenvertrauen wie die deutschen Patienten. Es wird trotz Erklärung der Ursache der Erkrankung mit übernatürlichen Kräften eine Therapie mit Medikamenten für sinnvoll gehalten. Die dritte Hypothese konnte also nicht bestätigt werden. Dies könnte einmal damit zusammenhängen, dass die Patienten eine Verbesserung ihrer Situation nach Krankenhausaufenthalt und die positive Wirkung des Medikaments wahrgenommen haben. So beschreibt ein jordanischer Patient, dass er zwar nicht wisse wie, aber dass das Medikament eine positive Wirkung zeige und er es deshalb auch verwenden würde.

Zusätzlich könnte dieses Ergebnis auch eine generelle Wandlung der Ansicht jordanischer Patienten, bedingt durch die zunehmende medizinische und

wirtschaftliche Modernisierung Jordaniens in den letzten 30 Jahren, widerspiegeln. Im Zuge dieser Verbesserung stieg die Lebenserwartung von 58 Jahren im Jahre 1970 auf 72 Jahre im Jahr 2005 (United Nations, 2006).

Allerdings ist zu erwähnen, dass die traditionellen Heiler dennoch häufig erste Anlaufstelle bei psychiatrischen Erkrankungen sind (Okasha und Maj, 2001). An diesem Hilfesucheverhalten ist zu erkennen, dass sie immer noch ihre Relevanz haben (Saad et al., 2005; Azaizeh et al., 2008; NMSU and the U.S. Department of Agriculture, 2003). Das bedeutet, dass trotz eines hohen Medikamentenvertrauens jordanischer Patienten ein Heiler vor der Konsultation eines Arztes aufgesucht wird. Die traditionellen Heilpraktiken haben also neben den modernen ihren Wert nicht eingebüßt. Allerdings wäre zu prüfen, ob hier möglicherweise, insbesondere in den industrialisierten Teilen des Landes, ein Rückgang der Patientenzahlen der Heiler zu verzeichnen ist oder ob die Anzahl der praktizierenden Heiler abnimmt, die die Patienten aufsuchen. Denn die zunehmende Industrialisierung und der Klimawandel haben eine zunehmende Zerstörung der Umwelt bzw. der Gebiete zufolge, in denen spezielle Pflanzen, die zur Medikation von den traditionellen Heilern eingesetzt werden, wachsen. Somit sind diese immer schwerer zu beschaffen oder gar nicht mehr vorzufinden (Saad et al., 2005; Azaizeh et al., 2008; NMSU and the U.S. Department of Agriculture, 2003).

Weiterhin ist das Vertrauen in die verordneten Medikamente stark abhängig vom Vertrauen in den Arzt (s. Diskussion zur 7. Hypothese). Geht man von einer positiven Korrelation aus, so lässt sich behaupten, dass ein hohes Arztvertrauen mit einem hohen Medikamentenvertrauen einhergeht, was das Ergebnis bezüglich dieser Hypothese erklären würde.

7.4. Diskussion der 4. Hypothese:

KK zur Einflussnahme und Verantwortlichkeit im Zusammenhang mit der Gesellschaftsstruktur

Die oben beschriebenen Punkte spiegeln sich im Ergebnis des Repertory Grid im Konstrukt „kann ich beeinflussen – schicksalhaft“ wider. Die Mehrzahl der jordanischen Patienten ist der Ansicht, dass die Erkrankung schicksalhaft ist und sieht sich als nicht selbst verantwortlich für die Erkrankung, sie wird durch die Gesellschaft und den Einfluss der Familie sowie Gott erklärt. Im Gegensatz dazu halten die deutschen Patienten die eigene Person für die Ursache ihrer Erkrankung. Die vierte Hypothese konnte bestätigt werden.

Eine Erklärung hierfür könnten die unterschiedlichen, sozialen Strukturen der beiden Gesellschaften sein:

In der jordanischen Gesellschaft ist zum einen die soziale Position in der Gemeinschaft von großer Bedeutung und zum anderen ist die Frage der Verantwortlichkeit und Schuldzuweisung von zentraler Wichtigkeit.

Die Erklärung mit der Besessenheit durch einen Djinn schafft die Gelegenheit, den Zustand als eher temporär zu betrachten. Dadurch, dass der Djinn den Körper des Patienten verlässt, kann der Betroffene wieder vollkommen „geheilt“ werden und kann dort fortfahren, wo er vor der Erkrankung in der Gesellschaft gestanden hat, ohne sich weiter rechtfertigen zu müssen. Zusätzlich umgeht der Betroffene das Stigma, welches der psychischen Krankheit anlastet (Kapitel 2).

„Indem sie einer übernatürlichen Erklärung der Krankheit das Wort redet, bestätigt die Gruppe, dass der Patient nicht unbedingt für seinen Zustand verantwortlich zu machen ist. Gefühle der Scham, Reue und Schuld werden abgelenkt. Der Patient hört auf zu grübeln.“ (Crapanzano, 1981, S. 253).

Die Konformität mit der Gesellschaft ist in einer kollektivistischen Gesellschaft, wie es die jordanische ist, sehr wichtig, und deswegen ist ein nicht selbst verschuldetes, abnormes Verhalten einfacher zu ertragen. Die Rolle des Islam hierbei wird von Okasha und Maj (2001) folgendermaßen beschrieben: „...Islam is essentially geared to a theocratic society, in which the state and the individual are of value only as the servant of the revealed religion.“ (Der Islam ist essentiell mit einer theokratischen Gesellschaft gekoppelt, in der der Staat und das Individuum nur als Diener der offenbarten Religion wertvoll sind). Dadurch, dass es einen größeren Einfluss der

religiös geprägten Gesellschaft auf den Einzelnen, im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung, Krankheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung gibt, wird Verantwortlichkeit für Erkrankung gemeinschaftlich getragen. Die jordanische Gesellschaft ist durch den Islam geprägt, nicht nur als spirituelle Quelle, sondern auch als eine Religion mit klaren Regeln in allen Lebensbereichen (Mohit, 2001).

In der westlichen Welt hingegen wird die Verantwortung **des Individuums** für seine Erkrankung betont, welches eine soziale Isolierung, insbesondere für chronisch psychiatrische Patienten, zur Folge hat (Link et. al., 1999; Angermeyer et al., 1985; Sartorius, 2007; Winkler et al., 2004). Dadurch dass die Patienten sich selbst für ihre Erkrankung verantwortlich machen, ist diese schwieriger zu ertragen. Somit haben sie insgesamt eine schlechtere Prognose (Littlewood, 1998).

Diese Unterschiede spiegeln sich in den Ergebnissen der Arbeit wider:

Nur die jordanischen Patienten sahen eine Beziehung zwischen Schizophrenie und sozialer /politischer Situation. Die deutschen gaben sich eher selbst die Schuld für ihre Erkrankung und betrachteten diese als ein eher individuelles Problem.

Interessanterweise fand man diese kollektive Verantwortung auch bei deutschen Patienten aus Ost-Deutschland im Vergleich zu westdeutschen Patienten in einer Studie von Holzinger et al. (2003). Die Autoren erklärten, dies könnte eine Reflektion bestimmter, kulturell geformter Ideologien sein: In der ehemaligen DDR existierte eine langjährige sozialistische Regierung, die ebenfalls einem kollektivistischen Regime entsprach.

Diese Unterschiede spiegeln sich auch in den Wohnverhältnissen wider (s. Tab. 4): im deutschen Kollektiv lebten 8 Personen alleine, wohingegen es im jordanischen Kollektiv nur eine war. In Deutschland gibt es eine Zunahme der Einzelhaushalte. Insbesondere in großen Städten wie z.B. Frankfurt oder Berlin betrug der Anteil der Einzelhaushalte über 50%, wohingegen Haushalte mit drei und mehr Personen rückläufig waren (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, 2005).

Dieser Aspekt wird des Weiteren in den offenen Fragen sichtbar: nur die deutschen Patienten erwähnen Einsamkeit als Ursache. Ein Drittel wünschte sich einen engeren Kontakt zu Familie und Freunden. Entgegengesetzt hierzu wünschten sich die

jordanischen Patienten mehr Abstand zur Familie und Ruhe. Beide Gruppen nennen primär psychosozialen Stress als Ursache. Bei den jordanischen Patienten dominieren jedoch eindeutig die Beziehungsprobleme mit 49%, wohingegen diese bei den deutschen Patienten nur 29% betragen. Bei den jordanischen Patienten, die keine Reibungspunkte mit der Familie haben, ist eine Beeinflussung zur Unterstützung der eigenen Person und des Krankheitsverlaufes durch die Familie sehr wichtig und gewünscht.

Auch diese Ergebnisse reflektieren eine soziale Realität in beiden Ländern:

In der muslimischen/arabischen Gesellschaft trägt die Familie die größte Verantwortung für die Sorge um den psychisch Kranken. Der Koran und das islamische Gesetz unterstützen diese Pflicht, so dass die Therapie nicht nur die Arzt-Patient-Interaktion und die medikamentöse Therapie beinhaltet, sondern auch die familiäre, medizinische Umsorgung. Dies ist ein wichtiger Aspekt, der bis heute in der arabischen bzw. muslimischen Gesellschaft deutlich zu erkennen ist (El Islam, 1982; Dwairy, 1998 und 2004).

