

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Innenstadt
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



**Transkulturelle Unterschiede
in der Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie
von depressiven Störungen**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Christiana Udeogu-Gözalán

aus

Leipzig

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Erster Gutachter:	Priv. Doz. Dr. Peter Zill
Zweite Gutachterin:	Priv. Doz. Dr. Gabriele Koller
Dritter Gutachter:	Priv. Doz. Dr. Günter Fröschl
Weitere Gutachter:	apl. Prof. Dr. Hans Strasburger
Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin:	Dr. Verena Labonte
Dekan:	Prof. Dr. med. Thomas Gudermann
Tag der mündlichen Prüfung:	18.10.2022

Meiner Familie gewidmet

“In spite of our psychiatry lectures and placements, the hours spent in the wards and outpatient clinics at the psychiatric hospital in Enugu, many of my classmates, myself included, still look at depression as a largely Western illness. The few cases that we have seen in the clinics in Nigeria have been mostly among the relatively affluent, and so we imagine that it is a luxury for those who can afford to ignore their more pressing immediate problems – what to eat and how to keep a roof over their heads – to indulge in afflictions of the mood.

And so I probe a little more, asking more questions, trying to disprove the evidence of my own eyes. How, I wonder, can a young woman who has grown up in this harsh environment, waking up early to fetch water, cook, clean, farm till late in the day, be suffering from depression?”

Aus: “People dont get depressed in Nigeria“ (Ike Anya, 2012)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	IX
Abstract	X
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis	XI
Abkürzungsverzeichnis	XII
1 Einleitung.....	1
1.1 Depressive Störungen als Volkskrankheit.....	1
1.2 Prävalenz depressiver Störungen im internationalen Vergleich	2
1.3 Forschungsfragen.....	3
2 Literaturrecherche.....	7
3 Wahrnehmung depressiver Störungen im internationalen Vergleich.....	13
3.1 Depressive Störungen als universelles Konstrukt	13
3.1.1 Ursachen depressiver Störungen	13
3.1.2 Definition, Klassifizierung und Symptomatik der depressiven Störungen	14
3.2 Regionale Unterschiede in der Symptomatik depressiver Störungen.....	20
3.2.1 Kultur als Software des Geistes.....	20
3.2.2 Symptome depressiver Störungen in verschiedenen Kulturen.....	22
3.3 Kulturelle Einflüsse auf Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen.....	25
3.3.1 Kulturelle Einflüsse auf die Anfälligkeit für depressive Störungen und die Widerstandskraft.....	25
3.3.2 Erklärmodelle für die Ursachen depressiver Störungen	27
3.3.3 Kulturabhängige Wahrnehmung, Bedeutung und Ausdruck von Emotionen.....	28
3.3.4 Sprachliche Darstellung von Emotionen und Symptomen	29
3.3.5 Selbstbild des medizinischen und psychologischen Personals und der Patienten.....	31
3.3.6 Stigmatisierung Betroffener	32
3.3.7 Kultursensitive Diagnostik von depressiven Störungen	34
3.3.8 Kultur-spezifische Therapie depressiver Störungen.....	35

3.3.9	Modell der kulturellen Einflüsse auf die Diagnostik und Prävalenz depressiver Störungen	37
3.4	Depressive Störungen im kulturellen Vergleich	41
3.4.1	Transkulturelle Unterschiede der betrachteten Länder	41
3.4.1.1	Individualistische und kollektivistische Kulturen	42
3.4.1.2	Feminine und maskuline Kulturen	44
3.4.1.3	Kulturen mit hoher oder niedriger Machtdistanz	45
3.4.1.4	Kulturen mit hoher oder niedriger Unsicherheitsvermeidung	45
3.4.2	Depressive Störungen in Deutschland.....	46
3.4.2.1	Daten zu depressiven Störungen in Deutschland.....	46
3.4.2.2	Ausgrenzung und Verfolgung in der jüngeren deutschen Geschichte.....	46
3.4.2.3	Stigmatisierung.....	49
3.4.2.4	Vertrautheit der Ärzt*innen mit depressiven Störungen.....	51
3.4.2.5	Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen.....	53
3.4.2.6	Migration und transkulturelle Aspekte	55
3.4.2.7	Zusammenfassung	56
3.4.3	Depressive Störungen in Nigeria	58
3.4.3.1	Nigeria: eine kurze Einführung.....	58
3.4.3.2	Daten zu depressiven Störungen in Nigeria	59
3.4.3.3	Risikofaktoren.....	61
3.4.3.4	Erklärmodelle der drei größten ethnischen Gruppen	62
3.4.3.5	Kolonialisierung, Verwestlichung und Modernisierung	63
3.4.3.6	Depressive Symptomatik	65
3.4.3.7	Vertrautheit der Bevölkerung mit depressiven Störungen und Stigmatisierung	66
3.4.3.8	Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen.....	68
3.4.3.9	Zusammenfassung	70
3.4.4	Depressive Störungen in Chile	73
3.4.4.1	Chile: eine kurze Einführung.....	73
3.4.4.2	Daten zu depressiven Störungen in Chile	74
3.4.4.3	Risikofaktoren für depressive Störungen in Chile.....	74
3.4.4.4	Erklärmodelle für depressive Störungen in Chile.....	75
3.4.4.5	Vertrautheit der Ärzt*innen mit depressiven Störungen.....	77
3.4.4.6	Anerkennung oder Stigmatisierung Betroffener.....	77
3.4.4.7	Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen.....	78

3.4.4.8 Zusammenfassung	78
3.4.5 Depressive Störungen in Japan.....	80
3.4.5.1 Japan: eine kurze Einführung	80
3.4.5.2 Daten zu depressiven Störungen in Japan	80
3.4.5.3 Vulnerabilität und Resilienz.....	81
3.4.5.4 Erklärmodelle.....	82
3.4.5.5 Vertrautheit der Bevölkerung mit depressiven Störungen	82
3.4.5.6 Stigmatisierung Betroffener	82
3.4.5.7 Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen.....	83
3.4.5.8 Zusammenfassung	84
4 Diskussion	87
4.1 Vulnerabilität und Resilienz.....	87
4.2 Erklärmodelle.....	89
4.3 Stigmatisierung.....	90
4.4 Symptome depressiver Störungen und kultursensitive Diagnostik	91
4.5 Therapie	92
4.6 Das verfeinerte Modell.....	93
5 Fazit.....	97
6 Limitationen.....	99
Literatur	101
Danksagung.....	119
Affidavit.....	120
Publikationsliste.....	121

Zusammenfassung

Einleitung: Psychische und Verhaltensstörungen treten in allen Ländern der Erde und in allen Bevölkerungsgruppen auf. Sie sind weder auf industrielle Staaten noch auf die Bevölkerung von Städten begrenzt, doch gibt es deutliche Unterschiede in der bekannten Prävalenz zwischen einzelnen Staaten und Studien. Eine niedrige Rate von Menschen, die als depressiv diagnostiziert werden, bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass die tatsächliche Prävalenz niedrig ist. Eine Reihe von Faktoren, wie der Zugang zum Gesundheitssystem, kann dazu führen, dass depressive Patient*innen unerkannt bleiben. Dazu zählen kulturelle Einflüsse auf die Manifestation und Wahrnehmung depressiver Störungen. Zusätzlich kann Stigmatisierung durch die Gesellschaft ebenso wie durch medizinisches und psychologisches Personal zum schamhaften Verbergen depressiver Symptome führen. Zuletzt können die international gebräuchlichen Diagnoseschlüssel aufgrund kultureller Unterschiede zu einer falschen Diagnose führen. Ein bekanntes Beispiel ist die Somatisierung der depressiven Störungen bei chinesischen Patient*innen. Die vorliegende Arbeit sammelt Literatur zu kulturellen Einflüssen auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen. Daraus wird ein Modell entwickelt.

Methode: Für die vorliegende Arbeit wurde Literatur zur transkulturellen Psychologie und Psychiatrie depressiver Störungen in Pubmed und Google Scholar gesucht und ausgewertet. Anschließend wurden spezielle kulturelle Einflüsse in Deutschland, Chile, Japan und Nigeria betrachtet.

Ergebnisse: Es wurden 37 verschiedene kulturelle Faktoren gefunden, die die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen beeinflussen und sich auf die gemessene Prävalenz auswirken. Diese sind in einem Modell zusammengefasst, in dem methodische, individuelle und gesellschaftliche Faktoren getrennt wurden. Sie wurden zeitlich auf einer Achse angeordnet, die mit der Prädisposition der Patient*innen für depressive Störungen beginnt und mit der Therapie endet.

Diskussion: Trotz langjähriger Forschung zu transkultureller Psychologie und Psychiatrie wurden bis heute keine Werkzeuge entwickelt, um die Ergebnisse in der klinischen Diagnostik zu berücksichtigen. Auch werden die Erkenntnisse oft trivialisierend dargestellt und auf die Somatisierung der Symptome in manchen Kulturen beschränkt. Auf der Basis von Untersuchungen wie der vorliegenden gilt es, kultursensible Diagnosewerkzeuge zu entwickeln und in der Praxis zu validieren. Die Ära der monokulturellen Psychologie, die psychische Störungen rein auf der Basis westlicher Kulturen betrachtet, sollte damit enden.

Abstract

Introduction: Mental and behavioural disorders occur in all countries of the world and in all population groups. They are not limited to industrialized nations nor to city populations. Yet, the known prevalence differs in individual states and studies. However, a low rate of people diagnosed as depressed doesn't necessarily mean that the actual prevalence is low. Several factors are influential, such as limited access to the healthcare system, which could cause depressed patients to go undetected. Others include cultural influences on the manifestation and perception of depressive disorders. In addition, stigmatization by society as well as by medical and psychological staff can lead to the shameful concealment of depressive symptoms. Finally, the internationally used diagnostic keys can lead to an incorrect diagnosis due to cultural differences. A well-known example is the somatization of depressive disorders in Chinese patients. In the presented work, literature on cultural influences on the perception, diagnosis and therapy of depressive disorders was collected and studied. From this, a model was developed.

Method: For the presented work, literature on transcultural psychology and psychiatry of depressive disorders was searched for and evaluated in Pubmed and Google Scholar. Subsequently, special cultural influences in Germany, Chile, Japan and Nigeria were taken into consideration and examined.

Results: Up to 37 different cultural factors were found to influence the perception, diagnosis and therapy of depressive disorders and affect the surveyed prevalence. These are summarized in a model which separates them into methodological, individual, and social factors. They were arranged on a temporal axis that begins with the patients' predisposition to depressive disorders and ends with their therapy.

Discussion: Despite the many years of research in the fields of both transcultural psychology and psychiatry, no satisfactory tools have yet been developed to access more precise results in clinical diagnostics in this area. Also, the findings are often presented in a trivializing way and limited to the somatization of symptoms in some cultures. Based on studies such as the present one, importance should be laid on the development of culturally sensitive diagnostic tools and their validation in practice. The era of monocultural psychology, which looks at mental disorders purely based on Western cultures, has obviously ran its term and should take the much-needed innovative next steps.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einflussfaktoren in der Diagnostik depressiver Störungen, unterteilt in individuelle, gesellschaftliche und methodische Elemente.....	38
Abbildung 2:	Position von Deutschland, Japan, Chile und Nigeria auf den Skalen der vier Kulturdimensionen, die im Zusammenhang mit depressiven Störungen untersucht wurden	43
Abbildung 3:	Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Deutschland.....	57
Abbildung 4:	Anzahl der traumatischen Erlebnisse bei Binnenflüchtlingen in Nigeria	62
Abbildung 5:	Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Nigeria	71
Abbildung 6:	Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Chile	79
Abbildung 7:	Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Japan.....	85
Abbildung 8:	Modell der Einflussfaktoren in der Diagnostik depressiver Störungen, unterteilt in individuelle, gesellschaftliche und methodische Elemente. Blau hervorgehoben sind Ergänzungen zu Abbildung 1	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Punktprävalenz depressiver Störungen.....	3
Tabelle 2:	Suchbegriffe und Anzahl der Publikationen für den ersten Teil der Arbeit	8
Tabelle 3:	Suchbegriffe und -ergebnisse für den zweiten Teil der Arbeit.....	10
Tabelle 4:	Diagnosekriterien in ICD-10 und DSM-5. Ähnliche Symptome sind in der gleichen Tabellenzeile aufgeführt	15
Tabelle 5:	Klassifikation der unipolaren depressiven Störungen nach ICD-10 und DSM-5.....	18

Abkürzungsverzeichnis

DALY	disability adjusted life years (um gesundheitliche Beeinträchtigungen bereinigte Lebensjahre)
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)
EMIC	Explanatory Model of Illness Catalogue (Leitfaden für semistrukturierte Interviews in der medizinanthropologischen Forschung und klinischen Praxis)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
m.E.	meines Erachtens
MINI	McGill Illness Narrative Interview (Leitfaden für narrative Interviews in der medizinanthropologischen Forschung und klinischen Praxis)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SEMI	Short Explanatory Model Interview (Leitfaden für semistrukturierte Interviews in der medizinanthropologischen Forschung und klinischen Praxis)
SERT	Serotonin Rezeptor
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
YLD	years of life with disease or disability (Lebensjahre mit Krankheit oder Behinderung)
YLL	years of life lost (verlorene Lebensjahre durch vorzeitigen Tod)

1 Einleitung

1.1 Depressive Störungen als Volkskrankheit

Psychische und Verhaltensstörungen treten in allen Ländern der Erde und in allen Bevölkerungsgruppen auf. Sie sind weder auf industrielle Staaten noch auf die Bevölkerung von Städten begrenzt (WHO 2001, S. 23). Die Prävalenz von Depressionen wird global auf 4,4 % der Erwachsenen geschätzt (WHO 2017, S. 9). Ein Viertel aller Erwachsenen entwickelt während ihres Lebens eine oder mehrere psychische oder Verhaltensstörungen (WHO 2001, S. 23). Die WHO geht davon aus, dass depressive Störungen bis zum Jahr 2030 unter den drei Erkrankungen mit der größten Krankheitslast (Global Burden of Disease) sein werden (Mathers und Loncar 2006, S. 2022).

Psychische und Verhaltensstörungen beeinträchtigen Leben und Arbeit der Betroffenen ebenso wie ihrer Angehörigen. Beziehungen mit einem depressiven Partner sind oft belastet und Kinder mit einem depressiven Elternteil können verunsichert und vernachlässigt sein (Härter et al. 2017, S. 27). Familien geraten in wirtschaftliche Schwierigkeiten, weil sie Zeit in die Unterstützung der Verwandten investieren und weil sie durch Sorgen und unvorhersagbare Unterbrechungen nicht voll produktiv sein können (WHO 2001, S. 24f). Auch die Gesellschaft verliert an Produktivität und muss zugleich die Behandlungskosten tragen (WHO 2001, S. 25). Depressive Störungen vermindern die Konzentrationsfähigkeit und kognitive Funktionen der Betroffenen, wodurch ihre Leistungsfähigkeit reduziert ist (Härter et al. 2017, S. 27f). Depressive Arbeitnehmer*innen haben wesentlich mehr Krankheitstage als nicht depressive Mitarbeiter*innen (Ormel et al., 1994, S. 1754). Die direkten und indirekten Kosten der depressiven Störungen steigen an (Härter et al. 2017, S. 28).

Im Jahr 2004 wurden Daten veröffentlicht, nach denen depressive Störungen in allen Regionen der Welt mit Ausnahme von Afrika zu den fünf Erkrankungen mit der stärksten Reduktion der gesunden Lebenszeit gehören (Üstün et al. 2004, S. 390). Ihr Anteil an der gesamten Verkürzung der gesunden Lebenszeit beträgt zwischen 3,5 % aller DALY (disability adjusted life years = um gesundheitliche Beeinträchtigungen bereinigte Lebensjahre) in der östlichen Mittelmeerregion und 8,0 % in Nord- und Südamerika (ebd.). Diese Studie ist jedoch aufgrund der geringen Datenbasis und des Studiendesigns umstritten (Brhlikova et al. 2011, S. 32). Die WHO veröffentlichte 2017 neuere Schätzungen, dass weltweit bei 100.000 Menschen etwa 738 Jahre mit depressions-verursachten Einschränkungen (YLD = years of life with disability) auftreten (WHO 2017, S. 13)¹. Führend sind dabei die industrialisierten Regionen in Europa und Amerika (ebd.). Depressive Störungen sind damit nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation die Erkrankung mit den meisten Jahren mit gesundheitlichen Einschränkungen (YLD) (ebd.). Im Ver-

¹ Aus der GHDx-Datenbank ergibt sich ein abweichender Wert von 570 YLD pro 100.000 Menschen für depressive Störungen (Institute for Health Metrics and Evaluation 2017, o.S.). Dabei wurde Bevölkerungsgröße von 7,34 x 10⁹ Menschen weltweit zugrunde gelegt (UNdata 2019, o.S.)

gleich verursachen Diabetes 499, chronische Atemwegserkrankungen 593 und kardiovaskuläre Erkrankungen 454 YLD pro 100.000 Menschen (Institute of Health Metrics and Evaluation 2017, o.S.).

Weltweit sind 30-60 % der Suizide einer affektiven Störung zuzuschreiben, in Deutschland geht man sogar von 70 % aus (Bertolote 2004, S. 149; Hawton et al. 2013, S. 17; Härter et al. 2017, S. 49). Nahezu alle Patient*innen mit einer schweren depressiven Störung haben Suizidgedanken (Härter et al. 2017, S. 26) und eine schwere Depression erhöht das Risiko eines Suizids (Hawton et al. 2013, S. 24). Jede dritte Patient*in hat im Laufe seines Lebens bereits einen Suizidversuch unternommen (Härter et al. 2017, S. 26). In Deutschland starben 2018 etwa 9.400 Menschen durch Suizid, was 11,3 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern entspricht (Statistisches Bundesamt undatiert-a, o.S.). Das sind fast dreimal mehr Menschen als die Zahl der Verkehrstoten (ebd.).

Die hohe Prävalenz von depressiven Erkrankungen, die damit einhergehende Krankheitslast sowie die Suizidalität machen sie zu einem der drängendsten gesundheitlichen Probleme weltweit.

1.2 Prävalenz depressiver Störungen im internationalen Vergleich

In einer 1994 und 1995 erhobenen Studie mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten zeigte die Weltgesundheitsorganisation erhebliche Unterschiede in der Prävalenz depressiver Störungen in 15 Gesundheitszentren auf vier Kontinenten (WHO 2001, S.23). Systematische Unterschiede zwischen Industrienationen und dem globalen Süden ließen sich nicht erkennen, wohl aber Unterschiede zwischen Zentren in lateinamerikanischen, asiatischen und allen anderen Ländern, wie die Autor*innen in einer späteren Publikation darstellten (Simon et al. 2002, S. 590). In asiatischen Zentren (Nagasaki, Shanghai) war die Prävalenz unter dem Durchschnitt, während sie in lateinamerikanischen Zentren (Rio de Janeiro und Santiago de Chile) überdurchschnittlich hoch war (ebd.). Die Autor*innen konnten die Unterschiede teilweise darauf zurückführen, dass die verwendeten Diagnosewerkzeuge depressive Störungen in den verschiedenen Zentren unterschiedlich sensitiv erfassten (ebd.). Bei Ausschluss von Patient*innen mit leichter depressiver Störung aus der Analyse blieb jedoch ein deutlicher Unterschied zwischen den Zentren bestehen (ebd.). Die Prävalenz betrug in den asiatischen Zentren unter 5 %, in den lateinamerikanischen über 15 % und in den restlichen Zentren zwischen 5 und 10 % (ebd.). Kulturelle Unterschiede in der Prävalenz zeigten sich auch in einer nachträglichen Regressionsanalyse einer früheren WHO-Studie, die Unterschiede zwischen Ländern mit traditionellen kulturellen Werten (Tradition, Hierarchie und Selbstkontrolle) und solchen mit westlichen Werten (Autonomie und Gleichheit) aufdeckte (Markerker 2001, S. 21). Jedoch waren alle Ergebnisse dieser Analyse nur schwach signifikant ($p < 0,05$).

Seit 2017 nutzt die WHO neue Zahlen auf nationaler Ebene, die eine deutlich geringere Spannweite zeigen. Sie beruhen auf den Daten des „Institute for Health Metrics and

Evaluation“ in Washington (Tabelle 1; IMHE 2017, o. S.). Unter Berücksichtigung der Unsicherheit der Schätzung, die bei den GHDx-Daten angegeben ist, stehen Chile und Deutschland mit einer höheren Prävalenz den Ländern Japan und Nigeria mit einer niedrigeren Prävalenz gegenüber.

Tabelle 1: Punktprävalenz depressiver Störungen (eigene Darstellung)

Land	GHDx 2017
Chile	4,37 % (4,04 – 4,78)
Deutschland	4,63 % (4,29 – 5,01)
Japan	3,76 % (3,52 – 4,05)
Nigeria	2,8 % (2,57 – 3,07)

Eine niedrige Rate von Menschen, die als depressiv diagnostiziert werden, bedeutet nicht zwangsläufig eine niedrige Prävalenz. Schon in den 60er Jahren stellte der Psychiater E. Hoch fest, dass in den Krankenhäusern Indiens wenig depressive Menschen waren, dass jedoch in der Bevölkerung depressive Störungen sehr verbreitet waren (zitiert nach Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 268; Primärquellen nicht verfügbar).

Mögliche Gründe für die globalen Unterschiede werden in den beiden WHO-Studien und auf der GHDx-Webseite nicht thematisiert. Eine tatsächlich verschiedene Prävalenz aufgrund verschiedener Lebensumstände oder genetischer Prädisposition wäre möglich. Alternativ oder ergänzend könnten individuelle und kulturelle Einflüsse dazu führen, dass nicht erkannte oder als nicht behandlungsbedürftig empfundene depressive Störungen in manchen Ländern zu einer niedrigen bekannten Prävalenz führen. Dazu könnte beitragen, dass die Betroffenen in manchen Kulturen anders über die Symptome von depressiven Störungen berichten. Zusätzlich kann Stigmatisierung durch die Gesellschaft ebenso wie durch medizinisches und psychologisches Personal zum schamhaften Verbergen depressiver Symptome führen. Nicht zuletzt können die in Diagnostik, Forschung und amtlichen Statistiken eingesetzten Werkzeuge zu einer falschen Messung der Prävalenz führen (methodische Einflüsse).

1.3 Forschungsfragen

Die internationale medizinische und psychiatrische Forschung ist stark von westlichen, industriellen Ländern geprägt. Ein möglicher kultureller Einfluss auf die Symptomatik und Wahrnehmung von Erkrankungen wird selten thematisiert. Stattdessen geht man davon aus, dass psychische Störungen sich in verschiedenen Ländern auf die gleiche Weise manifestieren und daher mit standardisierten Methoden betrachtet werden können (Heine 2012, S. 471). Eine anatomische oder organische Manifestation der depressiven Störungen, die diese von anderen Störungen abgrenzt, ist nicht bekannt (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 261f; Tyrer 2014, S. 280). Daher werden taxonomische Konstrukte entwickelt, bei denen eine Reihe möglicher Symptome aufgelistet werden, von denen die Betroffenen eine gewisse Zahl erreichen müssen (Heerlein und Doerr-Zegers

2015, S. 261f). Dabei werden Übergänge zu anderen Krankheitsbildern und zum Normalzustand außer Acht gelassen (ebd.).

Heerlein und Doerr-Zegers (2015, S. 264) ebenso wie van Quekelberghe (2007, S. 532) zählen Depressionen entgegen der üblichen Ansicht zu den kulturabhängigen Störungen. Sie gehen davon aus, dass kulturelle Gegebenheiten zu kulturabhängigen Symptomen führen, und damit eine Diagnose depressiver Störungen mittels standardisierter Schlüssel erschwert wird. Sie beruht auf der Schilderung des inneren Erlebens durch die Erkrankten und auf somatischen Symptomen (Heine 2012, S. 472). Fehlen den Betroffenen die Worte oder sind die Schilderungen für die in Medizin und Psychologie tätigen Menschen nicht verständlich, weil sie aus verschiedenen Kulturkreisen stammen, so kann dies dazu führen, dass eine depressive Störung nicht erkannt wird oder gar eine falsche Diagnose gestellt wird (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 269). Unterbliebene, nutzlose oder gar verschlimmernde Therapien könnten die Folge sein. Dies kann der Fall sein, wenn medizinisches und psychologisches Personal aus der westlichen Welt in Ländern des globalen Südens tätig ist, oder wenn einheimische Ärzt*innen und Psycholog*innen in westlichen Ländern ohne Berücksichtigung kultureller Unterschiede ausgebildet wurden. Auch epidemiologische Studien mit Selbstbeurteilungsinstrumenten können aufgrund der unterschiedlichen Schilderung depressiven Erlebens zu falschen Ergebnissen kommen (ebd.). Die berichteten Unterschiede in der Prävalenz depressiver Störungen könnten auf Problemen bei Definition und Messung beruhen (Simon et al. 2002, S. 585).

Durch Globalisierung, Anwendung bewaffneter Gewalt, Naturkatastrophen und wirtschaftliche Krisen leben zunehmend mehr Menschen nicht in ihren Heimatländern. In Deutschland ist die Zahl der Menschen ohne deutschen Pass zwischen 2011 und 2017 von 6,3 Millionen auf 9,7 Millionen gestiegen (Statistisches Bundesamt 2019). Die mit der Globalisierung sowie kriegerischen Konflikten und humanitären Krisen einhergehende Migration führt zunehmend mehr Migrant*innen in die psychologischen und ärztlichen Praxen. Studien zur Prävalenz depressiver Störungen unter Migrant*innen in Deutschland zeigen kein einheitliches Bild (Beutel et al. 2016, S. 289) und es gibt Unterschiede zwischen Migrant*innen aus verschiedenen Kulturkreisen (ebd.).

Die stark auf die industrialisierten Länder ausgerichtete Ausbildung von medizinischem und psychologischem Personal in den Ländern des globalen Südens sowie die zunehmende globale Migration erfordern die Entwicklung einer kultursensitiven Diagnose und Therapie depressiver Störungen. Beide bedürfen eines grundlegenden Verständnisses davon, wie depressive Störungen in anderen Kulturkreisen erlebt und wahrgenommen werden. Dies ist das Forschungsgebiet der transkulturellen Psychiatrie, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden ist (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 257). Trotz der mittlerweile etwa 100 Jahre ihres Bestehens hat sich erst kürzlich der Gedanke durchgesetzt, dass kulturelle Aspekte bei der Diagnose, Behandlung und Prophylaxe depressiver Störungen berücksichtigt werden müssen (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 259). Seitdem ist eine Reihe von Publikationen zu einzelnen kulturellen Aspekten von

Depressionen erschienen. Die Einzelbefunde wurden bisher jedoch nicht zu einem Modell der transkulturellen Wahrnehmung und Diagnostik depressiver Störungen zusammengeführt. Diese Dissertation hat zum Ziel, die wissenschaftliche Literatur zur kulturbedingten Wahrnehmung depressiver Störungen zu sichten, einzuordnen und ein solches Modell zu schaffen. Insbesondere soll kulturvergleichende Literatur von außerhalb der Medizin und Psychologie hinzugezogen werden. Dabei sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Gibt es Unterschiede in der Anerkennung oder Stigmatisierung depressiv Erkrankter in der Bevölkerung, die dazu führen, dass Betroffene über ihr Empfinden schweigen?
2. Wird die Diagnosestellung depressiver Störungen durch kulturell unsensible Diagnoseschlüssel beeinflusst?
3. Wird die Diagnosestellung depressiver Störungen durch die kulturbedingte Wahrnehmung des Personals in der medizinischen Grundversorgung beeinflusst?

In ersten Teil der Arbeit werden die depressiven Störungen als universelles Konstrukt eingeführt, wie es von der Weltgesundheitsorganisation und in den wesentlichen Diagnoseschlüsseln dargestellt wird. Im Folgenden werden wesentliche Argumente gegen die universelle Gültigkeit der Diagnoseschlüssel vorgestellt und das Feld der transkulturellen Psychologie kurz dargestellt. Anschließend werden Veröffentlichungen zu kulturellen Einflüssen auf die Wahrnehmung, Diagnose und Therapie depressiver Störungen ausgewertet. Basierend auf diesen wird ein Modell entwickelt.

Im zweiten Teil der Arbeit werden spezielle kulturelle Einflüsse in vier verschiedenen Ländern betrachtet. Die Auswahl erfolgte anhand des ersten Berichts der Weltgesundheitsorganisation von 2001 (WHO 2001, S. 24), in dem die Prävalenz in 14 Ländern dargestellt wurde. Aus diesen Ländern wurden gewählt:

- Deutschland (westlich-industrieller Kulturraum, mittlere bis hohe Prävalenz). Deutschland ist der Standort der Autorin und der Universität, an der diese Arbeit angefertigt wurde, und wurde daher in diese Arbeit eingeschlossen. Aufgrund der Größe und der kulturellen Diversität des westlich-industriellen Kulturraums bestand nicht der Anspruch, Deutschland als stellvertretend für den gesamten Raum zu betrachten.
- Chile (lateinamerikanischer Kulturraum, mittlere bis hohe Prävalenz). Chile fiel in der WHO-Analyse mit der höchsten Prävalenz der dargestellten Länder auf und wurde daher ausgewählt. Eine zusätzliche Betrachtung von Brasilien zur besseren Abdeckung des lateinamerikanischen Kulturraums wurde aufgrund des Umfangs der Arbeit nicht durchgeführt, zumal auch Brasilien eine hohe Prävalenz aufwies.
- Japan (asiatischer Kulturraum, niedrige Prävalenz). Japan wies in der WHO-Analyse die niedrigste Prävalenz auf und wurde daher ausgewählt. Eine zusätzliche Analyse von China zur besseren Abdeckung des asiatischen Kulturraums wurde ebenfalls aufgrund des Umfangs der Arbeit nicht durchgeführt, zumal auch China eine niedrige Prävalenz aufwies.

- Nigeria (afrikanischer Kulturraum, niedrige Prävalenz). Nigeria war das einzige afrikanische Land in der WHO-Analyse und wurde daher stellvertretend für den afrikanischen Kontinent eingeschlossen. Auch ist in Nigeria die Amtssprache Englisch, so dass Publikationen nigerianischer Behörden und Autoren berücksichtigt werden konnten.

Abschließend wird das im ersten Teil entwickelte Modell anhand der Erkenntnisse des zweiten Teils verfeinert und die Relevanz für die Diagnostik und Therapie im klinischen Alltag diskutiert.

2 Literaturrecherche

Es wurde eine umfassende Recherche durchgeführt, um die aktuelle Forschungslage im Sinn einer „Mapping Study“ nach Kitchenham et al. (2010, S. 796) abzubilden. Dieser Ansatz wurde gewählt, um im ersten Teil der Arbeit ein möglichst vollständiges Bild der kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmung und Diagnostik depressiver Störungen zu erlangen. Bei einer Mapping Studie wird ein breiter Überblick zu einem Forschungsgebiet angestrebt, um Erkenntnisse und Forschungslücken summierend darzustellen. (ebd.). Die Literatursuche wurde in Pubmed durchgeführt. Eine initiale Suche nach «depression cultural»² ergab bis Ende 2018 mehr als 28.000 Publikationen und auch bei einer Suche nach «depression cross-cultural», «depression intercultural» und «depression transcultural» wurden in Summe über 3.400 Artikel aufgelistet (nicht um Doubletten bereinigt).

Da es als unrealistisch angesehen wurde, alle gefundenen Publikationen im Rahmen dieser Promotionsarbeit zu sichten, wurde eine systematische Literatursuche und Vollständigkeit der ausgewerteten Literatur nicht angestrebt. Stattdessen wurde der rückwärts gerichtete Schneeball-Ansatz bevorzugt, wie er von Jalali und Wohlin beschrieben wurde (2012, S. 29). Eine vorwärts gerichtete Schneeball-Analyse, bei der in Zitationsdatenbanken Artikel gesucht werden, die eine vorliegende Publikation zitieren, wurde nicht durchgeführt.

Als Ausgangspunkt wurden in einer initialen Suche zu «depression cross-cultural» gefundene Bücher, Übersichtsartikel, systematische Reviews und Metaanalysen als sekundäre Literatur auf inhaltlich relevante Literaturverweise überprüft. In den entsprechenden Publikationen wurden ebenfalls Verweise zu weiteren relevanten Publikationen gesucht. Dabei wurde vor allem nach primärer Literatur mit empirischen Studien gesucht, die der sekundären Literatur zugrunde liegen.

Auf diese Weise entstand eine Sammlung von zitierten Publikationen, die in der Wissenschaft als relevant erachtet werden. Anhand dieser Publikationen wurden Erkenntnisse identifiziert, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind, und über die Forschungsfragen hinausgehende kulturelle Einflussfaktoren gesammelt. Zu den dabei identifizierten Faktoren wurden anschließend spezifische Literatursuchen durchgeführt (Tabelle 2).

² Suchen, bei denen eine exakte Wortfolge gesucht wurde, sind im Folgenden mit deutschen Anführungszeichen angegeben („ “), andere Suchen mit französischen Anführungszeichen (« »).

Tabelle 2: Suchbegriffe und Anzahl der Publikationen für den ersten Teil der Arbeit (eigene Darstellung)

Suchbegriff	Anzahl Artikel (bis Ende 2018)	davon Sprache (en = Englisch, de = Deutsch)
depression prevalence global	2016-2018: 1.879	en: 1.857 de: 1 andere: 21
depression prevalence comparison	2016-2018: 1.270	en: 1.235 de: 11 andere: 24
depression „risk factors“ culture	2.742	en: 2.640 de: 28 andere: 74
depression vulnerability culture	808	en: 782 de: 5 andere: 31
depression resilience culture	297	en: 294 de: 1 andere: 2
depression criteria culture	1.910	en: 1.803 de: 20 andere: 87
depression symptoms culture	21.283	en: 19.839 de: 223 andere: 1.221
depression somatic symptoms culture	508	en: 478 de: 8 andere: 22
depression somatization culture	233	en: 218 de: 5 andere: 10
depression „explanatory model“ culture	35	en: 33 de: 1 andere: 1
depression concept culture	1.301	en: 1.212 de: 20 andere: 69
depression biochem* culture	1.157	en: 1.114 de: 6 andere: 37
depression religion	2.877	en: 2.717 de: 64 andere: 96
depression emotions culture	7.666	en: 7.340 de: 63 andere: 263

Suchbegriff	Anzahl Artikel (bis Ende 2018)	davon Sprache (en = Englisch, de = Deutsch)
alexithymia culture	924	en: 836 de: 35 andere: 53
depression therapy culture	7.949	en: 7.365 de: 107 andere: 477
depression collectivism individualism	33	en: 32 de: 1 andere: 0
depression masculinity femininity	105	en: 98 de: 1 andere: 6
depression „power distance“	6	en: 6 de: 0
depression „uncertainty avoidance“	3	en: 3
Summe	52.986	en & de: 50.561

Publikationen zu folgenden Themen wurden nicht berücksichtigt:

- Depressive Störungen bei Kindern, Jugendlichen und geriatrischen Patient*innen
- Depressive Störungen als Komorbidität in Rahmen anderer Erkrankungen (z.B. Diabetes, Demenz und Parkinson)
- Postpartum Depressionen
- Geschlechtsspezifische Unterschiede
- Der Einfluss von Ernährung auf depressive Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Ätiologie, Biochemie und Medikation depressiver Störungen

Für den zweiten Teil der Arbeit wurde die Literatursuche auf spezifische Begriffe der Forschungsfragen und die betrachteten Länder eingeschränkt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Suchbegriffe und -ergebnisse für den zweiten Teil der Arbeit (eigene Darstellung)

Suchbegriff	Land (Teil des Suchbegriffs)	Anzahl Artikel (bis Ende 2018)	davon Sprache (en = Englisch, de = Deutsch, es = Spanisch, jp = Japanisch)
Forschungsfrage 1: Schweigen aufgrund von Stigmatisierung			
depression stigma	Germany	133	en: 113 de: 19 andere: 1
	Chile	5	en: 4 de: 0 es: 0 andere: 1
	Japan	50	en: 48 de: 0 jp:2
	Nigeria	32	en: 32 de: 0
Forschungsfrage 2: kulturelle Sensibilität der Diagnoseschlüssel			
depression diagnosis	Germany	400	en: 333 de: 64 andere: 8
	Chile	25	en: 21 de: 1 es: 3
	Japan	501	en: 477 de: 2 jp: 21 andere: 1
	Nigeria	81	en: 80 de: 0 andere: 1
depression symptoms	Germany	14.844	en: 13.690 de: 1.132 andere: 22
	Chile	697	en: 499 de: 0 es: 199
	Japan	11.007	en: 10.008 de: 4 jp: 980 andere: 15
	Nigeria	647	en: 645 de: 0 andere: 2

Suchbegriff	Land (Teil des Suchbegriffs)	Anzahl Artikel (bis Ende 2018)	davon Sprache (en = Englisch, de = Deutsch, es = Spanisch, jp = Japanisch)
Forschungsfrage 3: kulturbedingte Wahrnehmung des Personals			
depression diagnosis „medical staff“	Germany	13	en: 8 de: 4 andere: 1
	Chile	0	–
	Japan	12	en: 7 de: 0 jp: 5
	Nigeria	1	en: 1
depression knowledge „medical staff“	Germany	1	de: 1
	Chile	0	–
	Japan	5	en: 4 jp: 1
	Nigeria	1	en: 1
depression diagnosis “primary care”	Germany	296	en: 254 de: 42
	Chile	48	en: 28 es: 20
	Japan	52	en: 48 de: 0 jp: 4
	Nigeria	22	en: 22
Summe		28.873	en & de: 27.572

Aufgrund der Sprachkenntnisse wurden ausschließlich Publikationen in Englisch und Deutsch für diese Arbeit genutzt. Aufgrund der großen Zahl von Publikationen konnten die Literatur nicht vollständig ausgewertet werden. Für alle drei Forschungsfragen und alle vier Länder wurde daher vor allem ein rückwärts gerichteter Schneeballansatz eingesetzt. Als Ausgangspunkt dienten aktuelle Publikationen, die bei PubMed als relevant eingestuft waren.