In Jordanien ist die Familie ein wichtiger Bestandteil des Lebens, ihr Wert und Einfluss sind groß. Sofern die Familienmitglieder nicht mit- oder nebeneinander leben und wohnen, stehen sie via Internet, Post oder Telefon immer in Kontakt zueinander (El Islam, 2001). Diese Tatsache hat viele Vor- und Nachteile. Die Vorteile bestehen darin, dass der Einzelne nie auf sich alleine gestellt ist, sondern in schwierigen Lebenssituationen mit der Unterstützung der Familie moralisch und finanziell rechnen kann. Im Gegenzug dazu wird erwartet, dass er die Erwartungen der Familie ihm oder ihr gegenüber respektiert, erfüllt und sich ihnen anpasst. Zusammengefasst könnte man behaupten, dass die Individualität des Einzelnen nur akzeptiert wird, wenn diese auch mit den Normen der Familie konform geht. Die soziale Integration ist wichtiger als die Autonomie des Einzelnen (Okasha, 2001), dieser Punkt kann als Nachteil erachtet werden.

Von den deutschen Patienten wurde, im Gegensatz zu den jordanischen, die „Hilfe durch die Familie“ in den Antworten zur 2. offenen Frage nicht genannt. Dieser Gedanke ist hier somit gar nicht erst vorhanden. Mehr Kontakt zur Familie wird gewünscht, aber keine konkrete Hilfe. Dieses kann damit begründet werden, dass in den westlichen Kulturen die Trennung des Individuums von den Eltern als ein wichtiger psychologischer Prozess im Leben des Einzelnen bewertet wird, der dazu

führen soll, eine einzigartige und autonome Identität zu formen. Demzufolge ist in der westlich geprägten Psychotherapie die Individualität und der Selbstaussdruck/-verwirklichung Teil des Therapieprinzips. Dies kann unter Umständen bei muslimischen Patienten zu großen Konflikten führen, da in ihrem sozialen Umfeld ein individuelles Verhalten abgelehnt wird (Al Krenawi und Graham, 2000, Chaleby, 1987; Wahass und Kent, 1997; Okasha, 2001; Coker, 2005). Der muslimische Patient steht diesen beiden Gegensätzen hilflos gegenüber.

So sollte bei der Konfliktbearbeitung unterdrückter Emotionen dieser Patienten immer die kulturelle Identität und die familiäre Situation mitberücksichtigt werden (Dwairy, 1997 und 2004), da den Patienten selbst die Einbeziehung /Berücksichtigung der Familie und der unmittelbaren sozialen Umgebung wichtig sind (Al Krenawi, 1999; Okasha, 2000), was diese Studie bestätigt.

Dieses Ergebnis betont noch einmal die Eigenverantwortlichkeit der deutschen Patienten für ihre Erkrankung im Unterschied zu den jordanischen, als Resultat der unterschiedlichen Gesellschaftsnormen.

7.5. Diskussion der 5. Hypothese: Notwendigkeit der Prophylaxe

Die Repertory Grid Befragung zum Konstrukt: „Prophylaxe erforderlich – nicht erforderlich“ zeigte, dass beide Gruppen gleichermaßen eine Prophylaxe als erforderlich erachten. Die fünfte Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Wie lässt sich dieses Ergebnis, insbesondere im Hinblick auf die Überzeugung der mangelnden Einflussnahme auf Seiten der jordanischen Patienten erklären?

In der deutschen Gruppe kann das Resultat mit zwei Gegebenheiten erklärt werden: zum einen bewerten die deutschen Patienten die Erkrankung als bedrohlich, und somit ist auch der Aufwand der Prophylaxe bei zu erwartenden ernsthaften Folgen gerechtfertigt. Zum anderen ist hier die Prophylaxe als ein aktiver Beitrag zur möglichen Abwendung der Krankheit zu sehen. Die deutschen Patienten glauben, den Verlauf der Krankheit beeinflussen zu können und fühlen sich somit auch verantwortlich, etwas dagegen zu tun.

Eine mögliche Erklärung des Ergebnisses für die jordanischen Patienten ist, dass sie die Prophylaxe eher als Pflichterfüllung betrachten, um sich einer möglichen Verantwortlichkeit zu entziehen: Im Koran steht: „Und vertraut auf Allah, wenn ihr

Gläubige seid." (Koran 5:23, übersetzt n. Rassoul, 1986). Das Vertrauen auf Allah (arabisch: Al-Tawakkul) ist eine Bedingung für den Glauben. Laut Ilkilic (2007) ist dieses aber nicht unbedingt als blinder Fatalismus zu verstehen und schließt eine ärztliche Behandlung nicht aus. Es entbindet den Gläubigen nicht von seiner Verantwortung für seine Gesundheit, da er im Jenseits gegenüber Gott darüber Rechenschaft ablegen muss (Ilkilic, 2007; Issa, 2008). Al Ghazali (1058-1111), ein bedeutender Gelehrter der Islamgeschichte, lehnt einen Therapieverzicht, der sich auf den Begriff des „Gottvertrauens“ (Al-Tawakkul) „ stützt, für einen Muslim ab (Al Ghazali, Zit. n. Ilkilic, 2008).

An erster Stelle hat der Gläubige die Verantwortung, sich, so gut wie es ihm möglich ist, um sein Ziel zu bemühen und erst danach auf Gott zu vertrauen. Dies sei am Beispiel des folgenden Hadith verdeutlicht:

Abu Dawud und At-Tirmidhi überlieferten von Al-Mughira, der sagte:

„Ein Mann kam zum Gesandten und sprach: „ Oh Gesandter Allahs, soll ich mein Kamel anbinden und vertrauen oder nicht anbinden und vertrauen?“ Der Gesandte antwortete: Binde es an und vertraue (auf Allah)!“ (Al Buchari, übersetzt n. Ferchl, 1991).

Eine Prophylaxe würde hier bedeuten, alles getan zu haben, um die Krankheit zu verhindern, um sich dann, wenn sie trotzdem eintritt, nicht den Vorwurf machen lassen zu müssen, nachlässig gewesen zu sein. Aus diesem Grund kann zum gegebenen Zeitpunkt die Verantwortung an die Religion/Gott abgegeben werden. Eine wahrgenommene Prophylaxe könnte somit möglicherweise eher von der religiös geprägten Pflicht zur Eigeninitiative und weniger von der echten Überzeugung geprägt sein, etwas gegen die Krankheit ausrichten zu können. Somit schließt eine religiöse Ursachenannahme nicht zwingend die Bereitschaft bzw. die erachtete Notwendigkeit zur Wahrnehmung einer Prophylaxe aus. Denn die Notwendigkeit zur Prophylaxe könnte gleichermaßen, wie oben ausgeführt, religiös motiviert sein. Inwieweit dies auf den einzelnen Patienten zutrifft, ist sicherlich abhängig von der persönlichen religiösen Interpretation des Islam.

7.6. Diskussion der 6. Hypothese: Bedrohlichkeit der Erkrankung

Die jordanischen Patienten erleben ihre Krankheit als bedrohlicher im Vergleich zu den deutschen Patienten. Diese Hypothese wurde anhand der Ergebnisse aus dem Fragebogen nach Linden bestätigt. Zusätzlich konnte bestätigt werden, dass die jordanischen Patienten ihre Erkrankung als schicksalhafter und weniger durch die eigene Person beeinflussbar erachten. Dies könnte mit der übernatürlichen Ursachenaufnahme zusammenhängen, sie impliziert eine externe Krankheitskontrolle, der Einzelne vermag die Krankheit nicht zu steuern, bzw. hat keinen Einfluss auf dieselbe. Die mangelnde Einflussnahme führt auf der einen Seite zur Hilflosigkeit und schließlich zu Angst (Dwairy, 1998 und 2004), auf der anderen Seite könnte sie auch zu einer Verminderung des Schuldgefühles beim Patienten führen (Al Krenawi und Graham, 1999 und 2000). Eine Interkulturelle Studie zwischen englischen und ägyptischen depressiven Patienten ist zum gleichen Ergebnis gekommen: Die britischen Patienten fühlten sich schuldiger bezüglich der Ursache ihrer Erkrankung, wohingegen die Angst signifikant höher bei den arabischen Patienten war (Gawad und Arafa, 1980).

7.7. Diskussion der 7. Hypothese: Arztvertrauen

Die jordanischen Patienten zeigten ein höheres Arztvertrauen als die deutschen, wie aus der Überprüfung der siebten Hypothese hervorgeht.

Dieses Ergebnis ist mit der traditionellen Rolle des Mediziners zu erklären, welche in den arabischen/orientalischen Ländern eine sehr angesehene und respektable ist. Ein arabisches Wort für Arzt ist „Hakim“, was soviel wie „der Weise“ bedeutet. Dieser ist nicht nur auf den Patienten fokussiert, sondern schließt die Familie und Gesellschaft gleichermaßen mit in die Therapie ein (Al-Krenawi et al., 1996; Al-Krenawi und Graham, 1999 und 2000; Okasha, 2001).