Zu einzelnen Aspekten wurden in Kombination mit der Schneeballsuche weitere Literatursuchen durchgeführt, um relevante Literatur zu finden, z.B. zu Diktatur und Depressionen, traditionellen Heiler*innen und spezifischen Konzepten einer Kultur. Statistische Daten zu den vier betrachteten Ländern wurden bei der Weltgesundheitsorganisation und bei den nationalen statistischen Behörden gesucht (Letzteres auch für Chile, jedoch ausgenommen Japan).

3 Wahrnehmung depressiver Störungen im internationalen Vergleich

3.1 Depressive Störungen als universelles Konstrukt

In diesem Abschnitt wird der Stand der aktuellen internationalen Forschung zur Ursache depressiver Störungen dargestellt. Anschließend wird die Symptomatik der depressiven Störungen beschrieben, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation, der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft und den Autor*innen der deutschen nationalen Versorgungsleitlinie dargestellt wird. Die hier vorgestellten Diagnoseschlüssel für depressive Störungen werden international in Statistik und Wissenschaft eingesetzt.

3.1.1 Ursachen depressiver Störungen

Die Ursachen depressiver Störungen werden in genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Belastungsfaktoren sowie Persönlichkeitsfaktoren gesehen (Wittchen et al. 2010, S. 15ff). Diese Faktoren stehen in Wechselwirkung (ebd.). Familien- und Zwillingsstudien lassen eine Erbllichkeit der Veranlagung zu Depressionen von 40-70 % vermuten (Wittchen et al. 2010, S. 15). Ein genetischer Faktor wird in einem Längenpolymorphismus der Promoterregion des Serotonin-Transportergens *5-HTTLPR* gesehen, jedoch konnte in einer Meta-Analyse, die Daten von mehr als 14.000 Menschen einschloss, kein erhöhtes Risiko der Allelträger für eine depressive Störung nachgewiesen werden (Wittchen et al. 2010, S. 15; Risch et al. 2009, S. 2475). Weitere Kandidatengene, vor allem im Serotonin-Stoffwechsel, werden diskutiert (Wittchen et al. 2010, S. 16). Ein veränderter Serotonin-Stoffwechsel wird als neurobiologische Ursache angesehen und Antidepressiva setzen an dieser Stelle an (ebd.). Hormonschwankungen können ebenfalls Depressionen auslösen, so sind Frauen zyklusabhängig und postpartal anfälliger für Depressionen, während ein erhöhtes Risiko während oder nach der Menopause noch nicht abschließend belegt ist (ebd.).

Neben den genetischen und neurobiologischen Faktoren sieht die Psychologie psychosoziale Faktoren als ursächlich für depressive Störungen an. Verschiedene Modelle existieren: Ein Mangel an positiver Verstärkung wird ebenso als Ursache angesehen wie negative Grundüberzeugungen (Wittchen et al. 2010, S. 16f). Ein weiteres Modell versteht Depression als erlerntes Verhalten, insbesondere als erlernte Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit (ebd.). Auch werden Depressionen auf Erlebnisse der Kindheit zurückgeführt, insbesondere auf fehlende elterliche Wärme (Perris 1988, S. 100f). Dieser Befund wurde in multinationalen Projekten bestätigt (ebd.).³

³ Es gibt mehrere Publikationen zu diesem Thema aus den 80er und 90er Jahren. In späteren Jahren konzentrierte sich die Forschung zur Auswirkung des elterlichen Verhaltens auf juvenile depressive Störungen. Neuere Literatur zu den Langzeitfolgen bei Erwachsenen wurde nicht gefunden.

Neben den genannten Faktoren werden soziale Risiken bei der Entstehung von depressiven Störungen diskutiert. Akute Belastungssituationen können eine depressive Störung auslösen, ebenso wie Risiko- und Stressfaktoren (Arbeitslosigkeit, Armut und Rollenüberlastung) (Wittchen et al. 2010, S. 17). Studien legen nahe, dass Mädchen und junge Frauen mehr soziale Risikofaktoren wie Erziehungsstil oder Missbrauchserfahrungen aufweisen, die das Entstehen einer Depression begünstigen (ebd.; Härter et al. 2017, S. 21f).

Zuletzt werden Persönlichkeitsfaktoren, wie übermäßige oder zwanghafte Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Introvertiertheit als Risikofaktoren für unipolare und bipolare depressive Störungen diskutiert (Wittchen et al. 2010, S. 17). Auch frühere psychische Störungen und körperliche Erkrankungen erhöhen das Risiko, an einer Depression zu erkranken (ebd., S. 17f).

3.1.2 Definition, Klassifizierung und Symptomatik der depressiven Störungen

Depressionen sind psychische Störungen, für die gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und verminderte Interessen über einen längeren Zeitraum typisch sind (Härter et al. 2017, S. 20). Die Störungen führen zu einem hohen Leidensdruck, da Wohlbefinden und Selbstwertgefühl der Erkrankten beeinträchtigt sind (ebd.). Meist ist das gesamte Leben der Patient*innen betroffen (ebd.), die von einer starken Beeinträchtigung ihres Alltagslebens berichten (ebd., S. 26).

Depressive Störungen werden für offizielle Statistiken anhand einer Kriterienliste definiert, die in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, aktuelle Version 10; DMDI 2019, o. S.) der Weltgesundheitsorganisation festgehalten ist (Tyrrer 2014, S. 282). Daneben wird im klinischen Alltag und Forschung häufig das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, aktuelle Version 5; Falkai et al. 2015, S. 209-253) der American Psychiatric Association (APA) verwendet (ebd.). Zur Diagnostik gemäß des DSM-5 wird der Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) eingesetzt (Spitzer et al. undatiert, S. 2). In Deutschland gibt die S3-Leitlinie zur Versorgung unipolarer depressiver Störungen Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie (Härter et al. 2017, S. 1-292). Die Leitlinie berücksichtigt ICD-10 und DSM-5.

Die Klassifikationskriterien zur Diagnostik der affektiven und anderer psychischer Störungen sind taxonomische Konstrukte aufgrund von Symptomen und keine nosologischen Einheiten (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 261f). Weder die Diagnose noch der Schweregrad depressiver Störungen können durch klinische Tests überprüft werden, sodass beide immer unsicher sind (ebd., S. 281). Die Prävalenz diagnostizierter depressiver Störungen hängt von den verwendeten Kriterien und ihrer Beurteilung durch die Ärzt*innen ab. Es werden mit dem DSM sowohl niedrigere (Ravelli und van den Brink 1999, S. 196) als auch höhere (Sjöberg et al. 2017, S. 10) Prävalenzen als mit ICD berichtet. In einer Studie mit japanischen Patient*innen mit depressiven Störungen erwies sich das ICD als sensitiver für Symptome leichter bis mittelgradiger, depressiver

Störungen und das DSM als sensitiver für schwere Depressionen (Saito et al. 2010, S. 218, S. 220).

Das ICD-10 und das DSM-5 listen folgende mögliche Symptome der depressiven Episode auf, die teilweise voneinander abweichen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Diagnosekriterien in ICD-10 und DSM-5. Ähnliche Symptome sind in der gleichen Tabellenzeile aufgeführt (eigene Darstellung)

Zeile	ICD-10	DSM-5
1	Mindestens zwei (bei schweren Episoden drei) der folgenden Hauptsymptome müssen mindestens zwei Wochen lang erfüllt sein:	Mindestens eines der folgenden Kriterien muss während einer 2-Wochen-Periode erfüllt sein und stellt eine Änderung gegenüber dem vorigen Funktionsniveau dar:
2	Gedrückte Stimmung	Depressive Stimmung tritt fast täglich auf und hält fast den gesamten Tag an (bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Stimmung)
3	Verminderte Fähigkeit zu Freude	Deutlich vermindertes Interesse und Freude in allen oder fast allen Aktivitäten, nahezu täglich und nahezu den gesamten Tag
4	Vermindert Interesse	
5	Verminderung von Antrieb und Aktivität	<i>Kein entsprechendes Kriterium im DSM-5</i>
6	Zusätzlich müssen von den folgenden Kriterien im gleichen Zeitraum erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none"> ▪ leichte depressive Episode: 2 ▪ mittelgradige depressive Episode: 3-4 ▪ schwere depressive Episode: ≥ 4 	Zusätzlich müssen einige der folgenden Kriterien bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 5 erfüllt sein:
9	Verminderte Konzentration	Verminderte Konzentration oder Denkfähigkeit oder Entscheidungsschwäche, nahezu täglich (subjektiv oder beobachtbar)
10	Gelegentlich ausgeprägte Müdigkeit nach geringer Anstrengung	Müdigkeit oder Energieverlust, nahezu täglich
11	<i>Kein entsprechendes Kriterium im ICD-10</i>	Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, nahezu täglich (beobachtbar, nicht nur subjektives Empfinden von Ruhelosigkeit oder Langsamkeit)

Zeile	ICD-10	DSM-5
12	Verminderter Appetit	Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (z. B. mehr als 5 % des Körpergewichts in einem Monat), oder gesteigerter oder reduzierter Appetit, nahezu täglich
13	Gedanken über eigene Wertlosigkeit	Gedanken über eigene Wertlosigkeit oder exzessive oder unangemessene Schuldgefühle, die wahnhaftes Ausmaß annehmen können, nahezu täglich (nicht nur Schuldgefühle wegen des Krankseins)
14	Schuldgefühle	
15	Nahezu immer beeinträchtigt Selbstwertgefühl	<i>Kein entsprechendes Kriterium im DSM-5</i>
16	Nahezu immer beeinträchtigt Selbstvertrauen	<i>Kein entsprechendes Kriterium im DSM-5</i>
17	Häufig bei schweren depressiven Episoden: Suizidgedanken und -handlungen	Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid ohne konkrete Planung, Suizidversuch oder Planung eines Suizids
18	Meist gestörter Schlaf	Insomnie oder Hypersomnie an fast allen Tagen
19	Gelegentlich somatische Symptome: Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Gewichtsverlust, Libidoverlust	<i>Kein entsprechendes Kriterium im DSM-5</i>
20	<i>Kein entsprechendes Kriterium im ICD-10</i>	Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder beeinträchtigen im sozialen oder beruflichen Umfeld oder in einem anderen wichtigen Bereich.

Quellen: DMDI 2019, o. S.; Härter et al. 2017, S. 36-41 (ICD-10); Falkai et al. 2015, S. 217

Das Hauptsymptom der depressiven Stimmung wird von den Betroffenen auf verschiedene Weise beschrieben: Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung werden ebenso genannt wie Gefühllosigkeit (Härter et al. 2017, S. 36f). Sie berichten auch über Interessenverlust und Freudlosigkeit (ebd.). Dazu kommen Angst, Unsicherheit und Irritierbarkeit und das Gefühl der Überforderung (ebd.). Die Betroffenen sind weniger aktiv und erleben sich selbst als wenig belastbar und schnell erschöpft (ebd.). Sie sehen sich nicht in der Lage, Alltagsaufgaben zu erledigen (ebd.). Die verminderte Denkfähigkeit geht oft einher mit wiederkehrenden Grübeleien (ebd.). Gefühllosigkeit, mangelnde Energie und Erschöpfung können sich im äußeren Erscheinungsbild,

Stimme und Gestik zeigen (Härter et al. 2017, S. 43). ICD-10 und DSM-5 listen beide Schuldgefühle als mögliches Symptom der depressiven Störung auf, wobei im DSM-5 Selbstvorwürfe und Schuldgefühle hinsichtlich der Depression ausgenommen sind (Härter et al. 2017, S. 36-41 (ICD-10); Falkai et al. 2015, S. 217 (DSM-5)).

Im ICD-10 und DSM-5 werden einige somatische (körperliche) Symptome genannt, darunter Gewichtsveränderungen und Schlafstörungen. Letztere manifestieren sich typischerweise als Durchschlafstörungen oder Früherwachen, seltener als Einschlafstörungen, während Hypersomnie selten ist (Härter et al. 2017, S. 37; Falkai et al. 2015, S. 221). Als weitere somatische Beschwerden werden in der S3-Leitlinie genannt: Gastrointestinale Beschwerden, kardiovaskuläre Beschwerden, Hyperventilation, Schwindel und Sehstörungen, sowie Kopf- und Muskelschmerzen oder neuralgiforme Schmerzen (ebd., S. 43).

Die ebenfalls häufig verwendete Hamilton Depression Rating Scale listet die gleichen somatischen Symptome auf, weist jedoch multidimensionale Items mit unzureichender Reliabilität und Validität auf (Bagby et al. 2004, S. 2168f). Während die interne Reliabilität der Skala bis auf ein Item (Verlust der Einsicht) ausreichend gut ist, ist die Interrater-Reliabilität für nahezu alle Items unzureichend, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den Studien gibt (ebd., S. 2165f). Strukturierte Interviews mit Leitfaden und Training der Anwender verbessern die Interrater-Reliabilität (ebd.). Die Items unterscheiden sich auch deutlich in der Retest-Reliabilität, die Retest-Reliabilität der gesamten Skala ist jedoch gut (ebd., S. 2168). Die Items der Hamilton Depression Rating Scale stimmen nicht vollständig mit den DSM-Kriterien überein, weshalb eine Überarbeitung angeraten scheint (ebd., S.2170ff). Dennoch stimmen die Ergebnisse der Skala gut mit anderen häufig verwendeten Diagnosewerkzeugen überein (ebd.). Sensitivität und Spezifität sind ausreichend gut, ebenso die Vorhersagekraft für negative Ergebnisse. Der prognostische Wert für positive Ergebnisse variiert hingegen zwischen den Studien (ebd.). Die Skala ist sensitiver gegenüber Veränderungen als zwei mit ihr verglichene Selbstbewertungsfragebögen (Beck Depression Inventory und Zung Self-Rating Depression Scale). In Faktorenanalysen zeigt sich, dass die Items verschiedene Dimensionen depressiver Störungen abbilden und die Skala mehrdimensional ist (ebd., S. 2173).

Eine deswegen neu entwickelte Skala (Depression and Somatic Symptoms Scale, DSSS) mit eindimensionalen Items enthält dreizehn somatische Symptome, die auf denen der Hamilton-Skala basieren und sich zur Diagnose und zur Einstufung des Schweregrads eignen (Hung et al. 2006, S.708). Die in China entwickelte Skala wurde an US-amerikanischen Studierenden getestet und erwies sich als konsistent, robust und valide (Tse et al. 2018, S. 279f). Die Autor*innen empfehlen sie zur Nutzung in transkulturellen Studien zu somatischen Symptomen bei depressiven Störungen (ebd.). In PubMed finden sich 20 Studien seit 2006, in denen die DSSS verwendet wurde, während im gleichen Zeitraum etwa 6.000 Studien die Hamilton Depression Rating Scale nutzten. Damit ist die DSSS noch wenig verbreitet.

Bei leichten und mittelgradigen Episoden liegt nach der deutschen S3-Leitlinie zur Versorgung unipolarer Depressionen⁴ ein begleitendes somatisches Syndrom vor, wenn mindestens vier der folgenden Symptome eindeutig festzustellen sind (Härter et al. 2017, S. 37):

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
3. frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
4. Morgentief
5. der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
6. deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat
8. deutlicher Libidoverlust

Bei einer schweren depressiven Störung wird davon ausgegangen, dass sie immer ein somatisches Syndrom einschließt (Härter et al. 2017, S. 39). Manche somatischen Symptome, wie gastrointestinale Beschwerden, treten im Alter verstärkt auf (Hegeman et al. 2012, S. 277).

Das ICD-10 und DSM-5 unterscheiden zwischen einmaligen depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und anhaltenden affektiven Störungen (Tabelle 5). Bipolare Störungen mit manischen Phasen werden getrennt betrachtet.

Tabelle 5: Klassifikation der unipolaren depressiven Störungen nach ICD-10 und DSM-5 (eigene Darstellung)

ICD-10	DSM-5
Leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode von mindestens zwei Wochen	Leichte, mittelgradige oder schwere majore depressive Störung
Leichte, mittelgradige oder schwere rezidivierende depressive Störung	Leichte, mittelgradige oder schwere rezidivierende majore depressive Störung
Anhaltende affektive Störung (Dysthymie)	Persistierende depressive Störung <ul style="list-style-type: none"> ▪ dysthymes Syndrom ▪ anhaltende majore depressive Episode
<i>Keine Entsprechung im ICD-10</i>	Teil- oder Vollremission einer depressiven Störung

Quelle: Härter et al. 2017, S. 35, S. 41

⁴ Eine unipolare Depression liegt vor, wenn depressive Episoden unterschiedlicher Dauer und Zahl auftreten. Sie wird von der bipolaren Störung unterschieden, bei der auch manische Episoden vorkommen.

Bei wiederholten depressiven Episoden liegt eine rezidivierende depressive Störung vor, zu der auch die endogene Depression zählt (DMDI 2019, o. S.). Die rezidivierende depressive Störung ist abzugrenzen von der bipolaren affektiven Störung, da bei einer unipolaren depressiven Störung allenfalls nach einer Episode oder behandlungsbedingt kurzzeitige hypomanische Phasen auftreten (ebd.). Die Dysthymie, eine mindestens zwei Jahre anhaltende (chronifizierte) affektive Störung, ist charakterisiert durch anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, die nicht die Stärke einer depressiven Episode erreichen (ebd.). Die Betroffenen beschreiben ähnliche Symptome wie bei einer depressiven Episode, sind aber in der Lage, die täglichen Anforderungen des Alltags zu bewältigen (Härter et al. 2017, S. 39). Durch ihre Persistenz führen sie dennoch zu subjektivem Leiden und beeinträchtigen die Patient*innen (ebd.).

Im DSM-5 wird die unipolare Depression als „major depressive disorder“ (majore depressive Störung) aufgeführt (Tabelle 5). Wie im ICD-10 wird sie nach Schweregraden, einzelnen Episoden oder rezidivierendem Verlauf und nach dem Vorliegen psychotischer Symptome klassifiziert (Härter et al. 2019, S. 41). Die Dysthymie wird zusammen mit der chronischen majoren Depression als persistierende depressive Störung betrachtet. Im Unterschied zur rezidivierenden Depression gibt es bei ihr keine Zeiten partieller oder vollständiger Remission. Im DSM-5 kann im Unterschied zum ICD-10 eine vorliegende Remission als Teil- oder Vollremission erfasst werden.

Auch wenn sich ICD-10 und DSM-5 durchgesetzt haben, so wurde wiederholt Kritik am DSM-5 geäußert. Heerlein und Doerr-Zegers sind der Ansicht, dass eine Überdiagnose bei depressiven Störungen „fast die Regel“ sei (2015, S. 262). Gegenüber der vorherigen Version wurde im DSM-5 für viele psychiatrische Erkrankungen die Sensitivität der Diagnosekriterien erhöht, wodurch die Spezifität reduziert wurde (Frances und Nardo 2013, S. 1). Bei Niedergeschlagenheit nach einem großen Verlust, wie Trauer um einen Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes oder anderen belastenden Ereignissen, wird im DSM-5 zu einer sorgfältigen Prüfung auf das Vorhandensein einer Majoren Depression geraten (Falkai et al. 2015, S. 218). Frances und Nardo (2013, S. 2) sehen darin die Gefahr der falschen Diagnose einer depressiven Störung. Härter et al. (2017, S. 42f) weisen darauf hin, dass die Betroffenen bei einer Trauerreaktion vorrangig Gefühle der Leere und des Verlustes empfinden, die wellenförmig verlaufen und von positiven Emotionen begleitet werden können (ebd.). Dadurch sei die Trauer von der depressiven Störung abzugrenzen (ebd.).

Aufgrund der Kritik an den kategorialen Systemen schlagen manche Autor*innen vor, bei der Diagnose der depressiven Störung anstelle der Kategorisierung von Symptomen von einem Idealtypus auszugehen, von dem die Betroffenen mehr oder weniger abweichen (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 263). Ein solches Grundsyndrom wäre abzugrenzen von Gefühlen wie Traurigkeit, Trauer und Erschöpfung (ebd., S. 274). Drei Phänomene werden als Kernbestandteile der depressiven Störung gesehen: eine Veränderung in der Befindlichkeit, die von Mutlosigkeit bis zu Angstgefühlen reichen kann, eine Veränderung in der Leistungsfähigkeit und eine Störung der biologischen Rhythmen (ebd.).

Im Zusammenhang mit der höheren Prävalenz diagnostizierter depressiver Störungen bei Frauen wird diskutiert, ob in den ICD-10- und DSM-5-Kriterien Symptome wie höhere Reizbarkeit, geringere Stresstoleranz und antisoziale Züge fehlen, die das depressive Erleben von Männern erfassen (Härter et al. 2017, S. 21f). Diese Hypothese wird jedoch durch Studien nicht eindeutig unterstützt (ebd.).

3.2 Regionale Unterschiede in der Symptomatik depressiver Störungen

Unterschiede bei psychischen Störungen in verschiedenen Ländern sind spätestens seit den Arbeiten des Anthropologen und Psychiaters Arthur Kleinman in den 70er Jahren bekannt, doch befasst sich die klinische Psychologie und Psychotherapie nur wenig damit (van Quekelberghe 2007, S. 527). Van Quekelberghe führt dies auf den in Abschnitt 2.1.1 vorgestellten dominierenden biochemischen Ansatz zurück, der psychische Störungen als Ergebnis universeller physiologischer Prozesse sieht (ebd.). Damit herrscht eine Denkrichtung vor, die den Einfluss der des sozialen und historischen Kontexts als vernachlässigbar betrachtet ⁵ (ebd., S. 528). Diese zeigt sich im ICD-10 und im DSM-5, auch wenn in den letzten Auflagen einige Syndrome aufgenommen wurden, die in der westlichen Welt nicht bekannt sind (ebd., S. 530). Die Kulturanthropologie hingegen vertritt eine Denkrichtung, der zufolge der soziale und historische Kontext das menschliche Erleben und Verhalten wesentlich prägt, sodass es nur vor diesem Hintergrund verstanden werden kann ⁶ (ebd.). Draguns und Tanaka-Matsumi (2003, S. 758) entwarfen ein Modell, das beide Ansichten integriert. In diesem Modell gibt es einerseits universelle Ansichten über normales und abweichendes Verhalten und auf der anderen Seite Ansichten, die in einem speziellen sozialen und historischen Kontext entstanden sind (ebd.). Aus beiden leiten sich Prinzipien ab, die Kontext, normales Verhalten und Psychopathologie verknüpfen (ebd.). Sie werden der Betrachtung von Individuen im sozialen und historischen Kontext ebenso zugrunde gelegt wie der Beschreibung der Psychopathologie in einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit (ebd.). Der soziale und historische Kontext einer Gesellschaft wird mit dem Begriff der Kultur beschrieben. Sie prägt das Denken und Handeln der Menschen.

3.2.1 Kultur als Software des Geistes

Kultur ist ein Prozess, durch den Handlungen für die Mitglieder einer Gruppe emotionale und moralische Bedeutung erlangen (Kleinmann 2004, S. 952). Sie wird geprägt durch das Umfeld, in dem ein Mensch aufwächst und Lebenserfahrung sammelt (Hofstede et al. 2010, S. 5). Hofstede bezeichnet Kultur als „Software des Geistes“ (ebd.). Kultur befindet sich als Normen, Werte und Überzeugungen in unseren Köpfen und beeinflusst

⁵ Die Annahme von universell gültigen Kategorien wird als ethisch bezeichnet (van Quekelberghe 2007, S. 527; Dragun und Tanaka-Matsumi 2003, S. 757).

⁶ Die Annahme von kulturabhängigen Kategorien wird als emisch bezeichnet (van Quekelberghe 2007, S. 527; Dragun und Tanaka-Matsumi 2003, S. 757).

unsere Handlungen in der Welt (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 437). Der Begriff der Kultur fasst die emotionalen Muster ebenso wie Denk- und Handlungsmuster sowie die Werte in einer sozialen Gemeinschaft zusammen (Hofstede et al. 2010, S. 5; Straub et al. 2002, S. 14). Innerhalb einer Kultur denken und handeln Menschen unterschiedlich und widersprüchlich (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 437). Die Annahme, Menschen trügen eine exakte Kopie ihrer regionalen Kultur als Handlungsanweisung im Kopf, vereinfacht zu stark (ebd.). Zumal uns neben der ethnischen Kultur auch die Kultur in Familie, privatem Umfeld, Berufsstand und Arbeitsplatz prägen (Hofstede et al. 2010, S. 17f). Jede Gruppe von Menschen bildet eigene mentale Programme, die ihre Kultur beeinflussen, und jeder Mensch gehört zu verschiedenen Gruppen, deren Kulturen sich wie Schichten der Kleidung übereinander lagern (ebd.).

Kultur ist nicht angeboren, sondern wird erlernt und bildet eine Ebene zwischen der erbten menschlichen Natur, die auf Genen und Biologie basiert, sowie der individuellen Persönlichkeit (Hofstede et al. 2010, S. 6). Kultur manifestiert sich in Werten, Ritualen, Helden, Symbolen und Praktiken (ebd. S. 8). Sie ist immer ein kollektives Phänomen und bildet sich in jeder Gruppe oder Organisation als Voraussetzung für das Überleben der Gemeinschaft (ebd., S. 6, 12). Der moderne Kulturbegriff betrachtet soziale Gemeinschaften, die sich als Ethnien verstehen oder sich durch eine gemeinsame Sprache oder Religion definieren (Hofstede et al. 2010, S. 21). Eine Ethnie ist eine Gruppe von Menschen, die an eine gemeinsame Abstammung und Kultur glauben und sich als homogene Gruppe bezeichnen (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 259). Als Konstrukt für die Charakterisierung einer Kultur bedient sich die interkulturelle Forschung meist der Zugehörigkeit zu einer Nation als eindeutig erkennbares gemeinsames Merkmal, obwohl Nationen keine homogenen Gemeinschaften sind und nicht immer ethnischen Grenzen folgen (Hofstede et al. 2010, S. 21).

Kultur legt fest, welche Emotionen, Affekte und Verhalten in einer Gesellschaft oder Gruppe angemessen sind und was toleriert wird (Kirmayer 2002, S. 304). Erklärmodelle für Emotionen und Verhalten außerhalb des Toleranzbereiches sind ebenso Teil der Kultur wie Strategien für den Umgang damit (ebd.). Damit schafft Kultur einen Rahmen für die Psychologie. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts erforschte Emil Kraepelin die kulturellen Einflüsse auf psychische Erkrankungen und begründete die transkulturelle Psychologie (van Quekelberghe 2007, S. 529). Sie befasst sich mit den kulturellen Aspekten von psychischen Störungen und betrachtet dabei die Entstehung ebenso wie die Häufigkeit, Ausprägung und Therapie (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 257).

Kulturell gebundene Konzepte von psychischen oder affektiven Störungen entspringen volkstümlichen Ansichten und professionellen diagnostischen Systemen gleichermaßen (Falkai et al. 2015, S. 1041). Sie können biochemische Konzepte einbeziehen (ebd.). Ein kulturell gebundenes Konzept einer Störung entspricht selten exakt einer diagnostischen Entität im DSM-5 oder ICD-10. Vielmehr können Symptome verschiedener Störungen aus DSM-5 oder ICD-10 in einer anderen Kultur zu einem Krankheitskonzept zusammengefasst sein oder umgekehrt (ebd.). Schweregrade werden anders differenziert als in un-

seren diagnostischen Schlüsseln. Eine Bezeichnung kann gleichermaßen für ein Symptom, ein Syndrom respektive eine Erkrankung, einen Leidensbegriff oder für eine Krankheitserklärung stehen (ebd.). Zum Beispiel wird das Wort „Depression“ für die Symptome der Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit, für einen nicht näher beschriebenen Leidenszustand oder für Stress und Überforderung als Erklärung benutzt (ebd.).

Durch vermehrte Migration ist es zunehmend wichtig geworden, kulturelle Unterschiede in der täglichen psychotherapeutischen Arbeit zu berücksichtigen (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 259ff). In der transkulturellen Diagnose, Therapie und Erforschung von depressiven Störungen ist es wichtig, die westlichen Kulturen und die in ihnen entstandenen Diagnosewerkzeuge wie ICD-10 und DSM-5 nicht als Norm zu betrachten, von der andere Kulturen abweichen, sondern sie mit ihren Eigenheiten gleichberechtigt wahrzunehmen (Ryder et al. 2008, S. 310). Auch gilt es zu beachten, dass sich Kulturen dahingehend unterscheiden, wie sie Fragen beantworten, und dass dadurch eine Verzerrung der Ergebnisse möglich ist (Lam et al. 2004, S. 369f). Die transkulturelle Psychologie wird in der klinischen Psychiatrie zunehmend wichtiger und nach Ansicht von Ryder et al. (2011, S. 962) entsteht daraus ein neues Gebiet der Psychologie und Psychiatrie, das sich auch mit der Symptomatik depressiver Störungen beschäftigt.

3.2.2 Symptome depressiver Störungen in verschiedenen Kulturen

Kulturen unterscheiden sich darin, wie sich depressive Störungen manifestieren, und das Konzept der „Depression“ kann somit gänzlich verschiedene Bedeutung haben (Marsella 1980, S. 261). Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welche Symptome depressiver Störungen in verschiedenen Kulturen wahrgenommen und betont werden.

Die verschiedenen Ebenen der regionalen, privaten und professionellen Kulturen, in denen ein betroffener Mensch sich bewegt, beeinflussen, auf welche Symptome einer depressiven Störung er besonderes Augenmerk legt (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 437). Dadurch werden kulturell bedeutsame Symptome identifiziert, hervorgehoben und vielleicht sogar verstärkt (ebd.). Andere, stigmatisierte oder aus anderen Gründen als gefährlich erachtete Symptome rücken in den Hintergrund (ebd.). Marsella (1980, S. 261) postulierte, dass Suizidalität in vielen Kulturen kein Bestandteil depressiver Störungen sei, bis eine Kultur anfangs zu verwestlichen.

In einer Studie der WHO in vier Ländern (Kanada, Iran, Japan und die Schweiz) berichteten 76 % der Patient*innen von einer Reihe depressiver Symptome, die allen zu eigen waren: Traurigkeit, Freudlosigkeit, Angst, Sorgen oder Unruhe [Anxiety], Anspannung, fehlende Energie, fehlende Interessen, Unfähigkeit, sich zu konzentrieren und Gedanken der Unzulänglichkeit oder Wertlosigkeit (Sartorius et al. 1983, S. 92). Immerhin fast ein Viertel der Patient*innen wich davon ab. Auch hatten 40 % weitere, seltener auftretende Symptome, jedoch wurden keine kulturspezifischen Symptome gefunden (ebd.).

In einer Reihe anderer Studien wurden hingegen kulturspezifische Ausprägungen der Symptome depressiver Störungen nachgewiesen, beginnend bei emotionalen Äußerungen. Menschen aus verschiedenen Kulturen unterscheiden sich deutlich darin, welche

bedrückenden Emotionen sie empfinden und wie sie depressive Stimmung ausdrücken (Kleinmann und Good 1984, S. 3). Auch die Symptome einer depressiven Störung unterscheiden sich zwischen den Kulturen (ebd.). Nach den ICD-Kriterien sind fehlendes Interesse und Energie ebenso typisch für Depressionen wie eine fehlende emotionale Reaktion auf Stimuli (WHO 1993, S. 95f). Jedoch zeigen depressive Amerikaner*innen asiatischer Herkunft oft eine verstärkte Reaktion auf traurige emotionale Stimuli (Chentsova-Dutton et al. 2007, S. 781). Aufgrund solcher abweichenden Symptomatik kann eine depressive Störung unerkannt bleiben und somit die Prävalenz von Depressionen in manchen Kulturen unterschätzt werden.

Normabhänge Interpretationen von Symptomen, wie Schuldgefühle, unterscheiden sich in Kulturen und erschweren die Diagnosestellung (Härter et al. 2017, S. 180; Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 762). Für afrikanische und ostasiatische Staaten wird Schuld als weniger wichtiges Symptom beschrieben (ebd.). Auch wird sie anders ausgedrückt und konzeptualisiert (ebd.). Im Westen wurden Schuldgefühle seit dem 16. Jahrhundert als Teil der Melancholie und später der Depression gesehen und lassen sich auf die Individualisierung der Gesellschaft während Renaissance, Reformation und Aufklärung zurückführen (Jackson 1985, S. 44f; Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 762). Sie werden mit dem Verstoß gegen absolute und abstrakte Prinzipien erklärt (Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 762). In Japan hingegen werden Schuldgefühle eher ausgelöst, weil ein Mensch gegen persönliche Verpflichtungen verstoßen hat (Kimura 1995, S. 51-74). In afrikanischen Kulturen berichten die Patient*innen selten über Schuldgefühle als Folge der Bestrafung durch andere (Sow 1980, zitiert nach Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 762). Eine Studie der WHO in vier Ländern zeigte deutliche Unterschiede im Anteil der Patient*innen, die Schuldgefühle als Teil einer depressiven Störung nannten (68 % in der Schweiz, aber nur 32 % im Iran; Sartorius et al. 1983, S. 92). Stompe et al. (2001, S. 291f) unterscheiden in einer neueren Studie zwischen moralischem (ethical feeling of guilt) und imaginiertem Schuldempfinden (delusion of guilt). In einem Vergleich zwischen depressiven Patienten in Pakistan und Österreich fanden Sie einen höheren Grad an moralischem Schuldempfinden in Österreich (ebd.). Imaginiertes Schuldempfinden fanden Sie ausschließlich bei einer kleinen Zahl von österreichischen Patienten (ebd.). Auch die Verknüpfung von Depressionen und Selbstwertgefühl ist eine Interpretation, die auf kulturellen Normen basiert (Härter et al. 2017, S. 180).

Depressive Störungen bleiben auch unerkannt, weil Menschen in manchen Kulturen vorrangig die körperlichen Symptome einer depressiven Störung schildern (Somatisierung), während das normative westliche Modell die psychischen Symptome betont (Psychologisierung; Heine 2012, S. 472f, Ryder et al. 2008, S. 308; Kirmayer et al. 1993, S. 737). Im westlichen Modell sind Körper und Geist getrennte Einheiten, während zum Beispiel die traditionelle chinesische Medizin den Körper nicht ohne den Geist sieht und somit ein ganzheitliches Leib-Seele-Konzept hat. Dasselbe gilt für die traditionelle Medizin anderer Länder. Psychologisierung hingegen beruht auf der westlichen Körper-Geist-Dua-

lität (Heine 2012, S. 474). Cheung weist jedoch darauf hin, dass die Betonung der körperlichen Beschwerden nicht die gleichzeitige Wahrnehmung psychischer Symptome verhindert (zitiert nach Ryder et al. 2008, S. 302).

Eine Triade aus depressiven und somatischen Symptomen mit Angstgefühlen ist das wohl häufigste psychiatrische Syndrom in der medizinischen Grundversorgung außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen (Bagayogo et al. 2013, S. 65f; Kirmayer et al. 1993, S. 734). Die Transformation von sozialem und psychischem Stress in körperliche Beschwerden ist in vielen Kulturen die Norm (ebd.) und auch in europäischen und nordamerikanischen Kulturen bekannt (Husain et al. 2007, S. 116; Kirmayer et al. 1993, S. 737). Das individuelle Verständnis von Krankheit und Gesundheit kann zur Betonung von körperlichen Symptomen führen (Bagayogo et al. 2013, S. 71). Dazu tragen Feedbackschleifen aus Eigenbeobachtung, Fokus auf bestimmten Symptomen, Sorgen, Reaktionen aus dem Umfeld, krankheitsbedingtem Verhalten und Aktivierung physiologischer Signalwege bei, die die körperlichen Symptome verstärken (ebd.). Gesellschaftliche Dominanz somatischer Krankheitsmodelle führt zur Betonung körperlicher Symptome und zur somatisierenden Darstellung von depressiven Störungen (ebd.). Dion (1996, S. 537) argumentiert hingegen, dass die somatischen Beschwerden depressiver Störungen, wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Libidoverlust, global in vielen Kulturen beobachtet werden, während die Kulturen sich bei kognitiven und sozialen Symptomen deutlich unterscheiden. Härter et al. (2017, S. 43) stellen in der deutschen S3-Richtlinie fest, dass auch deutsche Patient*innen oft eine körperliche Ursache ihrer Beschwerden vermuten und über unspezifische somatische Symptome berichten. Anstelle von auffälliger Somatisierung in manchen Kulturen könne man daher nach Ansicht von Ryder et al. (2008, S. 310) auch von ausgeprägter Psychologisierung in den europäischen und nordamerikanischen Kulturen sprechen. In dieser Sichtweise wäre der Westen nicht die Norm, sondern die Abweichung von der Regel.

Durch die schnellen gesellschaftlichen Veränderungen in manchen Ländern werden die kulturellen Skripte über depressive Störungen verändert (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 437f). Dadurch verändert sich die Präsentation der Symptome – so werden im Zuge der Modernisierung und Verwestlichung Chinas zunehmend psychische Symptome geschildert und psychologisierende Erklärmodelle benutzt (ebd., Primärquelle nicht verfügbar). Lee und Kleinmann (2007, S. 847f). zeigen die Veränderung am Beispiel der Neurasthenie. Ursprünglich wurde sie in der chinesischen Medizin durch somatische Symptome wie Nervenschmerzen, Schlafstörungen, Schwäche und Erregung verbunden mit emotionalen Symptomen gekennzeichnet und stellt nach westlichem Verständnis eine Mischung von affektiven und Angststörungen dar. Heute wird Neurasthenie in den urbanen Zentren Chinas kaum noch diagnostiziert. An ihre Stelle traten depressive Störungen, wie sie im CCMD (Chinese Classification of Mental Disorders) klassifiziert sind, das mehr und mehr an DSM und ICD angepasst wird und somit mehr psychologische Symptome enthält (ebd.).