In früheren Jahrhunderten – z.B. zu Zeiten von Avicenna – studierten die Ärzte im arabischen Kulturkreis nicht nur Medizin, sondern auch andere Fächer von Philosophie, Astrologie bis zur Musik (Mohit, 2001), so dass sie über ein breites Allgemeinwissen verfügten. In jeder Lebenslage konnte man den Arzt zu Rate ziehen, dieser Gedanke trägt sich bis heute in der arabischen Gesellschaft fort. In Europa und den USA war diese Einstellung vor 50 Jahren nicht anders: der Arzt war

eine Respektperson. Jedoch änderte sich das Arztbild, was sich am Ehesten auf die zunehmende Spezialisierung in der Medizin zurückzuführen ist, wobei der Arzt häufig lediglich als Informations- und Medikamentenverteiler angesehen wird (Kaba und Sooriakumaran, 2007).

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung wird deutlich, betrachtet man die traditionellen Heiler im Nahen Osten, welche immer noch regelmäßig aufgesucht werden (Al Krenawi et al., 2001; Saad et al., 2005; Azaizeh et al., 2008; NMSU and the U.S. Department of Agriculture, 2003). Zum Beispiel gaben immerhin ca. 60% der Patienten in Kairo, überwiegend aus unteren sozialen Schichten, an, bereits einen traditionellen Heiler aufgesucht zu haben, bevor sie in die Psychiatrie an der Universitätsklinik von Kairo aufgenommen wurden (Okasha et al., 1993). Die Beziehung basiert auf einer sehr starken therapeutischen Allianz zwischen dem Heiler und dem Patienten (Al Krenawi und Graham 1999 und 2002).

Es ist wichtig festzuhalten, dass die Patienten, entsprechend ihres KK, eher an Behandlungsmaßnahmen teilnehmen, wenn sie sich selbst als anfällig für die Krankheit ansehen bzw. eine Bedrohung von der Krankheit ausgeht und sie von der Effektivität der Therapie überzeugt sind (Becker et al., 1978, Löffler et al., 2003). In Einklang mit diesen Aussagen sollten die Skalen für die empfundene Bedrohung, Medikamenten- und Arztvertrauen positiv mit der Compliance des Patienten korrelieren (Linden et al., 1988). Budd et al. (1996) stellten eine Vorhersagemöglichkeit bezüglich der Medikamenten-Compliance bei psychiatrischen Patienten fest, wenn man die Faktoren Bedrohung ($r = .53$), Anfälligkeit für die Erkrankung ($r = .78$) und Nutzen der Medikation ($r = .62$) bestimmt.

Dementsprechend sind die in der Studie zum Ausdruck kommenden Einstellungen der Patienten von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Compliance. Die jordanischen Patienten sehen sich als anfälliger für die schizophrene Erkrankung, zeigten ein ähnlich hohes Medikamentenvertrauen wie die deutschen Patienten und nahmen die Erkrankung als bedrohlicher wahr. Diese Einstellung dürfte als vorteilhaft im Hinblick auf eine gute Compliance in der Arzt-Patienten-Beziehung gesehen werden.

Trotzdem zeigen sich im klinischen Alltag häufig Schwierigkeiten im Aufbau einer guten Arzt-Patient-Beziehung zwischen den behandelnden westlich-orientierten Ärzten und den Patienten aus dem arabischen Kulturkreis (Nobels und Sciarra,

2000). Auf der einen Seite könnte dies an Vorurteilen liegen, die der zuständige Therapeut bezüglich arabischen Patienten hat, oder auf der anderen Seite mit negativen Erfahrungen seitens des Patienten, die er während des Prozesses der Anpassung an die neue westliche Kultur erfahren hat. In jedem Fall ist es falsch zu behaupten, dass die Probleme bezüglich der Compliance allein in der arabisch islamischen Sozialisation begründet sind. Im Rahmen dieser Annahmen ist es wichtig, zwei Arten von interkulturellen Studien zu unterscheiden: zum einen die Studien, die die verschiedenen, ethnischen Gruppen in einem Land untersuchen und vergleichen und zum anderen Studien, die zwei ethnisch unterschiedliche Patientengruppen in den jeweiligen Ursprungsländern untersuchen: Die Ergebnisse sind nicht ohne weiteres übertragbar / vergleichbar.

8. Klinische Bedeutung/Schlussfolgerung

Die transkulturelle Psychiatrie bzw. Psychotherapie gewinnt zunehmend an Bedeutung, da die Versorgung und der Bedarf an Therapie von Patienten aus anderen Ländern und Kulturkreisen zunehmen. Hier gilt es nun, kulturspezifische Einflüsse auf bestimmte Krankheitsbilder und deren Verläufe zu kennen, zu erkennen und entsprechend zu therapieren.

Es ist nicht zu vernachlässigen, dass in der heutigen multikulturellen Gesellschaft unterschiedliche KK der gleichen psychiatrischen Erkrankung miteinander konkurrieren und in Konflikt geraten können.

Es ist wichtig, bei interkulturellen Studien zu unterscheiden, ob die ethnologisch unterschiedlichen Gruppen in einem Land oder in den Ursprungsländern der Teilnehmer untersucht worden sind, da die Beeinflussung durch die Gesellschaft vor Ort jeweils unterschiedlich und unterschiedlich stark sein kann.

Jeder Therapeut, der in einem an westlichen Normen orientierten Kulturkreis arbeitet, sollte sich im Klaren darüber sein, dass mit zunehmender Einwanderung und Vermischung der Kulturen auch unterschiedliche Denkweisen hinsichtlich Krankheit und Therapie aufeinander treffen. Es ist sinnvoll, sich dies in der alltäglichen Arbeit bewusst zu machen und in die Therapie und Therapieplanung mit einzubeziehen. Das KK jedes Patienten – nicht nur des Migranten – kann sich sehr von dem des

behandelnden Arztes unterscheiden (Holzinger et al., 2001; Kraft et al., 2004; Bischoff und Zenz, 1989; Mueller et al., 2006).

Callan und Littlewood (1998) beschreiben, dass eine hohe Patientenzufriedenheit umso wahrscheinlicher ist, je besser die Übereinstimmung des KK von Arzt und Patient ist, unabhängig von der ethnischen Herkunft.

So kann die Erkennung und ggf. Modifikation von KK eine wichtige therapeutische Maßnahme sein, um eine optimale Compliance und Patientenzufriedenheit zu erzielen (Adler et al., 1996; Möller et al., 2007; Schaefer und Bischoff, 2002; McCabe und Priebe, 2004; Al Krenawi et al., 2001).

Therapeuten in Deutschland oder anderen westlich orientierten Ländern stoßen gerade bei muslimisch-arabischen Patienten auf Konflikte, die sich aus deren Lebenseinstellung und –weise ergeben. Arbeiten aus den USA, Israel und Deutschland untersuchen die Problematik in der Therapie mit arabisch-muslimischen Patienten und beschreiben die Notwendigkeit der Toleranz und des Wissens über die andere Kultur (Al-Krenawi, 1999; Dwairy, 1998; Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007; Holzmann et al., 1994; Watkins, 2003; Lo und Fung, 2003; Carter und Rashidi, 2003).

Der Islam beeinflusst sämtliche Lebensbereiche des Gläubigen und schlägt sich damit auf die KK und Therapie nieder. So ist es unabdingbar, dass ein Therapeut, der mit muslimischen Patienten arbeitet, sich ein gewisses Grundwissen über den Islam, über die soziale Position und familiäre Situation des Patienten aneignet (Ruschoff, 1992; Nobles und Sciarra, 2000).

Wie diverse Studien gezeigt haben, können westliche Therapien einschließlich der Psychotherapie nicht ohne weiteres auf andere Kulturkreise übertragen werden. Verhaltenstörungen in sog. „Kollektivistischen Gesellschaften“, wie es die arabische ist, werden eher nicht mit intra- sondern vielmehr interpersönlichen (oder intrafamiliären) oder körperlichen Problemen erklärt. Psychische Störungen werden in der westlichen Wissenschaft aber psychopathologisch überwiegend als ein intraindividueller Vorgang angesehen, die mit der Psychotherapie oder Medikation geheilt werden soll. So ergeben sich Probleme in der Umsetzung der westlichen Psychologie in kollektivistischen Gesellschaften.

Weiterhin ist es hilfreich, die Bedeutung der Familie für den Patienten zu erfragen, ggf. sollte die Therapie auch immer die Familie der Betroffenen mit einbeziehen und nicht nur auf den Patienten selbst beschränkt sein. Wenn der Therapeut sich der KK

des Patienten und der Familie des Betroffenen bewusst wird, kann er Konflikte zwischen den beiden erkennen und diesen Aspekt in die Therapie integrieren.

Für arabische Patienten wird eine Form der indirekten Therapie empfohlen, z.B. Kunsttherapie oder die Verwendung von Metaphern („metaphorische Therapie“). Metaphern sind eine sehr alte Methode, Ideen zu vermitteln oder Dinge zu veranschaulichen, die schwer zu erklären sind und die durch den Vergleich mit einem geläufigen Gegenstand verständlich werden. Beispiele hierfür sind der Ausdruck: „Hell wie die Sonne“ oder „...ich fühle mich schlapp wie ein nasser Lappen.“ (Oberlechner, 2005). Hierbei ist es sinnvoll, die Faktoren oder Beispiele aus der unmittelbaren Umgebung des Patienten als Metaphern zu verwenden. Dem Therapeuten könnte es ermöglicht werden, mit Hilfe dieser Methode die Konflikte des Patienten eher zu verstehen und ihm wiederum dabei zu helfen, z.B. Veränderungen zu fördern oder Situationen zu erkennen. Dies könnte eine tiefgreifende Veränderung des Betroffenen erlauben, ohne in Konflikt mit der Familie geraten zu müssen (Dwairy, 2004).

Insbesondere ist bei arabischen und muslimischen Patienten zu berücksichtigen, inwieweit das soziale Umfeld miteinbezogen werden kann oder explizit herausgehalten werden sollte.

Es ist sinnvoll, die geplante Therapie für den einzelnen Patienten im Hinblick auf seinen individuellen sozialen und kulturellen Hintergrund zu überprüfen und entsprechend zu modifizieren. Somit kann keine allgemeingültige Therapieempfehlung für alle Muslime gemacht werden, da die KK, u.a. aufgrund des unterschiedlichen Einflusses des sozialen Umfeldes auf den Patienten, individuell variieren können. Dieser Aspekt wird von Al-Krenawi und Graham (2000) berücksichtigt, sie nehmen „the client's level of acculturation“ in Ihre Analyse auf, also inwieweit sich der muslimische Patient der westlichen Umgebung angepasst und gewisse westliche Normen für sich übernommen hat. Auch dies sollte der Therapeut bei der Charakterisierung des Patienten mit einbeziehen, um die Therapie individuell planen zu können (Al Krenawi und Graham, 2000).

Arbeiten, die die Psychiatrie in muslimisch-arabischen Ländern untersuchten, zeigen alle, dass die Herausforderung und Schwierigkeit für die dort praktizierenden Ärzte darin besteht, traditionelle Denkweisen, Verhaltensmuster und Gesetze mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Therapien zu verbinden, um erfolgreich

arbeiten zu können. So zeigen einige Arbeiten aus Saudi-Arabien diese Problematik deutlich: dadurch, dass viele muslimische Patienten psychische Probleme somatisieren, besteht die Schwierigkeit, diese Patienten in der Primärversorgung zu erkennen (Androutsopoulou et al., 2002) und zu therapieren, denn oft glauben diese, sie können und brauchen nichts aktiv zu tun, da ihre Erkrankung von Gott gewollt sei (externe Krankheitssteuerung). Erreicht man den arabisch/muslimischen Patienten, so ist in der Regel mit einer guten Compliance zu rechnen, da die Patienten ein hohes Arzt- und Medikamentenvertrauen zeigen.

Bei erhöhtem Anteil an ausländischen Patienten ist eine gezielte Schulung des Pflegepersonals und der Ärzte, insbesondere auch der Hausärzte als Schaltstelle zur Klinik, zu erwägen.

Eine andere, wichtige Frage ergibt sich aus der Tatsache, dass eine zunehmende Stigmatisierung bei arabischen Patienten beobachtet wird:

Wie kann man einer Stigmatisierung entgegenwirken? Was kann man mit Öffentlichkeitsarbeit erreichen? Wie erreicht man, dass mehr Patienten professionelle Hilfe suchen? Sind die Maßnahmen, die in westlichen Ländern zur Entstigmatisierung erfolgreich durchgeführt wurden, auch auf muslimische/arabische Länder übertragbar?

Die interkulturelle Psychiatrie ist vielschichtig und schafft viel Raum für Diskussionen und Missverständnisse – diese Arbeit soll zur Diskussion anregen und einen Beitrag zu einem besseren gegenseitigen Verständnis leisten.

9. Limitationen der Studie

Die Untersuchungsgruppen der Studie sind relativ klein, so dass eine Generalisierung der gewonnenen Erkenntnisse nur bedingt möglich ist.

Die Patienten beider Gruppen zeigten ein relativ hohes Bildungsniveau. In Jordanien könnte dies damit zusammenhängen, dass das Krankenhaus in Fuheis relativ zentral, in der Nähe der Hauptstadt Amman, liegt, so dass hier auch eher die städtische Bevölkerung und weniger die Menschen aus den weiter entfernten, ländlichen Gebieten behandelt werden. So lässt sich anmerken, dass die Studie in beiden Ländern eher die KK der städtischen Einwohner und weniger die KK der ländlichen Patienten darstellt. Möglicherweise sind die traditionellen Einstellungen

bezüglich der Ursachen- und Behandlungsannahmen, die immer noch eine nicht zu verachtende Rolle bei KK psychiatrischer Erkrankungen in arabischen Ländern spielen (Okasha, 2001b), eher in den ländlichen Gebieten zu finden.

Demographisch ist im Rahmen der zunehmend voranschreitenden Industrialisierung sowohl in Jordanien als auch in Deutschland eine zunehmende Abnahme der Bevölkerung in den ländlichen Abschnitten zugunsten der Städte zu beobachten. In Jordanien leben ca. 74% der Bevölkerung und in Deutschland 88% zentral (United Nations, 2006).

In den letzten 20 Jahren erfuhr die psychiatrische Forschung in den arabischen Ländern einen deutlichen Zuwachs (El Rufaie und Daradkeh, 2001), dennoch hat diese methodische Schwierigkeiten zu überwinden, da es noch an adäquaten, arabischen Untersuchungsinstrumenten mangelt (Ghubash, 2001). Die zur Verfügung stehenden validen Untersuchungsinstrumente stammen aus westlichen Ländern und sind auch für diese Kulturkreise konzipiert worden (El Rufaie und Daradkeh, 1997). Um im Rahmen dieser Studie derartige Schwierigkeiten zu minimieren, wurden die deutschen Fragebögen ins Arabische übersetzt um, soweit wie möglich, kultur- und sozialspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Obwohl diese Maßnahmen durchgeführt wurden, ist eine Verallgemeinerung der gewonnenen Erkenntnisse eingeschränkt.

10. Zusammenfassung

Thema:

Die vorliegende Arbeit ist eine soziokulturelle Studie, die subjektive Krankheitskonzepte schizophrener Patienten aus Deutschland mit denen aus Jordanien vergleicht. Die gleiche Krankheit wird in zwei verschiedenen Kulturkreisen erforscht. Es soll geprüft werden, inwieweit die Betrachtungsweise deutscher Patienten sich von Patienten aus Jordanien unterscheidet. Weiterhin wird ein Einblick in die sozialen und kulturellen Besonderheiten der jordanischen und muslimischen Gesellschaft gegeben, die zum Verständnis und Erklärung möglicher Unterschiede beitragen soll.

Methodik:

Es wurden zwei vergleichbare Gruppen untersucht. Eine deutsche Gruppe mit 23 und eine jordanische mit 24 Patienten. Die persönliche Anamnese und soziale Daten wurden erhoben. Zur Erfassung der Krankheitskonzepte wurden drei Instrumente verwendet:

1. zwei Fragebögen (Angermeyer, Linden)
2. das Repertory Grid, eine besondere Form des Interviews, die es ermöglicht, auf idiographischem Wege interne Konstrukte zur Beschreibung der eigenen Erkrankung zu gewinnen und quantitativ einzuschätzen.
3. zwei „offene“ Fragen, die auf die Ursache der Erkrankung und deren Beeinflussbarkeit zielten.

Ergebnisse:

Die jordanischen Patienten tendieren zu einer esoterischen, religiös geprägten Ursachenannahme und erachten ihre Krankheit als schicksalhafter und nicht durch personeninterne Faktoren beeinflussbar, ganz im Gegensatz zu den deutschen Patienten. Jordanische Patienten sehen sich in den meisten Fällen nicht selbst verantwortlich für die Erkrankung, wie es die deutschen Patienten tun, und empfinden ihre Erkrankung als bedrohlicher. Die jordanischen Patienten zeigen mehr Arztvertrauen als die deutschen. Bezüglich der biologischen Ursachenannahmen, des Medikamentenvertrauens und der Notwendigkeit der Prophylaxe, ist in beiden Gruppen eine gleiche Bewertung zu erkennen. Die deutschen Patienten nannten die Einsamkeit als einer der Ursachen und wünschten sich einen engeren Kontakt zu Familie und Freunden, Hilfe durch dieselben wurde nicht genannt. Die jordanische Gruppe hingegen wünschte sich eher Abstand zur Familie oder erwartete, bei harmonischem Verhältnis, eine Unterstützung von den Angehörigen/Freunden. Zusätzlich wurde von den jordanischen Patienten die Einbeziehung der Religion in die Therapie gewünscht.

Diskussion:

Die Ergebnisse sind auf die unterschiedliche Kultur, Gesellschaftsstruktur und Religiosität zurückzuführen. Die Religion nimmt einen wichtigen Stellenwert im Leben der Jordanier ein, anders als es in Deutschland der Fall ist. Unerklärliche Dinge werden mit Gott als Urheber erklärt, was sie bedrohlicher macht, denn somit sind diese kaum durch die eigene Person zu beeinflussen.