3.3 Kulturelle Einflüsse auf Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen

Die Ätiologie von Depressionen ist trotz der individuellen Risikofaktoren nicht rein individuell zu verstehen (Moreira 2007, S. 195). Viele Symptome haben einen gesellschaftlichen Ursprung (ebd.). Daher ist eine systematische Betrachtung der sozialen und historischen Einflüsse hilfreich für das tiefere Verständnis von depressiven Störungen.

Trotz Globalisierung gibt es kulturspezifische Syndrome und Verläufe auch in den Gesellschaften der westlichen Industrieländer (Heerlein und Doerr-Zegers 2015, S. 259ff). Dazu gehör(t)en auch depressive Störungen: In Untersuchungen indigener Völker Amerikas konnten in den 60er und 70er Jahren keine Entsprechungen des Konzeptes „Depression“ gefunden werden (Marsella 1980, S. 242). Es gibt Stimmen, dass Depressionen erst mit der Verwestlichung von Kulturen aufkamen (Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 762; Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 438). Andere sehen Depressionen als global verbreitete Störung, deren Symptome kulturell bedingt variieren können. In vielen Kulturen werden affektive Störungen nach Ansicht von Kirmayer (2002, S. 304) nicht als Probleme der psychischen Gesundheit betrachtet, sondern geben soziale und moralische Auskunft über inakzeptable oder unwillkommene Umstände. Damit schaffen sie einen moralischen Kompass (ebd.). Der Autor geht nicht darauf ein, auf welche inakzeptablen oder unwillkommenen Umstände eine depressive Störung hinweisen könnte. In der frühen Phase einer depressiven Störung nutzen Patient*innen die in ihrer Kultur verfügbaren Modelle von Handlungen und Bedeutungen, um sich in den für sie neuen Empfindungen, Gedanken, Emotionen und Verhalten zurechtzufinden (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 437). Diese Modelle enthalten gesellschaftliche Überzeugungen, wie die Symptome zu verstehen sind und was öffentlich gesagt werden darf, welche Positionen die Patient*innen in der Gesellschaft haben und wie sie geheilt werden können (ebd.). Auf diese Aspekte soll in diesem Abschnitt eingegangen werden.

3.3.1 Kulturelle Einflüsse auf die Anfälligkeit für depressive Störungen und die Widerstandskraft

Gehirn, Geist und Kultur sind eng miteinander verbunden (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 436). Das Gehirn reagiert auf das soziokulturelle Umfeld und passt sich insbesondere in der frühen Entwicklung im Rahmen der genetischen und biochemischen Möglichkeiten daran an (ebd.). Für depressive Störungen sind mindestens 57 Kandidatengene bekannt (Bosker et al., 2010, S. 520), darunter das kurze Allel des 5-HT Serotonin-Rezeptors (*5-HTTLPR*; Caspi et al. 2003, S. 389). Auch wenn für keines dieser Gene eindeutige Daten vorliegen und ihre Assoziation mit depressiven Störungen in den meisten Fällen nicht zweifelsfrei belegt ist (Bosker et al. 2011, S. 516), so ist es doch interessant, ihre Verteilung in verschiedenen Kulturen zu betrachten. Dabei fällt auf, dass das kurze Allel des 5HT-Rezeptors, das mit einer erhöhten Suszeptibilität für depressive Störungen und Suizidalität nach belastenden Ereignissen assoziiert ist (Caspi et al. 2003, S. 389), in kollektivistischen Kulturen gehäuft vorkommt, in denen die Prävalenz depres-

siver Störungen eher niedrig ist (Chiao und Blizinski 2010, S. 533). Kultur hat sich gemeinsam mit Genetik und Biochemie der Menschen entwickelt. Chiao und Blizinski (2010, S. 534) vermuten, dass die soziale Harmonie und Unterstützung in den kollektivistischen Kulturen als Schutz gegen die erhöhte psychische Vulnerabilität der Menschen dienen. Sie schaffen eine gesellschaftliche Nische, in der belastende Ereignisse weniger einfach negative Emotionen und psychopathologische Störungen auslösen können (ebd.). Die Autorinnen vermuten darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen dem 5HT-Rezeptor, der kognitiven Funktion des Gehirns und der Kultur (ebd., S. 535). Die positive und negative Tendenz der Informationsverarbeitung, die mit dem langen und dem kurzen Allel des 5HT-Rezeptors korrelieren, könnten individualistische oder kollektivistische Kulturen beeinflusst haben (ebd.). Die Publikation von Chiao und Blizinski ist jedoch wegen methodischer Mängel umstritten (Eisenberg und Hayes 2011, S. 329).

Die Wechselwirkung zwischen Biologie und Kultur besteht in beide Richtungen. Van Quesselberghe (2007, S. 533) weist darauf hin, dass kulturelle Praktiken, wie Ernährungsvorschriften und Reinigungsrituale, ebenso wie Werte und Normen die biochemischen Faktoren beeinflussen können. So kann der Metabolismus von Medikamenten durch sie beeinflusst werden (ebd.). Auch zeigen Antidepressiva bei verschiedenen Ethnien unterschiedlich starke Nebenwirkungen, die sich auf die Präsentation und Behandlung depressiver Störungen auswirken (ebd.). Trotz der noch unsicheren Datenlage sollten wir davon ausgehen, dass Kultur und Verhalten nicht nur den „Zuckerguss auf dem Kuchen der Biologie“ bilden, sondern untrennbar mit der Biologie verknüpft sind (Geertz 1984, S. 269; Ryder et al. 2011, S. 963; Adams et al. 2010, S. 279). Psychische Störungen sind nach Adams et al. (2010, S. 298) nicht das Ergebnis der individuellen Lebensumstände, sondern in den kulturellen Kontext eingebettet. Weder Biologie noch Lebenserfahrungen, Geist, Verhalten oder Kultur erklären für sich die Anfälligkeit eines Menschen für depressive Störungen (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 442). Vulnerabilität und Resilienz lassen sich nur vor dem Hintergrund des gesamten Systems verstehen, wobei nicht-additive verstärkende und abschwächende Effekte in Betracht gezogen werden müssen (ebd.). Die individuellen Faktoren der Vulnerabilität und Resilienz sollen in dieser Arbeit zugunsten der Betrachtung kultureller Faktoren ausgeklammert werden.

Ist Kultur nach Hofstede et al. (2010, S. 5) die „Software“ des Geistes, durch die Verhalten und Handlungen für Menschen emotionale und moralische Bedeutung erlangen, so ist Religion ein Teil davon. Sie prägt das Leben gläubiger Menschen bis hinein in gesundheitliche Aspekte. Daher kann angenommen werden, dass religiöse Überzeugungen und Praktiken das Vorkommen und die Therapie depressiver Störungen beeinflussen. Dabei spielen religiöse Konzepte, wie Vertrauen in einen allwissenden, liebenden, gütigen und unterstützenden Gott oder Misstrauen gegenüber einem als böse, gleichgültig, schwach und strafend wahrgenommenen Gott, eine Rolle, die das psychische Wohlbefinden eines Gläubigen beeinflussen kann (Krumrei et al. 2013, S. 328).

Religiöse Überzeugung korreliert negativ mit dem Auftreten depressiver Störungen (Smith und McCullough 2003, S. 24). Der Effekt ist sowohl direkt als auch indirekt durch

einen Schutz gegen Belastung durch Lebensereignisse (ebd.). Auch die psychische Unterstützung durch eine religiöse Gemeinde korreliert mit dem psychischen Wohlbefinden, während sozialer Konflikt mit der Gemeinde es verschlechtert (Green und Elliott 2010, S. 150; Ellison und Lee 2010, S. 504). Empfinden Menschen ihr Verhältnis zu Gott eher als angespannt, machen ihn für ihre Probleme verantwortlich oder sind wütend auf ihn, so steigt die Rate der depressiven Störungen (Smith und McCullough 2003, S. 27). Dies kann insbesondere in schwierigen oder traumatischen Situationen auftreten (Ellison und Lee 2010, S. 503). Religiöse Zweifel führen ebenfalls zu psychischem Leiden (ebd., S. 510). Auch bei Menschen, deren Glauben überwiegend extrinsisch motiviert ist, also durch einen erwarteten Nutzen (Komfort, Sicherheit, Bestätigung des Lebensstils), steigt die Rate der depressiven Störungen (Smith und McCullough 2003, S. 27).

Auch wenn die Metaanalyse von Smith und McCullough (2003, S. 18) wissenschaftliche Artikel unabhängig von der ausgeübten Religion einbezogen hat, so untersuchten die ausgewerteten Publikationen zu 79 % Christen. Nur ein sehr kleiner Anteil der Studien bezog sich auf jüdischen (3 %) und weniger als 1 % auf muslimischen Glauben oder andere Religionen. Bei 17 % der Studien war die Religionszugehörigkeit nicht angegeben (ebd.). Es spielt bei der Genese depressiver Störungen vermutlich keine Rolle, welcher Religion ein Mensch angehört, denn Unterschiede zwischen christlichen, muslimischen und anderen Glaubensrichtungen auf die Gesundheit wurden bisher nicht nachgewiesen (Green und Elliott 2010, S. 150). Kann ein Mensch jedoch nicht im Einklang mit den Überzeugungen seines Glaubens leben, zum Beispiel Homosexuelle in einer fundamentalistischen Glaubensgemeinschaft, so führt das zu Stress und Isolation und beeinträchtigt das Selbstbewusstsein (ebd.). Die Rate der depressiven Störungen ist bei Menschen in einer solchen Situation höher (ebd.). Eine liberale und bestätigende Glaubensgemeinschaft kann hingegen diskriminierte Menschen unterstützen, bestätigen und ihr Selbstbewusstsein steigern (ebd.). Religiöse Überzeugungen und Praktiken können nach den dargestellten Befunden vor depressiven Störungen schützen oder sie verstärken. Dies hängt von individuellen Faktoren wie der Gottesvorstellung und der Situation in der Gemeinde ab.

3.3.2 Erklärmodelle für die Ursachen depressiver Störungen

Die Effektivität therapeutischer Interventionen hängt davon ab, ob die Patient*innen glauben, dass das medizinische und psychologische Personal ihr Verständnis von der Ätiologie depressiver Störungen teilen (Nieuwsma et al. 2011, S. 542). Daher sind die kulturellen Unterschiede in Erklärmodellen depressiver Störungen relevant für die Therapie. Kulturen und Epochen unterscheiden sich darin, wie sie Krankheiten erklären und einen Sinn in ihnen finden. Als ein Unterschied wird die Kontrollüberzeugung diskutiert: Entsteht eine Störung oder Erkrankung von innen heraus oder liegt ihre Ursache außerhalb des Individuums (Peltzer 2007, S. 494)? Westliche Länder sehen die Ursache meist in inneren Faktoren (ebd.). In vielen nicht-westlichen Kulturen hingegen wurden und werden die Ursachen für Störungen und Erkrankungen oft in äußeren Einflüssen gesehen (Petzer 2007, S. 494). So werden in der indischen Kultur und Medizin des Ayurveda Krankheiten und

Störungen auf ein Ungleichgewicht zwischen den Kräften von vāta (Wind = Bewegung), pitta (Feuer und Wasser = Stoffwechsel) und kapha (Erde und Wasser = Struktur) zurückgeführt (Weiss 1997, S. 237). In einigen Fällen werden depressive Störungen im Ayurveda mit dem Einfluss übernatürlicher Kräfte erklärt (Lang und Jansen 2013, S. 29).

Murdock identifizierte 1980 in einer globalen Studie mit 139 zum großen Teil indigenen Gesellschaften eine Reihe von übergeordneten Erklärmodellen für Krankheiten: natürliche Ursachen, mystische Ursachen, Animismus und Magie (Murdock 1980, S. 17). Als natürliche Ursachen wurden jene angesehen, die die moderne Medizin als sinnvoll erachtet (ebd., S. 9). In animistischen Erklärmodellen entstehen Krankheiten als Folge des Verhaltens eines übernatürlichen Wesens, zum Beispiel durch einen aggressiven Geist, aber auch durch den Verlust der eigenen Seele (ebd., S. 19). In magischen Modellen bewirkt ein eifersüchtiger, verärgelter oder bösartiger Mensch die Krankheit eines anderen entweder selbst oder mit Hilfe von Schaman:innen (ebd., S. 21). Mystische Erklärmodelle gehen nicht von einem menschlichen oder übernatürlichen Wesen als Verursacher der Erkrankung aus, sondern nehmen an, dass sie durch Schicksal, Träume oder Erscheinungen, Kontakt mit einer ansteckenden Substanz oder Verletzung eines Tabus entsteht (ebd., S. 17f).

In einer Studie mit US-amerikanischen und indischen Studierenden von ländlichen Hochschulen zeigten Nieuwsma et al. (2011, S. 555) deutliche kulturelle Unterschiede in den angenommenen Ursachen für depressive Störungen. Die indischen Teilnehmenden verbanden Depressionen mit Scheitern, unerfüllten Erwartungen und Familie, während die Amerikaner*innen Todesfälle und andere negative Ereignisse, Biochemie und Genetik sowie Eheprobleme oder Missbrauch nannten (ebd.). Eine Reihe anderer angenommener Ursachen war in beiden Gruppen vertreten, so Stress, Beruf, Schule und Liebesbeziehungen (ebd.). In westlichen Ländern wird gelegentlich argumentiert, dass der kulturelle Kontext Depressionen fördere (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 439). Das kulturelle Ideal des unabhängigen, leistungsbereiten und glücklichen Individuums werde überhöht (ebd.). Wird die Diskrepanz zum eigenen Selbstbild und Erfahrungen als zu groß empfunden, so sind Stress und ein negatives Selbstbild die Folge, die wiederum eine depressive Störung auslösen können (ebd.). Die Kultur wirke sich so auf die Genese der Störung aus.

3.3.3 Kulturabhängige Wahrnehmung, Bedeutung und Ausdruck von Emotionen

Die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und die ihnen zugeschriebene Bedeutung variieren in verschiedenen Kulturen. Chinesische Teilnehmende erzielten in einer Studie deutlich häufiger hohe Alexithymie⁷-Werte als kanadische (Ryder et al. 2008, S. 308ff). Sie hatten jedoch, anders als bei Alexithymie zu erwarten, keine Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu erkennen oder zu beschreiben, fanden sie aber nicht wichtig und konzentrierten sich nicht auf sie (ebd.). Dies korrelierte mit dem Ausmaß, in dem sie die Außenwelt

⁷ Alexithymie ist definiert als fehlender Zugang zu den eigenen Gefühlen (Ryder et al. 2008, S. 302).

als wichtiger erachteten als ihr Inneres und ihre Emotionen (ebd.). Menschen drücken Emotionen zudem im Allgemeinen so aus, dass sie Rücksicht auf die Situation und auf die Anwesenheit anderer nehmen (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 440). In verschiedenen Kulturen kann das bedeuten, dass Emotionen gemäßigt werden, während andere den offenen Ausdruck erlauben oder bei ihnen gar Übertreibung der Gefühle üblich ist (ebd., S. 441). Die kulturellen Drehbücher für den Ausdruck von Emotionen werden so häufig aktiviert, dass sie automatisiert werden und das emotionale Verhalten unmittelbar nach einem Ereignis beeinflussen (Matsumoto et al. 2009, S. 1272f). Dadurch sinken die Kosten unterdrückter Gefühle, wodurch in ostasiatischen Kulturen unterdrückte Gefühle nicht mit dem Auftreten von Depressionen korrelieren (Mauss et al. 2007, S. 706; Cheung und Park 2010, S. 524; Soto et al. 2011, S. 1453). Nicht die Unterdrückung der Gefühle macht nach Ansicht von Chentsova-Dutton und Ryder (2013, S. 441) anfällig für eine depressive Störung, sondern ob dies in die kulturelle Norm des Erlebens und Ausdrucks von Emotionen passt.

Es wird diskutiert, dass Alexithymie dazu führt, dass Patient*innen emotionale Erregung als körperlich interpretieren (Parker et al. 2001, S. 108), wodurch sie zur Somatisierung beitragen könnte. Jedoch wird auch argumentiert, dass das Konstrukt der Alexithymie die ostasiatischen Kulturen pathologisiere (Ryder et al. 2008, S. 302). Diese Kulturen sind kollektivistisch orientiert und sehen Individuen als Teil einer Gruppe (Tung 1994, S. 489; Hofstede et al. 2010, S. 95-97). Dies sei kein Problem, sondern Ausdruck anderer Werte, als sie im Westen gelten (Ryder et al. 2008, S. 302).

3.3.4 Sprachliche Darstellung von Emotionen und Symptomen

In einer Reihe von Sprachen gibt es kein in Wörterbüchern aufgeführtes Wort für Depression (Marsella 1980, S. 243). In anderen Sprachen ist ein entsprechendes Wort vorhanden, aber in der Bevölkerung weitgehend unbekannt (Roelandt 2001, zitiert nach Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 761). In der Vergangenheit wurde zudem argumentiert, dass manche Sprachen, zum Beispiel Chinesisch oder das nigerianische Yoruba, kein Vokabular für Emotionen und psychische Beschwerden aufweisen (Leff 1981, zitiert nach Ryder et al. 2008, S. 302; van Quekelberghe 2007, S. 533). Dies wurde von chinesischen Wissenschaftler*innen korrigiert (Ryder et al. 2008, S. 302). Auch erklärt es nicht die Somatisierung im arabischen Sprachraum, in dem es sehr differenzierte Möglichkeiten gibt, Emotionen auszudrücken (van Quekelberghe 2007, S. 533). In der chinesischen Sprache werden oft körperliche Metaphern für Emotionen genutzt, da der Körper für das Selbst steht (Tung 1994, S. 488ff). Der Selbst-Körper wird in seiner sozialen Rolle verstanden, trägt Verantwortung, hat Gefühle und handelt (ebd.). Die sich daraus ergebende körperbetonte Sprache ist nicht als Somatisierung zu verstehen (ebd.). Tung stellt daher in Frage, ob der Begriff Somatisierung in der chinesischen und vielen anderen Kulturen der Welt überhaupt gültig ist (ebd.).

In der Sprache der Hopi, einer indigenen Gruppe im Südwesten der USA, gibt es fünf Begriffe für depressions-ähnliche Störungen: Sorgen-Erkrankung, Unglücklichsein, gebrochenes Herz, betrunken-ähnliche Verrücktheit (mit oder ohne Alkohol-Abusus) und

Enttäuschung oder Schmollen (Manson et al. 1985, S. 336f). Ein der Depression entsprechender Begriff ist den Hopi unbekannt (ebd., S. 349). Auch tauchen in den detaillierten Beschreibungen der Störungen einzelne Charakteristika der Depression auf, wie sie im DSM (Version III) charakterisiert ist, doch keine der Entitäten stimmt vollständig mit den Kriterien des DSM überein (ebd., S. 350ff). Am ehesten lässt sich das gebrochene Herz (uu nung mo kiw ta) als depressive Störung nach dem DSM bezeichnen, jedoch fehlt die niedergeschlagene, besorgte oder traurige Stimmung über mindestens zwei Wochen hinweg (ebd.). Das Unglücklichsein (ka ha la yi) beschreibt diese zwar als einzige Entität, ohne dass jedoch andere im DSM enthaltene Symptome der Depression auftreten (ebd.).

Auch die südindischen Havik nutzen Idiome aus anderen Gebieten, um psychische Belastungen auszudrücken, zum Beispiel der Ernährung, der Reinigung, der Besessenheit, der Hingabe oder der somatischen Erkrankungen, ohne dass damit ein klar definiertes klinisches Bild verknüpft ist (van Quekelberghe 2007, S. 545). Solche Idiome müssen im Einzelfall in ihrer Bedeutung analysiert werden, doch werden sie von der westlich geprägten Diagnostik und Therapie leicht überhört oder missverstanden (ebd.). Dies gilt vermutlich insbesondere bei Migrant*innen, die das Idiom ihrer Herkunftssprache nutzen. So behalten chinesische Migrant*innen die körperbetonte Wortwahl auch in einer fremden Sprache für einige Zeit bei, bis sie sich der neuen Kultur angepasst haben (Tsai et al. 2004, S. 1234). Migrant*innen können daher bei einer ungebräuchlichen Wortwahl oder bei Übersetzungsfehlern durch einen Dolmetscher falsch diagnostiziert werden. Müllejans und Pala (1999, zitiert nach Assion 2005, S. 137) beschreiben einen Fall, in dem eine aus der Türkei stammende Patientin die Formulierung „Basimi yedin“ gebrauchte, die der Dolmetscher wörtlich mit „ich habe den Kopf gegessen“ übersetzte. Die eigentliche Bedeutung jedoch ist „ich bin durchgedreht“ oder „ich glaube, ich habe den Verstand verloren“. Die falsche wörtliche Übersetzung wurde als mögliches Anzeichen einer Psychose gedeutet.

In der westlichen Welt wird beobachtet, dass psychische Störungen zunehmend als „Erkrankung des Gehirns“ betrachtet werden und so eine medizinische anstelle einer psychosozialen Bezeichnung gewählt wird (Reali et al. 2016, S. 128). Die Verschiebung in den medizinischen Bereich geschieht teilweise, um Stigmatisierung zu reduzieren, kann jedoch zu der Wahrnehmung führen, dass Betroffene keinen Einfluss auf die Störung haben (ebd.). Die befürchtete und tatsächliche Stigmatisierung verhindert Gespräche über Depressionen in der Öffentlichkeit. Betroffenen fehlt daher die Einsicht in die Natur ihrer Beschwerden ebenso wie ein Vokabular für ihre Beschreibung (Baer et al. 2016, S. e4f). In sozialen Medien und auf Videoplattformen werden die persönlichen Erfahrungen meist symbolhaft und metaphorisch beschrieben (ebd.).

Die hier genannten Beispiele zeigen, dass die Diagnostik der depressiven Störungen maßgeblich von der Sprache und dem Verständnis für sprachliche Eigenheiten beeinflusst wird. Die Wortwahl wird durch das Denken beeinflusst und ruft zugleich eine bestimmte Denkweise hervor – ein Prozess, den die Linguistik als Framing bezeichnet (Reali et al. 2016, S. 127). Eine wörtliche Übersetzung in eine andere Sprache kann die

Konnotation der Beschreibungen einer Störung verändern, wenn der Frame in der anderen Sprache anders besetzt ist (House 2006, S. 347). Übersetzung ist daher immer auch Herstellung eines Kontexts (House 2006, S. 343).

3.3.5 Selbstbild des medizinischen und psychologischen Personals und der Patienten

Das kulturell beeinflusste Verständnis von mentalen Störungen der Patient*innen und der Ärzt*innen, respektive Psycholog*innen, wirkt sich gleichermaßen auf Diagnose und Therapie aus (Ryder et al. 2011, S. 963). Kultur beeinflusst auch das Verhältnis zwischen medizinischem und psychologischem Personal und Patient*innen. Gemeinsame kulturelle Annahmen über Krankheit und Störungen wirken sich auf die Zufriedenheit der Patient*innen aus (Nieuwsma et al. 2011, S. 542). Migrant*innen, die aus ihrer Heimatkultur heraus ein hierarchisches Verhältnis erwarten, können sich in einem egalitären Modell unwohl fühlen, in dem Patient*innen als Konsumenten gesehen werden (Kleinman 2004, S. 952). Dies könnte zu Zurückhaltung während der Anamnese und zu unerkannten Störungen führen. Ähnliches berichten Aguilera et al. (2010, S. 863) für hispanische Einwander*innen in den USA. Deren Unterordnung unter die Therapeut*innen erhöhe zwar die Compliance, sei aber problematisch, wenn die Patient*innen den Sinn der Therapie nicht verstünden (ebd.). Es können passieren, dass die Therapie dann keine Wirkung entfalte (ebd.).

In verschiedenen Kulturen unterscheidet sich, wo Betroffene zuerst Hilfe suchen und mit wem sie im Gesundheitssystem zuerst in Kontakt treten, bevor sie psychologische oder psychiatrische Hilfe erhalten (Ryder et al. 2008, S. 309; Cheung 1987, S. 103). Chinesische Studierende in Hong Kong suchen Ärzt*innen vor allem bei körperlichen Beschwerden auf, weniger bei psychischen (Cheung 1984, S. 378). Dies könnte ihre Neigung erklären, bei Ärzt*innen vor allem somatische Symptome zu schildern (ebd.). Cheung (1987, S. 103) vermutet weiterhin, dass sie zudem während der ersten Kontakte mit medizinischem Personal ein somatisierendes Konzept ihrer Störung erlernt haben könnten. Eine fehlende längere Beziehung zu den untersuchenden Ärzt*innen kann ebenfalls dazu führen, dass Patient*innen vermehrt über somatische Symptome berichten (Ryder et al. 2008, S. 301).

Nicht nur die Beziehung und Rollenerwartungen beeinflussen die Kommunikation über affektive und somatische Symptome, sondern auch die Art, wie Ärzt*innen und Psycholog*innen die Anamnese durchführen (Yeung et al. 2005, S. 325). Die Selbstbeschreibung von chinesischen Patient*innen lässt ein überwiegend somatisches Krankheitsbild entstehen, während Ärzt*innen in einem strukturierten Interview psychische Symptome identifizieren können (ebd.). Indische Patient*innen schilderten in einer anderen Studie depressive Symptome weder spontan noch auf gezielte Fragen nach diesen, sondern erst in späteren Phasen des Anamnese-Gesprächs (Weiss et al. 1995, S. 355). In einer Vergleichsstudie chinesischer und kanadischer Patient*innen zeigte sich ebenfalls ein Unterschied zwischen Selbstbeschreibung, strukturiertem Interview und standardisierten Fragebögen (Ryder et al., 2008, S. 308). Die chinesischen Patient*innen berichteten

spontan und im strukturierten Interview mehr über somatische Symptome als die kanadischen, nicht jedoch im Fragebogen (ebd.). Bei allen drei Anamneseformen berichteten Kanadier*innen mehr über psychische Symptome als Chines*innen (ebd.). Auch die deutsche S3-Leitlinie betont, dass eine aktive Exploration in einem strukturierten Interview angeraten ist, um bei unspezifischen somatischen Beschwerden eine depressive Störung zu erkennen (Härter et al. 2017, S. 44). Daraus lässt sich schließen, dass die diagnostischen Werkzeuge die erfassten Symptome und damit die Diagnose beeinflussen.

Kulturelle Unterschiede sind nicht nur in der Diagnose, sondern auch in der Therapie depressiver Störungen relevant. Jede Kommunikation ist durch die Überzeugungen von Patient*in und Therapeut*in geprägt, die wiederum von den sozialen Gruppen und Organisationen beeinflusst sind, in denen sie sich privat und beruflich bewegen. Daher treffen in jeder therapeutischen Beziehung nicht nur nationale und ethnische Kulturen, sondern auch private und berufliche Subkulturen aufeinander (van Quekelberghe 2007, S. 546). Die westlich geprägte Psychotherapie basiert auf Überzeugungen, die in den europäischen und nordamerikanischen Kulturen vorherrschen, wie der Eigenverantwortung des Individuums, die als selbstverständlich angesehen und nicht hinterfragt werden (ebd.). Dieser individualistische Ansatz der Psychotherapie widerspricht dem kollektivistischen kulturellen Hintergrund vieler asiatischer Menschen (ebd.).

Neben dem Rollenverständnis von Psycholog*innen und Ärzt*innen ist auch das Selbstverständnis der Patient*innen kulturell geprägt. In europäischen und nordamerikanischen Kulturen wird ein kohärentes Selbstbild als wesentlich für die mentale Gesundheit gesehen, weniger hingegen in asiatischen Kulturen (Suh 2002, S. 1387f). Asiatische Kulturen sind toleranter gegenüber widersprüchlichen Selbstbeurteilungen (Spencer-Rodgers et al. 2010, S. 302). Negative Emotionen werden eher akzeptiert und mit Neugier betrachtet und lösen weniger Vermeidungsreaktionen und Stress aus (De Vaus et al. 2017, S. 297). Nach Ansicht von van Quekelberghe (2007, S. 547) gilt es in asiatischen Kulturen hingegen als gesund, die Auseinandersetzung mit negativen Emotionen zu vermeiden, weshalb eine westlich geprägte Psychotherapie auf Widerstand trifft.

3.3.6 Stigmatisierung Betroffener

Neben den bereits beschriebenen Faktoren könnte auch die Stigmatisierung Betroffener bei den regionalen Unterschieden in der Prävalenz und Symptomatik von depressiven Störungen eine Rolle spielen (Heine 2012, S. 474). Stigmatisierung beginnt damit, dass ein Unterschied zwischen einer Person und der Allgemeinheit mit einem Etikett wie „psychisch krank“ versehen wird, welches mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht wird (Link und Phelan 2001, S. 367-369). Sie setzt sich fort, wenn die Betroffenen ausgegrenzt werden, und endet in Statusverlust und Diskriminierung (ebd., S. 370-375). Stigmatisierung kann sich individuell äußern, wenn zum Beispiel der Kontakt mit Menschen vermieden wird, oder strukturell, wenn Organisationen eine Gruppe von Menschen benachteiligen (ebd., S. 372). In Folge von Stigmatisierung haben Menschen we-

niger Lebenschancen (ebd., S. 381). Die Weltgesundheitsorganisation definiert Stigmatisierung als „Zeichen der Schande oder Ablehnung, die dazu führen, dass eine Person abgelehnt, diskriminiert oder von der Teilhabe in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft ausgestoßen wird“ (WHO 2001, S. 16). Sie schreibt weiter, dass Stigmatisierung psychischer Störungen dazu führt, dass die Betroffenen von der Gesellschaft ausgeschlossen werden und ihre Therapie nicht als gesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen und finanziert wird (ebd.). Zugleich verlieren die Betroffenen ihr Selbstwertgefühl und Hoffnung (ebd.).

Stigmatisierung tritt in drei Ausprägungen auf: aktiv durch andere, in der Wahrnehmung Betroffener (gefühlte) und durch die Betroffenen selbst, die die negative Einstellung anderer internalisieren und übernehmen (Busby Grant et al. 2016, S. 247). Bei älteren Patient*innen mit einer depressiven Störung ist die gefühlte Stigmatisierung im Allgemeinen höher, während jüngere Patient*innen über Selbststigmatisierung berichten (ebd., S. 248). Männer beschreiben mehr aktive Stigmatisierung durch andere, während Frauen mehr wahrgenommene Stigmatisierung schildern (ebd.). Es gibt Berichte über die Korrelation aller drei Stigmatisierungsformen mit der Schwere der depressiven Störung (ebd., S. 248, 250). Auch korreliert das Auftreten der drei Formen miteinander (ebd., S. 250). In einer Befragung von indischen und US-amerikanischen Studierenden ländlicher Hochschulen bestätigte sich, dass Menschen mit depressiven Störungen stigmatisiert werden (Nieuwsma et al. 2011, S. 559). In beiden Kulturen gaben die Befragten an, dass Gesunde die betroffenen Personen negativ betrachten und meiden (ebd.). Gesunde fühlten sich in ihrer Gegenwart unwohl und ebenfalls deprimiert (ebd.). Fast jede(r) Fünfte fand, die Patient*innen hätten einen niedrigen Status und berufliche Konsequenzen seien möglich (ebd.). Dennoch sagten vor allem indische Studierende, die Patient*innen würden von Gesunden unterstützt (ebd.).

Heine (2012, S. 474) schreibt, dass Betroffene aus Angst vor negativen sozialen Folgen nicht über die psychischen Aspekte der Depression sprechen. Yen et al. (2000, S. 997f) berichten in einer Studie mit chinesischen und amerikanischen Patient*innen, dass Patient*innen wahrscheinlicher Hilfe im Gesundheitssystem und in der Familie bekommen, wenn sie somatische Symptome schildern. Sie stellten fest, dass in einer Kontrollgruppe gesunder Menschen mehr psychische und weniger somatische Symptome geschildert wurden als in der klinischen Gruppe (ebd.). Daraus lässt sich schließen, dass die Patient*innen sich der affektiven Komponente vermutlich bewusst sind, sie gegenüber medizinischem und psychologischem Personal aber verschweigen (ebd.). Die vorherrschende Kultur beeinflusst die Schilderung von Symptomen dergestalt, dass nur sozial akzeptiertes Verhalten gezeigt und verstanden wird (Bagayogo et al. 2013, S. 65). Dieser Effekt könnte in transkulturellen Studien fälschlich als Somatisierung interpretiert werden.

Auch wenn aktive, gefühlte und Selbststigmatisierung zum Verschweigen depressiver Symptome führen kann, so schreibt Heine (2012, S. 474), dass es Hinweise gebe, dass Stigmatisierung allein nicht die Unterschiede in der gemessenen Prävalenz erkläre. Während üblicherweise davon ausgegangen wird, dass depressive Patient*innen stigmatisiert werden, so vermutet Prince (1968, zitiert nach Draguns und Tanaka-Matsumi

2003, S. 762) sogar, dass der Anstieg der Prävalenz in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara im gestiegenen Prestige der Störung begründet sein könnte. Draguns und Tanaka-Matsumi (2006, S. 762) greifen diese These auf und regen weitere Untersuchungen dazu an.

3.3.7 Kultursensitive Diagnostik von depressiven Störungen

Die American Psychiatric Association stellt Psycholog*innen und Ärzt*innen in Ergänzung zum DSM-5 das Cultural Formulation Interview zur Verfügung, damit sie sich mit den Patient*innen über kulturelle Unterschiede verständigen können (Falkai et al. 2015, S. 1031-1035). Dieses halbstrukturierte Interview enthält Fragen, die Patient*innen aus persönlicher Sicht beantworten sollen (ebd.). Daher gibt es auf die Fragen keine richtigen oder falschen Antworten (Falkai et al. 2015, S. 1029f). Der Patient*innen werden aufgefordert, die Beschwerden in eigenen Worten zu beschreiben und darzustellen, wie sie es im privaten Umfeld schildern würden (ebd., S. 1031-1035). Auch werden sie gefragt, wie sie sich die Ursache der Beschwerden erklären und was das Umfeld als Ursache ansieht. Anschließend werden sie gebeten, die Hintergründe der Identität, wie Herkunftsregion, Ethnie, Sprache, Religion, Geschlecht und sexuelle Orientierung zu erläutern und auf mögliche persönliche Probleme damit einzugehen. Bewältigungsmechanismen, Behandlungsansätze und Behandlungshindernisse werden ebenso erkundet, wie die Erwartungen der Patient*innen an die Ärzt*innen oder Therapeut*innen. Für alle Bereiche des Cultural Formulation Interview gibt es ergänzende Module mit weiteren Fragen (APA 2013, S. 1-14). Auch gibt es ein begleitendes Fremdbeurteilungs-Interview, das bei Angehörigen benutzt werden kann, wenn die Patient*innen selbst keine Auskunft geben können (z. B. Kinder und Jugendliche, floride psychotische Personen oder Menschen mit einer kognitiven Funktionsstörung; Falkai et al. 2015, S. 1036-1040). Die Antworten der Patient*innen sollten vor dem Hintergrund der demographischen Angaben ausgewertet werden (ebd.). Ein Schlüssel zur Interpretation der Schilderungen der Patient*innen vor deren kulturellen Hintergrund liegt jedoch nicht vor und so hängt die Diagnose von der transkulturellen Erfahrung und Ausbildung der Psycholog*innen oder Ärzt*innen ab.

Für die interdisziplinäre Forschung zu kulturellen Unterschieden bei Erkrankungen wurde in den 90er Jahren der Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC) entwickelt (Weiss et al. 1992, S. 820). Bei der Entwicklung wurden Ansätze aus der Psychiatrie, Tropenmedizin, Epidemiologie und Kulturanthropologie einbezogen (Weiss 1997, S. 325). Der EMIC ist ein Rahmenwerk für semistrukturierte Interviews, das an die jeweilige Kultur angepasst wird, und zeigt die normativen Erklärmodelle der Kultur ebenso auf wie individuelle Abwandlungen (Weiss et al. 1992, S. 820). Ziel ist zu verstehen, was die befragten Patient*innen über die Ursachen einer Erkrankung glauben und wie sie sie behandeln (Weiss 1997, S. 244). Ihr generelles Verständnis von Krankheit wird ebenfalls erkundet, wie die krankheitsbezogenen Sorgen und Konsequenzen (ebd.). Der EMIC ermöglicht ebenso wie das Cultural Formulation Interview den Blick auf eine Erkrankung aus der Sicht der Betroffenen, während DSM und ICD aus der Expertenperspektive ein-

gesetzt werden (Weiss et al. 1992, S. 820). Er nutzt strukturierte Fragen und ein feststehendes Kodierungsschema für die Antworten, sodass die quantitative Auswertung für Studien möglich ist (Groleau 2006, S. 674f).