Weiterhin spielt die soziale Konformität in einer kollektivistischen Gesellschaft, wie es die jordanische ist, eine wichtige Rolle. Durch eine übernatürliche Erklärung erfährt der Erkrankte meistens keine Schuldzuweisung, die Krankheit wird dadurch besser in der Gesellschaft akzeptiert. In Deutschland wird die Individualität des Einzelnen gefördert und betont, so dass die Erkrankung eher als selbstverantwortlich und prinzipiell beeinflussbar angesehen wird, wie die Ergebnisse zeigen.

Ein höheres Arztvertrauen ist mit dem unterschiedlichen Arztbild in beiden Ländern zu erklären: anders als in Deutschland ist der Mediziner in Jordanien immer noch eine Respektperson. So ist auch das Vertrauen in Medikamente, als Anordnung vom Arzt, in Jordanien, trotz esoterisch geprägtem Krankheitskonzept, relativ hoch.

Ein Ergebnis spiegelt die verschiedene, soziale Struktur in beiden Ländern wider: die deutschen Patienten nennen Einsamkeit als Ursache, die Jordanier wünschen sich Abstand. In Jordanien sind die familiären Bindungen sehr eng, was die Privatsphäre des Einzelnen stark einschränken kann. In Deutschland sind die Abstände – räumlich und emotional – größer, wodurch es eher zur Einsamkeit und Isolation kommen kann.

Schlussfolgerung:

Aufgrund der unterschiedlichen ethnischen Herkunft beider Gruppen existieren verschiedene Krankheitskonzepte, die es in der Diagnostik zu eruieren und in der Therapie zu integrieren gilt, um eine gute Compliance, Patientenzufriedenheit sowie ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen.

11. Anhang

11.1. Facharztausbildungs-Katalog für Psychiatrie in Jordanien

Ausgegeben vom Gesundheitsministerium
Abteilung für Medizinische Ausbildung:
Das nationale Zentrum für Mentale Gesundheit- Wissenschaftliches Komitee

Inhalte der Ausbildung:

1. Psychopathologie
2. Die verschiedenen Schulen der medizinischen Psychologie
3. Grundlegende Methoden der Statistik und Recherche
4. Biologische Wissenschaften in Beziehung zu Psychiatrie
5. Psychologische und soziokulturelle Wissenschaften in der Psychiatrie
6. Untersuchung des psychiatrischen Patienten
7. Nosologie und Klassifikation in der Psychiatrie
8. Geschichte der Psychiatrie
9. Kinder und Jugendpsychiatrie
10. Erwachsenenpsychiatrie
11. Psychiatrie in der Geriatrie
12. Forensische Psychiatrie
13. Gesellschaftspsychiatrie
14. Abhängigkeit
15. Psychosexuelle Störungen
16. Organisch begründete Psychiatrie
17. Physikalische Methoden der Therapie
18. Psychologische und soziale Methoden der Therapie
19. Geistige Störungen
20. Administrative Psychiatrie
21. Sozialpsychiatrie und vorbeugende Psychiatrie
22. Allgemeinmedizin und Psychiatrie

Ausführlichere Katalogbeschreibung:

Die Kurse mit den unterschiedlichen Inhalten werden im Verlauf der Ausbildung sowohl klinisch als auch theoretisch in Form von Vorlesungen mit einer vorgeschriebenen Mindestanzahl von Stunden abgehalten.

Zum Abschluss eines Faches wird eine schriftliche u/o mündliche und eine praktische Prüfung abgehalten. Zum Bestehen ist eine Gesamtwertung von mindestens 60% zu erreichen.

1. Psychopathologie :

- Ziel: a. Die Fähigkeit abnormale psychologische Phänomene zu verstehen, zu definieren und Abweichungen in Form und Ausdehnung zu unterscheiden.
b. Die Grundlagen der beschreibenden Psychiatrie zu verstehen

2. Schulen der medizinische Psychiatrie

Ziel: Erlernen der verschiedenen psychologischen Theorien, welche abnormales Verhalten erklären

3. Grundlagen der Statistik und Methoden der Recherche

Ziel: a. Das Erlernen der statistischen Grundbegriffe und ihre Anwendung in wissenschaftlichen Journalen

b. Erlernen der verschiedenen Methoden der Recherche und Fähigkeit der kritischen Auseinandersetzung

4. Biologische Wissenschaften in Beziehung zur Psychiatrie

Ziel: Biologische Grundlagen, Erklärungsmodelle, biolog. Determinanten des Schlafes, Anatomie, Physiologie, Biochemie, Psychopharmakologie, Genetik

5. Psychologische und soziokulturelle Wissenschaften in der Psychiatrie

Ziel: Erlernen regelrechter psychologischer Funktionen und Prozesse um diese von pathologischen unterscheiden zu können. (Lerntheorien, Ethnologie, Familie und Psychiatrie, Soziologie und Psychiatrie)

6. Untersuchung des psychiatrischen Patienten

Ziel: Wie diagnostiziere ich psychische Störungen? (psych. Anamnese und Gesprächsführung, Persönlichkeitsstruktur, Mental State Examination)

7. Nosologie und Klassifikation in der Psychiatrie

Ziel: Kenntnisse über die Prinzipien der Klassifikation von Psychiatrischen Diagnosen und deren geschichtlichen Hintergrund

8. Geschichte der Psychiatrie

Ziel: Studium über die Entwicklung in der Psychiatrie über die Jahre und die Verbindung zu anderen Wissenschaften (alte und moderne Psychiatrie, Felder der Psychiatrie, Psychiatrie in Jordanien)

9. Kinder und Jugendpsychiatrie

Ziel: Verständnis und Lehre über die Natur und Entstehung von psychiatrischen Störungen in der Kindheit (Psychiatrische Anamnese beim Kind, Klassifikation, Störungen im Vorschulalter, Autismus und andere Psychosen des Kindesalters, Hyperkinetische Kinder, Sprachstörungen, psychosomatische Störungen, atypische psycho-sexuelle Entwicklung...)

10. Erwachsenenpsychiatrie

Ziel: Erkennung und Behandlung psych. Störungen bei Erwachsenen, Inzidenz, Prävalenz, klinische Ausprägung, Typen, Komplikationen, Prognosen (z.B.: Affektive Störungen, Schizophrenie, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholabusus und Tablettenabusus, Organische Störungen, Epilepsie)

11. Psychiatrie in der Geriatrie

Ziel: erkennen der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im hohen Alter und deren Therapie (regelrechter Alterungsprozess, funktionelle Störungen, Organische Störungen, Demenz, Therapie und Versorgung)

12. Forensische Psychiatrie

Ziel: a. Beziehung zwischen Gesetz und Psychiatrie

b. Zugang zu mental gestörten Delinquenten c. Erstellen von Gutachten d. Die Rolle des Psychiaters als Zeuge

e. Management psychischer Störungen im Gefängnis f. Bewerten und Einleiten von Betreuungen (z.B.: Ätiologie kriminellen Verhaltens, Psychiatrische Aspekte von Mord und Totschlag, Sexuelle Straftaten..)

13. Gesellschaftspsychiatrie

Ziel: Eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu entwickeln und Erstellung von psychiatrischen Einrichtungen in der Gesellschaft (historische Entwicklung von Sozial-Psychiatrie, Vor- und Nachteile von Gesellschaftspsychiatrie in Entwicklungsländern, rolle des Familienarztes, Sozialarbeiter, Krankenschwester in der Psychiatrie und Konzepte der Rehabilitation in der Psychiatrie)

14. Abhängigkeit

Ziel: Erlernen der Motive und begleitenden Faktoren in der Entwicklung von Abhängigkeit, verschiedenen Formen der Abhängigkeit, Psychologische und medizinische Komplikationen der Abhängigkeit und ihre Therapie (Klassifikationen der Abhängigkeit, Stadien der Abhängigkeit, Alkohol- und Tablettenabusus, Halluzinogene und Haschisch, Therapie und Vorsorgemöglichkeiten verschiedener Abhängigkeiten)

15. Sexuelle Störungen

Ziel: Fähigkeit sexuelle Dysfunktionen zu erkennen und zu klassifizieren, sowie verschiedene Behandlungsmethoden (Klassifikation, psych- und organische Ursachen sexuelle Störungen, sexuelle Dysfunktionen, Störungen sexueller Orientierung, Störung der Geschlechtsidentität)

16. Organisch begründete Psychiatrie

Ziel: Erkennen und behandeln von organischen Störungen und deren Unterscheidung von funktionellen psychiatrischen Störungen (Klassifikation, Delirium, Demenz, Epilepsie, Psychiatrische Aspekte von Schädelhirntraumata)

17. Physikalische Methoden der Therapie

Ziel: Erlernen der Pharmakotherapie in der Psychiatrie, Anwendung und Kontraindikation von Elektrokonvulsiver Therapie (Antidepressiva, Medikation bei Angststörungen, Anti-psychotische Medikation, Antikonvulsive Therapie, ECT)