Eine stärker als der EMIC standardisierte und in weniger Zeit anwendbare Alternative ist das Short Explanatory Model Interview (SEMI; Lloyd et al. 1998, S. 1231f). Es baut auf dem Konzept der Erklärmodelle von Kleinman auf (ebd.). Das Interview nutzt offene Fragen in Alltagssprache und regt die Patient*innen durch Nachfragen zu weiteren Antworten an (ebd.). Das Interview ist in fünf einzeln nutzbare Blöcke zum persönlichen Hintergrund, der Erkrankung oder Störung, mit der sich die Patient*innen vorstellen, dem Verhalten auf der Suche nach Hilfe, der Interaktion mit Ärzt*innen oder Heiler*innen und zu den Überzeugungen in Bezug auf die Erkrankung oder Störung unterteilt (ebd.). Werden die Antworten kodiert, so lassen sich mit Hilfe des SEMI quantitative Daten gewinnen (ebd.). Das SEMI ist für klinische Routineanwendung und Feldforschung gedacht und soll anthropologische Forschung ergänzen (ebd., S. 1235).

Ergänzend zu EMIC und SEMI wurde das McGill Illness Narrative Interview (MINI) entwickelt, um Interviews mit spontanen Antworten großer Tiefe zu ermöglichen (Groelau et al. 2006, S. 674f). Es basiert auf den Methoden der ethnografischen Feldforschung und kann in der Umgebung einer klinischen Notaufnahme angewendet werden (ebd.). Während EMIC und SEMI auf Erklärmodellen aufbauen und deren Vorhandensein voraussetzen, ermöglicht das MINI auch die Analyse von Prototypen und Ereignisketten (ebd., S. 676f). Prototypen sind auffällige Ereignisse in der Vergangenheit, die Patient*innen nutzen, um in Analogie das aktuelle Geschehen zu erklären (ebd.). In Ereignisketten stellen Patient*innen die Erkrankung in zeitlichem Zusammenhang mit anderen Ereignissen dar, ohne einen kausalen Bezug herzustellen oder sie als Prototyp zu nutzen (ebd.). Erklärmodelle, Prototypen und Ereignisketten treten oft parallel auf (ebd.). Wiederholte Ereignisketten können unbewusst einen Prototyp hervorbringen und werden auch in Erklärmodelle einbezogen (ebd.). Haben Patient*innen ein Erklärmodell gebildet, wird die Erzählung über Symptome und das Erleben der Erkrankung daran angepasst und entsprechend strukturiert (ebd.). Prototypen und Erklärmodelle sind kulturell geprägt (ebd.). Im MINI werden kulturelle und individuelle Elemente nicht getrennt betrachtet (ebd.). Es eignet sich besonders, um widersprüchliche und nebeneinander bestehende Aussagen über die Erkrankung zu erkunden (ebd., S. 678).

EMIC, SEMI und MINI wurden nicht spezifisch für einzelne Störungen oder Erkrankungen entwickelt und müssen entsprechend angepasst werden. Aichberger et al. (2008, S. 440) empfiehlt sie für die epidemiologische Forschung zu kulturellen Aspekten der depressiven Störungen. Publikationen zum Einsatz in der klinischen Routinediagnostik gibt es nicht.

3.3.8 Kultur-spezifische Therapie depressiver Störungen

Studierende in ländlichen Hochschulen Indiens und der USA hatten in einer Befragung unterschiedliche Ansichten, was Patient*innen gegen eine depressive Störung unternehmen könnten (Nieuwsma et al. 2011, S. 557). Während Studierende aus beiden Kulturen

soziale und professionelle Unterstützung nannten, betonen die amerikanischen Teilnehmenden die Rolle von Beratung und Therapie, Bewegung und Medikation (ebd.). Indischen Studierenden setzten auf Meditation, Ablenkung, Unterhaltung und Yoga (ebd.). In Indien wird *Prānā*-Heilung als ergänzende Therapie eingesetzt. Der Hinduismus geht davon aus, dass alle Menschen eine Lebensenergie besitzen, die *Prānā* genannt wird. *Prānā* ist eine allumfassende kosmische Energie, die den Menschen Leben verleiht (Hunsraj 98, S. 15). Bei der *Prānā*-Heilung wirken Heiler*innen auf das Energiefeld des menschlichen Körpers ein, ohne ihn zu berühren (Rajagopal et al. 2017, S. 82). Die Heiler*innen nutzen ihre eigene Lebensenergie und die ebenfalls im Hinduismus postulierte Energie von Sonne, Luft und Erde, um auf das Energiefeld der Patient*innen einzuwirken. In einer kontrollierten, randomisierten und einfach verblindeten Studie⁸ zeigten Patient*innen bei *Prānā*-Therapie in Ergänzung zu Pharmakotherapie eine signifikant größere Verbesserung auf der Hamilton Depression Scale, als die Placebo-Gruppe mit reiner Pharmakotherapie (ebd., S. 4f).

Aguilera et al. (2010, S. 858) nutzen in der Therapie hispanischer Einwanderer in den USA eine kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen. Sie verwenden dafür ein in ihrer Gruppe an der University of California in San Francisco entwickeltes stark standardisiertes Vorgehen mit Drehbüchern für jede Therapiesitzung. Während der Therapiesitzungen fielen zwei Themen als besonders typisch für die hispanischen Patient*innen auf: zum einen eine starke Identifikation mit der Familie und Stress durch den Verlust familiärer Bindungen durch die Migration (ebd., S. 862). Migrations-bedingte Generationenkonflikte belasteten die Patient*innen ebenso wie die Gang-Mitgliedschaft und der Tod einiger Söhne. Zum anderen war *Simpatía* (Mitempfinden) den Patient*innen besonders wichtig (ebd.). Die Autor*innen integrierten daher Möglichkeiten zur gegenseitigen emotionalen Unterstützung in die Gruppentherapiesitzungen (ebd.). Sie betonen aufgrund ihrer Erfahrungen, dass eine Therapie, die auf vorgegebenen Skripten beruht, sich ohne Anpassungen nicht für kultursensitive Psychotherapie eignet, gehen aber nicht näher darauf ein, wie sie die Therapie an die hispanische Kultur angepasst haben (ebd., S. 863). Daneben gelte es den Autor*innen zu Folge, auf individuelle Faktoren wie Werte und Spiritualität zu achten, die nicht von allen Menschen einer Kultur geteilt würden (ebd.). Sie beschreiben eine deutlich niedrigere Dropout-Rate bei einem kulturell angepassten Vorgehen (ebd.).

Kognitive Verhaltenstherapie nach westlichem Model wird auch in China vermehrt eingesetzt (Ding et al. 2020, S. 2). Als Alternative wurde Ende der 90er Jahre die Chinesische Taoistische Kognitive Therapie entwickelt (CTCT, ebd.). Sie basiert auf dem traditionellen Daoismus (Taoismus) der indigenen chinesischen Bevölkerung. Der Daoismus ist neben dem Konfuzianismus und dem Buddhismus die einflussreichste Weltanschau-

⁸ Rajagopal et al. (2017, S. 85) beschreiben ihre Studie als doppelblind, doch lässt sich der beschriebenen Methode entnehmen, dass die Heiler*innen bei der Placebo-Gruppe zwar die gleichen Handlungen vornahmen, wie in der Behandlungsgruppe, jedoch keine Lebensenergie transferierten. Damit wussten die Heiler*innen, welche Patienten Placebo-behandelt wurden und es handelt sich um eine einfach verblindete Studie.

ung Chinas (ebd.). In der CTCT werden die Patient*innen angehalten, schädliches Grübeln und kognitive Verzerrungen durch Besinnung auf daoistische Prinzipien und Verhalten abzustellen (ebd., S. 2). Die Therapie beginnt mit der Darstellung der Probleme und Lebensereignisse der Patient*innen, gefolgt von der Analyse ihrer Werte und Überzeugungen (ebd., S. 2ff). Konflikte und Bewältigungsstrategien werden betrachtet (ebd.). Anschließend werden die Patient*innen in vier Grundsätze des Daoismus eingeführt, die ihnen als zukünftige Bewältigungsstrategien dienen sollen (ebd., S. 4):

- Handle im Einklang mit der Umwelt, die sich immer verändert
- Begrenze Egoismus und eigennützige Begierden
- Sei demütig, bewege dich in Harmonie und bekämpfe Hartes mit Weichheit
- Praktiziere Stille und Bewegungslosigkeit und folge den Gesetzen der Natur

Die CTCT zeigte in einer Meta-Analyse einen kleinen, aber statistisch signifikanten Effekt auf die Schwere depressiver Symptome (Ding et al. 2020, S. 7).

In Südkorea werden eine Reihe stark in die Kultur eingebetteter Therapien erprobt, darunter Beschäftigung mit Gartenarbeit, Blumenbinden, Zeichnen, Tanz und Mandalas (Kim und Park 2018, S. 154, Primärquellen in Koreanisch). Neben diesen Aktivitäten, die Achtsamkeit und Bewegung fördern, werden auch Achtsamkeitsmeditation, Lachen, Gruppentherapie und Schema-Therapie eingesetzt (ebd.). Gärtnerei und Blumenbinden verbesserte die Depressions- und Angstscores der Studienteilnehmerinnen Kim und Park zufolge signifikant (ebd., S. 157). Da die Primärquellen in Koreanisch verfasst sind, kann eine Bewertung der anderen Therapieansätze hier nicht vorgenommen werden.

Chowdhary et al. (2014, S. 1134-1137) sammelten systematisch Publikationen zur kulturellen Anpassung von psychotherapeutischer Intervention bei depressiven Störungen. Sie berichten über kulturelle Trainings und veränderten Gesprächsstil der Therapeut*innen (ebd., S. 1140f). Manche Therapeut*innen passten ihre Wortwahl und Metaphern an die Kultur an (ebd.). Probleme und Konzepte wurden kultursensitiv erklärt, um das Gefühl der Stigmatisierung zu vermeiden (ebd.). Lokale Praktiken und Heilmittel wurden eingesetzt, Familienmitglieder wurden einbezogen und Aufgaben für die selbstständige Nacharbeit der Patient*innen wurden verändert (ebd.). Die solchermaßen kulturell angepassten Therapien waren in einer Metaanalyse effektiver als die nicht näher charakterisierte Standardbehandlung oder ausbleibende Behandlung (ebd., S. 1141).

3.3.9 Modell der kulturellen Einflüsse auf die Diagnostik und Prävalenz depressiver Störungen

Basierend auf den in den Abschnitten 2.3 und 2.4 dargestellten Erkenntnissen ergibt sich ein Modell, welche Faktoren die Diagnostik depressiver Störungen und damit die gemessene Prävalenz beeinflussen (Abb. 1). Sie lassen sich unterteilen in individuelle Faktoren der Patient*innen, Faktoren des persönlichen und gesellschaftlichen Umfelds sowie methodische Faktoren. Bei allen drei Gruppen gibt es kulturelle Einflüsse, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

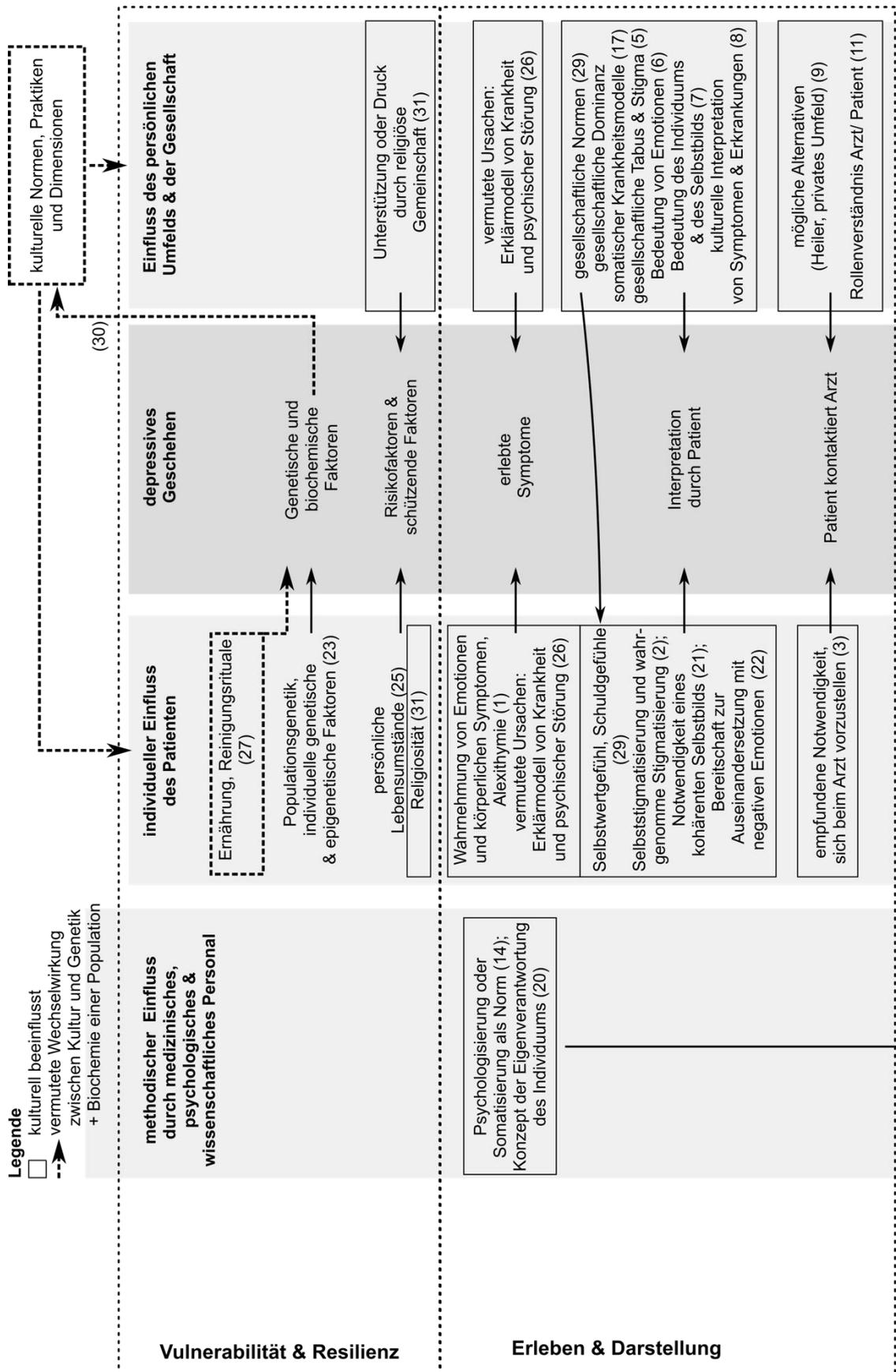


Abbildung 1: Einflussfaktoren in der Diagnostik depressiver Störungen, unterteilt in individuelle, gesellschaftliche und methodische Elemente (eigene Darstellung, Teil 2 auf der folgenden Seite)

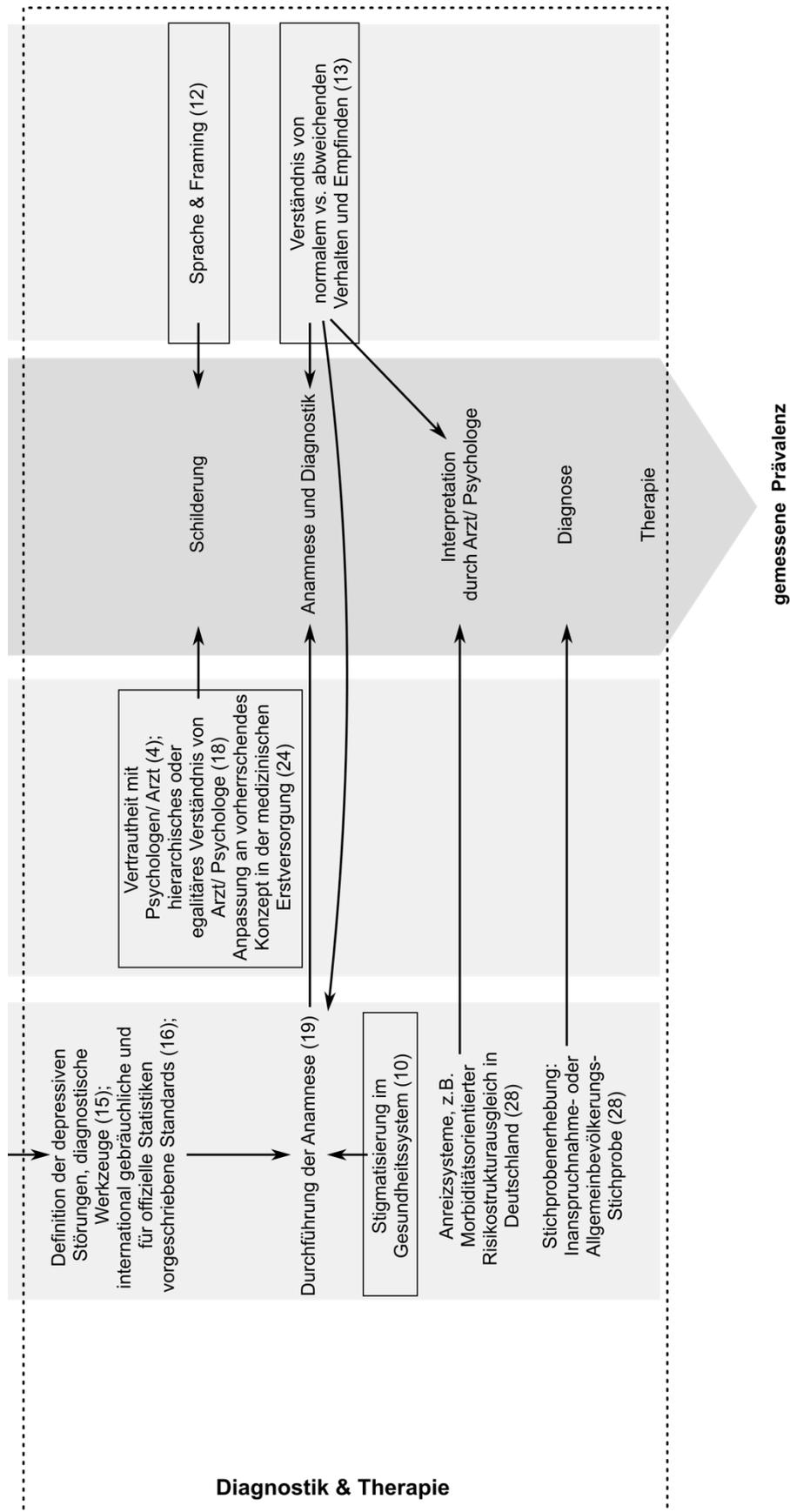


Abbildung 1: (Teil 2)

Quellen: (1) Bagayogo et al. 2013, S. 66; Ryder et al. 2008, S. 309; (2) Busby Grant et al. 2016, S. 250; (3) Simon et al. 2002, S. 592; (4) Ryder et al. 2008, S. 301; (5) Heine 2012, S. 474; Yen et al. 2000, S. 997f; Bagayogo et al. 2013, S. 65; (6)

Ryder et al. 2008, S. 269; (7) Suh 2004, S. 1387f; Tung 1994, S. 489; Ryder et al. 2008, S. 302; (8) siehe (1); (9) Ryder et al. 2008, S. 309; Cheung 1984, S. 378; (10) Yen et al. 2000, S. 997f; Kleinman 2004, S. 952; (11) Kleinman et al. 2004, S. 952; (12) Tung 1994, S. 488f; van Quekelberghe 2007, S. 545; Tsai et al. 2004, S. 1234; (13) Draguns und Tanaka-Matsumi 2003, S. 758; Härter et al. 2017, S. 179; (14) Heine 2012, S. 472f, Ryder et al. 2008, S. 308; Kirmayer et al. 1993, S. 737; (15) Ryder et al., 2008, S. 308; Ryder et al. 2008, S. 302 ; (16) Tyrer 2014, S. 282; (17) Bagayogu et al. 2013, S. 71; Widerspruch bei Dion 1996, S. 537 und Ryder et al. 2008, S. 310; (18) Kleinman 2004, S. 952; (19) (Yeung et al. 2004, S. 325; Ryder et al. 2008, S. 308; Härter et al. 2017, S. 44; (20) van Quekelberghe 2007, S. 546; (21) Suh 2002, S. 1387f; Spencer-Rodgers et al. 2010, S. 302; De Vaus et al. 2017, S. 297; (22) van Quekelberghe 2007, S. 547; (23) Wittchen et al. 2010, S. 15; (24) Cheung 1987, S. 103; (25) Wittchen 2010, S. 16f; (26) Nieuwsma et al. 2011, S. 555; (27) van Queckelberghe 2007, S. 533; (28) Melchior et al. 2014, S. 113; (29) Härter et al. 2017, S. 180; (30) Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 346; (31) Krumrei et al. 2013, S. 328; Smith und McCullough 2003, S. 24, 27; Green und Elliott 2010, S. 150; Ellison und Lee 2010, S. 503f.