18. Psychologische und soziale Methoden der Therapie

Ziel: Indikation und Grenze der Psycho- und Soziotherapie und Erlernen der Führung von Gruppen-Psychotherapie und herkömmliche Formen der Verhaltenstherapie (Definition und Ursprung der Psychotherapie, Individuelle Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Ehe- und Familientherapie, Behavioristische Psychotherapie)

19. Geistige Störungen

Ziel: Training zur Erkennung von geistiger Retardation ,Grad der Retardation und deren Therapie (Definition und Epidemiologie, Klassifikation und Ätiologie, Management und Prävention)

20. Administrative Psychiatrie

Ziel: a. Organisation von Psychiatrischem Kundendienst, Vorstellung nationaler Versorgungseinrichtungen als integrativer Bestandteil des Gesundheitssystems
b. Möglichkeit der aktiven Teilnahme und den bestehenden Organisationen und deren Unterstützung (Organisation psychiatrischer Hilfseinrichtungen, Organisation psychiatrischer Krankenhäuser, Wohnheime)

21. Sozialpsychiatrie und vorbeugende Psychiatrie

Ziel: Evaluierung von sozialen Faktoren in der Ätiologie, Verlauf und Ursache psychischer Erkrankungen, Erkennen von sozialen Unfähigkeiten in Bezug auf psych. Störungen sowie deren Prävention (Soziale Faktoren psych. Störungen (Arbeitslosigkeit, Scheidung, Armut, Selbstmord, Prävention in der Psychiatrie)

22. Allgemeinmedizin und Psychiatrie

Ziel: a. Erlernen der psychiatrischen Manifestation von Krankheiten wie Hypothyreose, M.Parkinson
b. Kenntnisse über die körperliche Ausprägung psychischer Krankheiten wie z.B. Anorexie
c. Interaktionen zwischen psychiatrischer Medikation und Medikamente in der Inneren Medizin (Einführung in die psychosomatische Medizin, Psychiatrie und kardiovaskuläre Erkrankungen, Psychiatrie und pulmonale Erkrankungen,...)

11.2. Tabellen

Name:			Geschlecht: m/w	
Alter:		Jahre	Schulbildung:	
Familienstand:			Beruf:	
Anzahl der Kinder:			Wohnsituation:	
Diagnose(n):				
				ICD 10
Alter bei Erstmanifestation:				
				Jahre
Anzahl der Erkrankungsphasen /-episoden:				
Gesamtdauer der Krankenhausaufenthalte:				
				Monate
Dauer der jetzigen Erkrankung:				
				Tage
Aktuelle Medikation:	Präparat		Dosis	
Dauermedikation:	Präparat		Dosis	Zeitraum
Behandlungstag:			Datum d. Untersuchung:	
Uhrzeit:		bis	Dauer:	
Untersucher:				
Bemerkungen:				

Tab. 15: Allgemeiner Erhebungsbogen für alle befragten Patienten

12. Literaturverzeichnis

Adams MB. The Wellborn Science: Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia. New York: Oxford University Press, 1990

Adler Y, Rauchfleisch U, Mullejans R. Significance of concepts about illness attribution and treatment expectations in the initial treatment phase. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1996; 46: 321-326

Ahrens S, Elsner H. Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1982; 28: 335-346

Al Gazali HM. Ihya ulum al-din - dt. Die Wiederbelebung der religiösen Wissenschaften. In: univadis[®], Hrsg. Ilkilic- At-Tawakkul, 2007
http://www.kultur-gesundheit.de/projekt/pressespiegel/dokumente/2007_12_02_univadis_interview.pdf (Zugriffsdatum: 02.09.2009)

Al Khani MA, Bebbington PE, Watson JP, House F. Life events and schizophrenia: a Saudi Arabian Study. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 12-22

Al-Krenawi A. Explanations of mental health symptoms by the Bedouin-Arabs of the Negev. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 56-64

Al-Krenawi A. Mental health practice in Arab countries. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 560-4

Al-Krenawi A, Graham JR. Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health Soc Work* 2000; 25: 9-22

Al-Krenawi A, Graham JR, Maoz B. The healing significance of the Negev's Bedouin Dervish. *Soc Sci Med* 1996; 43:13-21

Al-Krenawi A, Graham JR, Ophir M, Kandah J. Ethnic and gender differences in mental health utilization: the case of Muslim Jordanian and Moroccan Jewish Israeli out-patient psychiatric patients. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47: 42-54

Al-Rashid Hospital Center, 2009: Homepage.
<http://www.alrashid-hospital.com/index.php?pg=TUFJTIBQQUdF>
 (Zugriffsdatum: 03.09.2009)

Androutsopoulou C, Livaditis M, Xenitidis KI, Trypsianis G, Samakouri M, Pastelmatzi A, Tzavaras N. Psychological problems in Christian and Moslem primary care patients in Greece. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32: 285-294

Angermeyer MC. Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiat Prax* 2004; 31: 246-250

Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of life as defined by schizophrenic patients and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47: 34-42

Angermeyer MC, Klusmann D. The Causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives I. Patients point of view. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988; 238: 47-54

Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51: 276-284

Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 202-210

Angermeyer MC, Winkler I. Wer, was, wie viel, wo? Eine Analyse der Publikationen deutscher Autoren zu sozialpsychiatrischen Themen in wissenschaftlichen Zeitschriften. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 368-375

Atallah SF, El-Dosoky AR, Coker EM, Nabil KM, El-Islam MF. A 22-year retrospective analysis of the changing frequency and patterns of religious symptoms among inpatients with psychotic illness in Egypt. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 407-415

Auswärtiges Amt, 2009: Länderinformationen: Jordanien.
<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01-Laender/Jordanien.html> (Zugriffsdatum: 03.09.2009)

Auswärtiges Amt, 2009: Tatsachen über Deutschland. <http://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/de/inhaltsseiten-home/zahlen-fakten/bevoelkerung.html> (Zugriffsdatum: 03.09.2009)

Azaizeh H, Saad B, Cooper E, Said O, 2008: Traditional Arabic and Islamic Medicine, a Re-emerging Health Aid.
<http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/nen039v1> (Zugriffsdatum: 5.09.2009)

Balasubramanian S, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *Brit J Psychiatry* 2007; 190: 243-247

Banger M, Driter J, Jahn V, Klumm H. Integration eines Migrationspädagogen in das therapeutische Setting einer Suchtabteilung. *Krankenhauspsychiatrie* 2005; 16: 139-143

Baumann AE, Zäske H, Decker P, Möller HJ, Gaebel W. Öffentlichkeitsaufklärung -Entstigmatisierung schizophrener Erkrankungen. *psychoneuro* 2004; 30: 624-627

Bebbington P, Hamdi E, Ghubash R. The Dubai Community Psychiatric Survey IV. Life events, chronic difficulties and psychiatric morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 501-509

Becker MH, Radius SM, Rosenstock IM, Drachman RH, Schuberth KC, Teets KC. Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model. *Public Health Rep* 1978; 93: 268-277

Benjamin J, Sadock MD. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2000

Bildungsministerium des Königreiches Jordanien, 1994: Bildungsgesetz.
<http://www.moe.gov.jo> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Bischoff C, Zenz H. Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1989

Brislin RW. Translation and content analysis of oral and written materials. In: Triandis HC, Berry JW, eds. Handbook of cross-cultural psychology. Boston: MA Allyn & Bacon, 1980: 389-444

Budd RJ, Hughes IC, Smith JA. Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. Br J Clin Psychol 1996; 35: 393-397

Bundesärztekammer, 2007: Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2007. <http://www.baek.de/page.asp?his=0.3.6097> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006. Berlin: Robert Koch Institut, 2006

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009: Eugenik, Sterilisation, fremdnützige Forschung. In: „Einmischen-mitmischen“ Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen. http://www.einmischen-mitmischen.de/index.php?option=com_content&view=article&id=140&Itemid=55 (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Burton J. An Introduction to the Hadith. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1994

Callan A, Littlewood R. Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model?. Int J Soc Psychiatry 1998; 44: 1-11

Carter DJ, Rashidi A. Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness. Health Care Women Int 2003; 24: 399-413

Chaleby K. Social phobias among Saudis. Soc Psychiatry 1987; 22: 167-170

Ciampi L. The effect of psychosocial factors in schizophrenia. Theoretical and practical-therapeutic consequences. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1995; 146: 207-214

Coker EM. Selfhood and social distance: toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. Soc Sci Med 2005; 61: 920-930

Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. Psychiatr Serv 2005; 56: 551-556

Crapanzano V. Die Hamadsa: Eine ethnopsychiatrische Untersuchung in Marokko. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981

Department of Statistics (DOS) in Jordan, 2009: Jordan in Figures 2006.
http://www.dos.gov.jo/jorfig/2006/jor_f_e.htm (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Deutsche Krebsgesellschaft, 2009: Eierstockkrebs, Ovarialkarzinom – Entstehung und Ursache.
http://www.krebsgesellschaft.de/db_eierstockkrebs_ursache_und_risikofaktoren,4146.html (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2009: Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Dietrich S, Heider D, Matschinger H, Angermeyer MC. Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 318-322

dokumentArchiv.de, 2009: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. <http://www.documentarchiv.de/ns/erbk-nws.html> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Dols MW. Insanity and its treatment in islamic society. *Med Hist* 1987; 31: 1-14