3.4 Depressive Störungen im kulturellen Vergleich

3.4.1 Transkulturelle Unterschiede der betrachteten Länder

In der zweiten Hälfte dieser Arbeit sollen die Unterschiede in der Wahrnehmung und im Umgang mit depressiven Störungen in vier Ländern betrachtet werden:

- Chile (lateinamerikanischer Kulturraum, mittlere bis hohe Prävalenz depressiver Störungen)
- Deutschland (westlich-industrielles Land, mittlere bis hohe Prävalenz)
- Japan (asiatischer Kulturraum, niedrige Prävalenz)
- Nigeria (afrikanischer Kulturraum, niedrige Prävalenz)

Dafür soll zunächst erörtert werden, wie sich die nationalen Kulturen dieser Länder in Bezug auf einige Dimensionen unterscheiden, die im Zusammenhang mit depressiven Störungen untersucht wurden. Anschließend soll für jedes dieser Länder dargestellt werden, welche Erkenntnisse es zu depressiven Störungen in diesen Ländern gibt. Zuletzt soll, basierend auf diesen Ergebnissen, das Modell kultureller Einflüsse auf die Wahrnehmung und Diagnostik depressiver Störungen (Abbildung 1) verfeinert werden.

Ethnische (oder nationale) Kultur wird oft anhand von Kulturdimensionen mit zwei Polen, zwischen denen die Nationen angeordnet werden, beschrieben. Dies basiert auf der Annahme, dass nationale Kulturen einheitlich, distinkt beschreibbar und messbar seien⁹. Die Theorie sozialer Identität (Social Identity Theory) geht über den Ansatz der nationalen Kulturdimensionen hinaus, indem sie jeden Menschen im Einfluss einer Vielzahl von Kulturen und Subkulturen sieht, darunter ethnische, nationale, organisationale und berufliche, die sich situationsabhängig darstellen und sich darüber hinaus durch Ereignisse oder durch veränderte Rahmenbedingungen verändern können (Straub et al. 2002, S. 13f; McSweeney 2002, S. 98f, 197). Die Kombination daraus ist bei jedem Menschen einzigartig (ebd.). Die kulturellen Einflüsse können sich komplex, also unvorhersagbar, mischen und so ein bestimmtes Verhalten beeinflussen (ebd.). Für die empirische Forschung würde dies bedeuten, bei allen Studienteilnehmer*innen die unterschiedlichen Kulturen und ihren Einfluss zu identifizieren (ebd.). Dies wurde in den Studien, die bei der Recherche für diese Arbeit gefunden wurden, nicht getan. Vielmehr wurde entweder das Modell der Kulturdimensionen in der Beschreibung von Hofstede verwendet oder die Analyse der kulturellen Unterschiede geschah ohne ein zugrunde gelegtes theoretisches Modell. Für depressive Störungen untersuchte Dimensionen sind der Unterschied zwischen individualistischen und kollektivistischen Kulturen, Femininität und Maskulinität, die Konzepte der Machtdistanz und der Unsicherheitsvermeidung. Diese sollen im Folgenden vorgestellt werden.

⁹ Die bekannteste Studie von Hofstede weist methodische Mängel auf, da die Stichprobe in manchen Ländern klein war, die Streuung groß und die Erklärung der gefundenen Unterschiede als national begründet nicht stichhaltig ist (McSweeney 2002, S. 94f, S. 100, S. 102). Auch stammten alle Teilnehmenden aus demselben Unternehmen und vergleichbaren Berufen, weshalb es fraglich ist, wie repräsentativ die Ergebnisse sind (ebd.).

3.4.1.1 Individualistische und kollektivistische Kulturen

In kollektivistischen Kulturen wird das Interesse einer Gemeinschaft über das der einzelnen Menschen gestellt (Hofstede et al. 2010, S. 90f), während in individualistischen Kulturen das Interesse des Einzelnen als wichtiger erachtet wird. In individualistischen Gesellschaften wird das Ich als unabhängig und selbstständig charakterisiert, während es in kollektivistischen Kulturen als in der Gemeinschaft verflochten und verbunden verstanden wird (Xiaohua Chen et al. 2006, S. 645). In der chinesischen Gesellschaft, ein Beispiel einer kollektivistischen Gemeinschaft, ist ein Mensch ein soziales Wesen und der richtige und falsche Umgang mit anderen Menschen ist klar geregelt (Tung 1994, S. 489). Dazu gehören Werte wie Güte, Großzügigkeit, Mäßigung und Harmonie (ebd.). Gier, Eigennutz, und Selbstdarstellung werden abgelehnt (ebd.). „Mensch sein“ ist gleichgesetzt mit „in Beziehung sein“ und bedeutet, in Übereinstimmung mit diesen Regeln zu handeln (ebd.). Das Ich ist ebenso ein kollektives und soziales Ich wie ein individuelles (ebd.). Der überwiegende Teil der Menschheit lebt in kollektivistischen Kulturen, nur eine Minderheit in individualistischen (ebd.). Bei kollektivistischen Kulturen wird zwischen Gesichts-Kulturen (face cultures) und Ehr-Kulturen (honour cultures) unterschieden (Smith et al. 2016, S. 443f). In Gesichts-Kulturen ist die Harmonie der Gemeinschaft wichtig und daher ist es unangemessen, Ärger auszudrücken (ebd.). In Ehr-Kulturen hingegen ist es wichtig, die persönliche Ehre und die der Gemeinschaft zu verteidigen und seinen Ärger auszudrücken (ebd.). Individualistische Kulturen werden in diesem Modell als Würde-Kulturen (dignity cultures) bezeichnet (ebd.).

Die Position von Chile, Deutschland, Japan und Nigeria auf der Individualismus-Skala ist in Abbildung 2 dargestellt (Quellenangaben unter der Abbildung). Deutschland hat die am stärksten individualistische Kultur der vier Länder mit einem Wert oberhalb der Skalenmitte, während Chile und die Länder West-Afrikas deutlich kollektivistisch sind. In Nigeria gilt es zwischen den Hausa, Yoruba und Igbo zu unterscheiden (Aluko 2003, S. 170). Die Hausa und Yoruba sind eher kollektivistisch und die Igbo individualistisch, doch sehr loyal zur Gruppe (ebd., S. 170, S. 177). Japan liegt in der Mitte der Skala (Hofstede et al. 2010, S. 95-97). Chile ist eine Ehr-Kultur, Japan eine Gesichts-Kultur und Deutschland eine Würde-Kultur (Yao et al. 2017, S. 725). Nordafrikanische Länder werden den Ehr-Kulturen zugeordnet, die Länder südlich der Sahara sind noch nicht untersucht (ebd., S. 732). Daher kann Nigeria keiner der drei Gruppen zugeordnet werden.

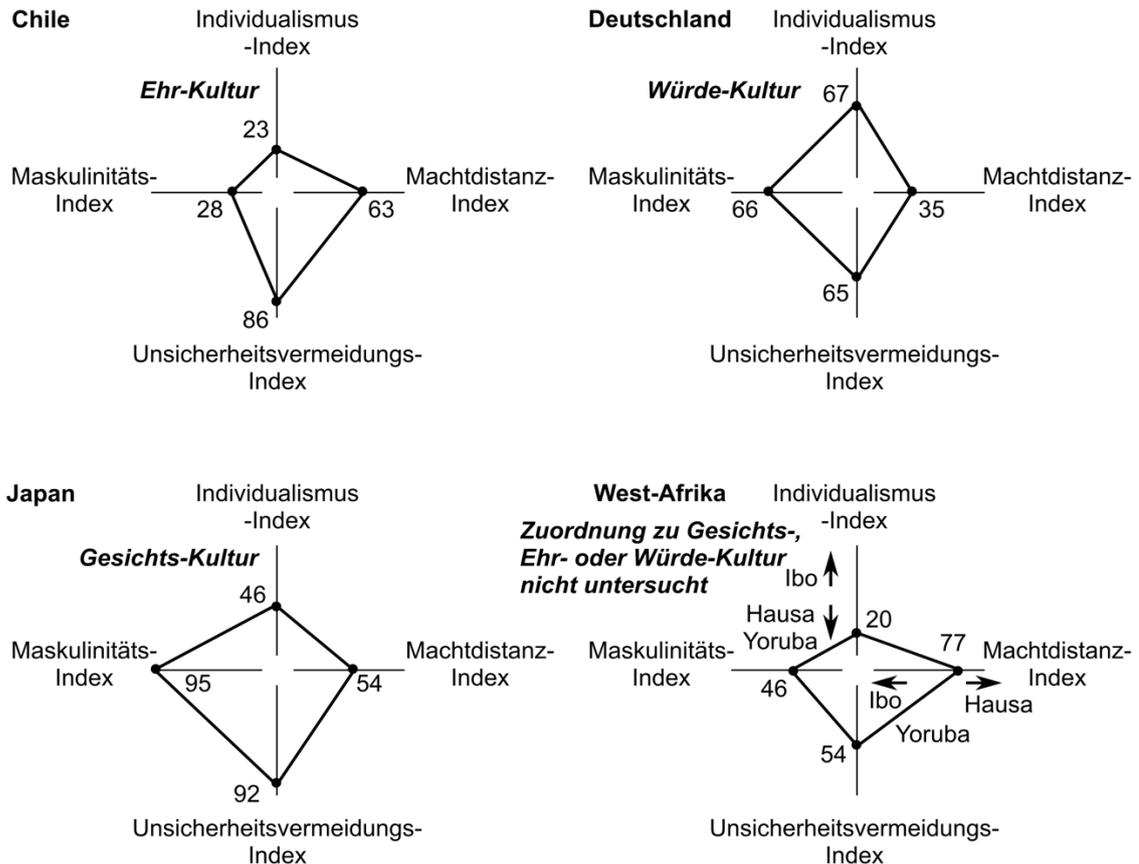


Abbildung 2: Position von Deutschland, Japan, Chile und Nigeria auf den Skalen der vier Kulturdimensionen, die im Zusammenhang mit depressiven Störungen untersucht wurden (eigene Darstellung)

Dargestellt sind der Machtdistanz-Index, der Individualismus-Index, der Unsicherheitsvermeidungs-Index und der Maskulinitäts-Index sowie die Einteilung in Würde-, Ehr- und Gesichts-Kulturen. Für Nigeria liegen keine Daten vor, daher sind die Daten für Westafrika dargestellt (Quellen: Hofstede et al. 2010, S. 57-59, 95-97, 141-143, 192-194; Yao et al. 2017, S. 725; Aluko 2003, S. 170).

Individualismus als kulturelle Dimension korreliert mit dem subjektiven Wohlbefinden von Menschen (Arrindell et al. 1997, S. 48). Das subjektive Wohlbefinden ist ein Indikator, wie sehr eine Person die Gesamtqualität ihres Lebens positiv bewertet, und ist ein wichtiger Teil der psychischen Gesundheit (ebd.). Die individuelle Einschätzung des Wohlbefindens hängt von Emotionen und Gedanken der Zufriedenheit mit dem im Leben Erreichten ab (ebd.). Es bleibt bei längerer Messung in der Regel stabil mit wenig Streuung um einen festen Wert (Cummins 2013, S. 90). Cummins (ebd.) postuliert, dass Verschiebungen ins Negative soweit möglich ausgeglichen werden, solange die Selbstregulation nicht durch chronische und starke, negative Emotionen ausgeschlossen wird. Er bezeichnet dies als den Kern der depressiven Störung (ebd.). Diese Theorie wird durch eine erste Untersuchung in Großbritannien unterstützt, in der eine negative Korrelation des subjektiven Wohlbefindens mit der Prävalenz depressiver Störungen gezeigt werden konnte (Lagnado et al. 2017, S. 271). Aus dem Zusammenhang von individualistischen versus kollektivistischen Kulturen und subjektivem Wohlbefinden (Arrindell et al. 1997,

S. 48) sowie subjektivem Wohlbefinden und depressiven Störungen (Cummins 2013, S. 90; Lagnado et al. 2017, S. 271) ließe sich eine Wirkungskette von Individualismus versus Kollektivismus und Depressionen ableiten. Doch die niedrigere Prävalenz depressiver Störungen in kollektivistischen Kulturen wie Japan und China unterstützt diese These nicht (Knyazev et al. 2017, S. 27). Vielmehr ließe sie sich dahingehend interpretieren, dass Kollektivismus vor depressiven Störungen schützt (ebd.). Dem widerspricht die Studie von Knyazev et al. (2017, S. 30), nach der in der kollektivistischen Kultur Russlands eine individualistische Orientierung vor Depressionen schützen kann. Caldwell-Harris und Aycicegi (2006, zitiert nach Knyazev et al. 2017, S. 27) stellen die These auf, dass vor allem jene Menschen leiden, die in einer kollektivistischen Kultur ein unabhängiges Selbstbild haben oder in einer individualistischen Kultur ein interdependentes.

Menschen in asiatischen Kulturen glauben, sie hätten weniger Kontrolle über ihr Leben als jene in individualistischen Kulturen (Sastry und Ross 1998, S. 109). Die empfundene Kontrolle hat jedoch in asiatischen Ländern weniger Einfluss auf das psychische Wohlbefinden und auf eine depressive Störung als in individualistischen Ländern, wo sie negativ mit dem Vorhandensein von depressiven Störungen korreliert (ebd.).

In Ehr-Kulturen wird Ärger ausgedrückt oder versteckt und nach innen gerichtet, nicht aber kontrolliert (Smith et al. 2016, S. 12). Beides sind Faktoren, die zur Vorhersage einer depressiven Störung herangezogen werden können (ebd.). Kontrolle des Ärgers, wie es in Gesichts-Kulturen üblich ist, schützt vor Depressionen (ebd.). Unabhängig davon wird die Kontrolle des Ärgers in Ehr-Kulturen und individualistischen Kulturen als schädlich und Depressions-fördernd angesehen (ebd.).

Die widersprüchlichen Daten zu depressiven Störungen in individualistischen und kollektivistischen Kulturen und die komplexen Zusammenhänge zwischen der Individualismus-Dimension und Depressionen sind nicht eindeutig interpretierbar. Dies spricht dafür, dass weitere, bisher nicht ausreichend untersuchte Faktoren moderierend eingreifen oder dass die Individualismus-Kollektivismus-Dimension mehr als zwei Pole hat. Triandis (2001, S. 909) betont, dass sich kollektivistische Kulturen untereinander stark unterscheiden – insbesondere darin, ob sie eher egalitär (horizontal) oder hierarchisch (vertikal) sind, also durch die Machtdistanz (Triandis 2001, S. 909f). Dasselbe trifft auf individualistische Kulturen zu (ebd.).

3.4.1.2 Feminine und maskuline Kulturen

Die sozialen Rollen von Männern und Frauen und das von ihnen erwartete Verhalten in der Gesellschaft sind nur teilweise von biologischen Gegebenheiten bestimmt (Hofstede et al. 2010, S. 137). Hofstede beschreibt die erwarteten Genderrollen als maskulin und feminin, wobei Männer feminines Verhalten zeigen können und Frauen maskulines (ebd.). In vielen Gesellschaften wird von Männern erwartet, dass sie durchsetzungsfähig, wettbewerbsorientiert und hart sind, während die soziale Rolle der Frauen darin besteht, liebevoll zu sein, sich um andere zu kümmern und sich mit der Qualität des Lebens zu befassen (ebd., S. 138). Solche Gesellschaften bezeichnet Hofstede als maskulin (ebd.,

S. 140). In femininen Gesellschaften hingegen wird von beiden Geschlechtern ein bescheidenes und liebevolles Verhalten erwartet und sie sollten sich mit der Qualität des Lebens beschäftigen (ebd.). Von den vier untersuchten Ländern ist Japan das maskulinste, gefolgt von Deutschland (Abbildung 2 auf Seite 43). Die Länder West-Afrikas liegen in der Mitte der Skala und Chile ist als einziges Land eher feminin (ebd., S. 141-143).

Maskuline Gesellschaften streben nach einer Leistungsgesellschaft, feminine hingegen nach einer Wohlfahrtsgesellschaft (Arrindell et al. 2003, S. 810). In reichen Ländern korreliert Femininität mit einer hohen Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens auf nationaler Ebene, in armen Ländern hingegen Maskulinität (Arrindell et al. 1997, S. 50). Aus der Theorie von Cummins (2013, S. 90) zum Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und Depression lässt sich ableiten, dass die Maskulinität und Femininität einer Kultur abhängig von der finanziellen Situation der Menschen und des Landes mit der Prävalenz depressiver Störungen korrelieren könnte. Empirische Untersuchungen dazu gibt es nicht.

3.4.1.3 Kulturen mit hoher oder niedriger Machtdistanz

Manche Gesellschaften sind eher egalitär: In ihnen ist es angemessen, nicht allzu sehr aus der Menge herauszuragen und einen hohen Status auf einem Gebiet, aber einen niedrigen auf einem anderen zu haben (Hofstede et al. 2010, S. 54). In anderen Gesellschaften ist es angemessen, nach einem hohen Status, Reichtum und Einfluss zu streben (ebd.). Die Dimension der Machtdistanz beschreibt, in welchem Ausmaß weniger mächtige Menschen Institutionen und Organisationen akzeptieren und erwarten, dass Macht ungleich verteilt ist (ebd., S. 61). Von den vier untersuchten Ländern hat Deutschland die niedrigste Machtdistanz, ist also eher egalitär ausgerichtet