Dreßen W. Die pädagogische Maschine. Zur Geschichte des industrialisierten Bewußtseins in Preußen/Deutschland. Frankfurt/M. – Berlin - Wien: Ullstein, 1982

Dubovsky SL. Psychiatry in Saudi Arabia. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1455-1459

Dwairy M. Addressing the repressed needs of the Arabic client. *Cult Divers Ment Health* 1997; 3: 1-12

Dwairy M. Mental health in Arab society. In: A. S. Bellack AS, Hersen M, eds. *Comprehensive Clinical Psychology*. Oxford: Pergamon, 1998; 10: 313-324

Dwairy M. Revising psychology: A Cross-cultural critique on theories of psychology. *Derasat Nafseyah* 2004; 14: 3-29

EI Islam MF. Rehabilitation of schizophrenics by the extended family. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65: 112-119

EI Islam MF. Social psychiatry and the impact of religion. In: Okasha A, Maj M, eds. *Images in psychiatry: an Arab perspective*. Cairo, Egypt: Scientific Book House, 2001: 20-36

EI-Rufaie O, Daradkeh TK. Psychiatric screening in primary health care: Transcultural application of psychiatric instruments. *Primary Care Psychiatry* 1997; 3: 37-43

El Rufaie O, Daradkeh TK. Arab psychiatric screening scales. In: Okasha A, Maj M, eds. Images in psychiatry: an Arab perspective. Cairo, Egypt: Scientific Book House, 2001: 255-271

Ferchl D. Al-Buchari (810–870), Sahih al-Buchari, al-Dschami as-sahih („Die gesunde/authentische Sammlung“) Nachrichten von Taten und Aussprüchen des Propheten Muhammad. Stuttgart: Reclam, 1991

Filipp SH. Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand. In: Schwarzer R, Hrsg. Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, 1990: 247-263

Fisher JD, Farina A. Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. J Abnorm Psychol 1979; 88: 320-327

Flaskerud JH. Ethnicity, culture, and neuropsychiatry. Issues Ment Health Nurs 2000; 21: 5-29

Franz M, Lujic C, Koch E, Wüsten B, Yürük N, Gallhofer B. Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Psychiatr Prax 2007; 34: 332-338

Fromm M. Repertory Grid Methodik. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1995

Gawad MS, Arafa M. Transcultural Study of Depressive Symptomatology. Egypt J Psychiatr 1980; 3: 163-182

Gesundheitsministerium von Jordanien – Ministry of Health, 2008: Health Net. http://www.moh.gov.jo/MOH/En/health_net.php (Zugriffsdatum 03.04.2008)

Gesundheitsministerkonferenz, 2007: Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_80&id=80_10.02 (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Ghubash R. Epidemiological studies in the Arab world. In: Okasha A, Maj M, eds. Images in psychiatry: an Arab perspective. Cairo, Egypt: Scientific Book House, 2001: 37-51

Goldziher I. Muhammedanische Studien. Bd. II. Halle: Olms, 2004

Grundewald K, 1988: Verhütung in Schweden. <http://bidok.uibk.ac.at/library/grunewald-verhuetung.html> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Häfner H. Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Krankenhauspsychiatrie 2000; 11: 145-157

Hartkamp N. Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. psychoneuro 2004; 30: 109-111

Heise T, Pfefferer-Wolf H, Leferink K, Wulff E, Heinz A. Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 2001; 72: 231-233

Hofer E, Wancata J, Amering M. „Ich bin ein unverstandenes Wesen auf Erden“ Krankheitskonzepte von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie vor und nach Psychoedukation. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 287-291

Holzinger A, Angermeyer MC. Current Topics of Social-Psychiatric Research in German Speaking Countries: A Content Analysis of Scientific Journals. *Psychiatr Prax* 2003; 30: 424-437

Holzinger A, Löffler W, Angermeyer MC. Vorstellungen schizophrener Patienten über die Ursachen ihrer Erkrankung. *PPmP – Psychother Psychosom Med Psychol* 2001; 51: 328-333

Holzinger A, Löffler W, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *Nerv Ment Dis* 2002; 190: 597-603

Holzinger A, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Die Prognose der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 154-159

Holzinger A, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Etiology of schizophrenia from the viewpoint of the patient. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 174-179

Holzmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B. Foreign patients in inpatient treatment in a psychiatric university clinic with community service. *Psychiatr Prax* 1994; 21: 106-108.

Ilkilic I. Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. *Dtsch med Wochenschr* 2007; 132: 1587-1590

Ilkilic I, 2007: At-Tawakkul.

http://www.kultur-gesundheit.de/projekt/pressespiegel/dokumente/2007_12_02_univadis_interview.pdf (Zugriffsdatum: 02.04.2009)

Issa P, 2009: Das Vertrauen auf Allah (At-Tawakkul). <http://www.al-islam.de/020613.htm> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Jahraus V, Aspenleiter H, Steinberg R. Ergebnisse der Elektrokrampftherapie (EKT) bei der Behandlung psychischer Störungen. *Krankenhauspsychiatrie* 2004; 15: 23-27

Jamison KR. The many stigmas of mental illness. *The Lancet* 2006; 367: 533-534

Jordan Association of Psychiatrists, 2009: Medical Index for the Middle East And The Arab Countries. <http://medicsorg.tripod.com/jap.htm> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

- Kaba R, Sooriakumaran P.** The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* 2007; 5: 57-65
- Kareem J.** Conflicting concepts of mental health in a multi-cultural society. *Psychiatr Clin* 1978; 11: 90-95
- Katchadourian H.** A comparative study of mental illness among the Christians and Moslems of Lebanon. *Int J Soc Psychiatry* 1974; 20: 56-67
- Kelly GA.** The psychology of personal constructs Vol.1 and 2. New York: Norton, 1955
- Kelly GA.** Die Psychologie der persönlichen Konstrukte. Paderborn: Junfermann, 1986
- Kelly GA, Mamon JA, Scott JE.** Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Soc Sci Med* 1987; 25: 1205-1211
- Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG.** Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2006; 49: 873-883
- Klee E.** „Euthanasie im NS-Staat“. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt am Main: Fischer, 1985
- Kluge U.** "Der Dritte im Raum" - Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. *Psychiat Prax* 2007; 34: 359-360
- Koch E, Hartkamp N, Schouler-Ocak M.** Patienten mit Migrationshintergrund - eine Umfrage zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung. *Psychiat Prax* 2007; 34: 361-362
- Koutsouleris N, Schlossbauer T, Born C, Reiser M, Möller HJ, Meisenzahl EM.** Anwendung der Elektrokrampftherapie bei therapie-resistenten depressiven Patienten: Eine DTI Studie. *Klin Neurophysiol* 2007; 38: 321
- Krämer G.** Die Anwendung der Elektrokrampftherapie, einer umstrittenen Therapieform. *Psych Pflege* 2004; 10: 302-306
- Kraft B, Georgi von R, Bohlmann MK, Sehouli J, Münstedt K.** Laienätiologische Krankheitskonzepte und ihre mögliche Bedeutung für die Prävention. *Geburtsh Frauenheilk* 2004; 64: 504-512
- Krippendorf K.** Content analysis: an introduction to its methodology. London: Sage, 1980.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW), 2005:** "Kirchen in NRW verlieren weiterhin Mitglieder" – Pressemitteilung, 16. August 2005.
http://www.lds.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2005/pres_135_05.html
 (Zugriffsdatum: 22.09.2008)

Landschaftsverband Rheinland, 2009: Rheinische Kliniken Bonn.
<http://www.rk-bonn.lvr.de/> (Zugriffsdatum: 06.09.2009)

Landschaftsverband Rheinland, 2009: Rheinische Kliniken Düren.
<http://www.rk-dueren.lvr.de/> (Zugriffsdatum: 06.09.2009)

Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 157-178

Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Brit J Clin Psychology* 1982; 21: 241-125,

Linden M. Die Veränderung von Krankheitsmodell und Compliance bei schizophrenen Patienten. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U, Hrsg. *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 1982

Linden M. Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatr Prax* 1985; 12: 8-12

Linden M, Nather J, Wilms HU. Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Forts Neurol Psychiatrie* 1988; 56: 35-43

Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 123-129

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Ann Rev Sociol* 2001; 27: 363-385

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89: 1328-1333

Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004; 30: 511-541

Littlewood R. Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. *Lancet* 1998; 352: 1056-1057

Littlewood R. Psychotherapy in cultural contexts. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 507-522

Lo HT, Fung KP. Culturally competent psychotherapy. *Can J Psychiatry* 2003 ; 48: 161-170

Löffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer MC. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36: 105-112.

Luderer HJ, 1999: Geschichte der Psychiatrie.
<http://www.lichtblick-newsletter.de/historisch1.html> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Machleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2002; 73: 1208-1209

Machleidt W. Migration, Integration und psychische Gesundheit. *Psychiat Prax* 2005; 32: 55-57

Machleidt W, 2007: Migration, Kultur und seelische Gesundheit.
<http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2007/machleidt.pdf> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studienverlag, 1988.

Mertens W. Psychoanalyse. Geschichte und Methoden. München: C. H. Beck, 2004

Meyendorf R, Neundörfer G. Geschichte und aktueller Stand der Elektrokonvulsivtherapie. In: Baghai TC, Frey R, Kasper S, Hrsg. Elektrokonvulsivtherapie-klinische und wissenschaftliche Aspekte. Wien: Springer, 2004

Meyers Lexikonverlag, 2007: Djinn.
<http://lexikon.meyers.de/index.php?title=Djinn&oldid=170860>
(Zugriffsdatum: 12.02.2009)

Mobaraky GH (). Islamic view of mental disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 561

Möller H-J, Angermeyer MC, Bandelow B, Deschle M, Kissling W, Linden M, Naber D, Schmauß M, Voderholzer U. Compliance bei Schizophrenie und vergleichbaren psychotischen Störungen. Basis für ein erfolgreiches Therapiekonzept. *Psychopharmakotherapie* 2007; 14: 14-22.

Mohit A. Mental health and psychiatry in the Middle East: historical development. *East Mediterr Health J* 2001; 7: 336-347

Mueller S, Katsares I, Klapp C, Lichtenegger W, Sehouli J. Laienätiologische Vorstellungen bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom. Ergebnisse einer monozentrischen Untersuchung. *Geburtsh Frauenheilk* 2006; 66: 359-364

NMSU and the U.S. Department of Agriculture. Ancient Roots, Modern Medicine. Jordan. The Middle East-Traditional Healers.
©2003 NMSU Board of Regents, All Rights Reserved.
http://www.rootsandmedicine.com/jordan/trad_healers.html
New Mexico State University is an equal opportunity/affirmative action employer and educator. NMSU and the U.S. Department of Agriculture cooperating.

Nobles AY, Sciarra DT. Cultural determinants in the treatment of Arab Americans: a primer for mainstream therapists. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70:182-91

Oberlechner T, 2005: Metaphern in der Psychotherapie.
<http://www.vrp.at/publikationen> (Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Okasha A. Egyptian contribution to the concept of mental health. East Mediterr Health J 2001a; Vol.7, No.3: 377-380

Okasha A. History of mental health in the Arab world. In: Okasha A and Maj M, eds. Images in psychiatry: an Arab perspective. Cairo, Egypt: Scientific Book House, 2001b: 3-20

Okasha A, Karam E. Mental health services and research in the Arab world. Acta Psychiatr Scand. 1998; 98: 406-413

Okasha A, Maj M. Preface. In: Okasha A, Maj M, eds. Images in psychiatry: an Arab perspective. Cairo, Egypt: Scientific Book House, 2001: 2

Opaschowski HW. Deutschland 2030. Wie wir in Zukunft leben. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2008.

Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PM. The Measurement of Meaning. Urbana: University of Illinois Press, 1957

Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Reports 1962; 10: 799-812

Patel VL, Arocha JF, Kushniruk AW. Patients' and physicians' understanding of health and biomedical concepts. Journal of biomedical informatics 2002; 35: 8-16

Pinel P, 2009 : Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale 1801
<http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76576&I=16&M=tdm>
 (Zugriffsdatum: 22.07.2008)

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. Definition: Sozialpsychiatrie. Berlin - New York: de Gruyter, 1990: 1558

Rassoul MA. Die ungefähre Bedeutung des Quran Karim in deutscher Sprache. Köln: IB, Verlag Islam. Bibliothek, 1986

Regen F, Bajbouj M, Angheliescu I, Folkerts H. Pro und Kontra: Indikationsausweitung der Elektrokrampftherapie. Psychiat Prax 2005; 32: 378-380

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. Psychiat Prax 2005; 32: 221-232

Rüschhoff SI. The importance of Islam religious philosophy for psychiatric practice. Psychiatr Prax 1992; 19: 39-42

Saad B, Azaizeh H, Said O. Tradition and perspectives of arab herbal medicine: a review. Evid Based Complement Alternat Med. 2005; 2: 475-479

Sartorius N, 2006: Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1157.1171>

(Zugriffsdatum: 04.05.2009)

Sartorius N. Stigma and mental health. *The Lancet* 2007; 370: 810-811

Schaefer U, Bischoff C. Qualitative analysis of subjective concepts of illness

PPmP – Psychother Psychosom Med Psychol 2002; 52: 9-10

Scharfetter, Bridler R. Überlegungen zu Versorgungsangeboten für psychisch kranke Migranten. *Psychiat Prax* 2007; 34: 360-361

Scheer JW, Catina A. Einführung in die Repertory Grid-Technik. Band 1: Grundlagen und Methoden. Bern: Hans Huber Verlag, 1993

Schmidt JU, 2002: Geschichte der Psychiatrie.

<http://www.psychiatrie-aktuell.de/bgdisplay.jhtml?itemname=geschichte>

(Zugriffsdatum: 05.09.2009)

Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Res* 2006; 144: 233-236

Schreiber M, Lenz K, Lehmkuhl U. Between environmental pollution and will of God: concepts regarding illness of Turkish and German girls.

Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2004; 53: 419-433

Slater P. The Measurement of intrapersonal space by grid technique. Vol.1 Explorations of intrapersonal space. London - New York – Sydney – Toronto: Wiley, 1976

Slater P. The Measurement of intrapersonal space by grid technique. Vol.2 Dimensions of intrapersonal space. London - New York – Sydney – Toronto: Wiley, 1977

Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2006

Stein D. Views of mental illness in Morocco: Western medicine meets the traditional symbolic. *CMAJ* 2000; 163: 1468-1470

Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs* 2006; 20:99-106

Takriti A. Psychiatry in Jordan. *Int Psychiatry* 2004; 5: 9-11

UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees, 2007: Iraker in Jordanien: Die Situation spitzt sich zu.

<http://www.unhcr.de/aktuell/einzelansicht/browse/17/article/5/iraker-in-jordanien-die-situation-spitzt-sich-zu.html> (Zugriffsdatum: 20.04.2009)

United Nations. World statistics pocketbook. (26th ed.). New York: United Nations Publ, 2006

Van Ommeren M. Validity issues in transcultural epidemiology. *Brit J Psychiatry* 2003; 182: 376-378

Wahass S, Kent G. A comparison of public attitudes in Britain and Saudi Arabia towards auditory hallucinations. *Int J Soc Psychiatry* 1997; 43: 175-183

Watkins P. Ethnicity and clinical practice. *Clin Med JRCPL* 2003; 3: 197-198

Welt-in-Zahlen.de, 2007: Ländervergleich.
<http://www.welt-in-zahlen.de/laendervergleich.phtml> (Zugriffsdatum: 10.01.2007)

Wilm S, 2005: Vorlesung Allgemeinmedizin WS2005/2006 an der Universitätsklinik Düsseldorf am 28.10. 2005.
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/2005-10-28%20-%20Vorlesung%20-%20Krankheitskonzepte.doc?id=6100>
 (Zugriffsdatum: 22.03.2007)

Wilm S, Haase A, Kreuder B. Fragen Hausärzte ihre Patienten nach deren Krankheitskonzept? *Z Allg Med* 2003; 79: 586-590

Winkler I, Richter-Werling M, Angermeyer MC. Strategien gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und ihre praktische Umsetzung am Beispiel des Irrsinnig Menschlich e. V.. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 708-713

Wohlfart E, Hodzic S, Tülay Özbek T. Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart E, Zaumseil M, Hrgs. Berlin – Heidelberg: Springer, 2006: 143-167

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva - Switzerland: WHO, 1992.

Youssef HA, Youssef FA. Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. *Hist Psychiatry* 1996; 7: 55-62

Zaidan A. Al-'Aqida, Einführung in die Iman-Inhalte. Offenbach: ADIB-Verlag, 1999

Zbinden E. Die Djinn des Islam und der altorientalische Geisterglaube. Bern: Paul Haupt Verlag, 1953

Zemni S, Parker C. European Union, Islam and the challenges of multiculturalism: Rethinking the problematique. In: Hunter, Shireen T, eds. *Islam in Europe: The new Social Cultural and Political Landscape* Westport/Washington: Praeger Publishers, 2002: 231-244.

13. Danksagung

Die Arbeit kann nicht beendet werden ohne all denen meinen Dank auszusprechen, die zu ihrer Verwirklichung beigetragen haben.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. G. Schilling für seine Ideen in der Planung und seine Unterstützung bei der Durchführung meiner Dissertation.

Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. R. Conrad möchte ich besonders danken für die konstruktive und zeitintensive Unterstützung der Arbeit.

Dr. Mahmoud Sharif, sowie den Kollegen aus dem „National Mental Health Center“ in Fuheis-Amman, Jordanien und aus den Landeskrankenhäusern in Bonn und Düren für die Vermittlung geeigneter Patienten.

Meiner Familie und insbesondere meinem Mann für die Unterstützung und Entlastung.

Meinen Freunden Tania Meier und David Schah für das ausführliche Korrekturlesen.

Schließlich danke ich den Patienten, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen.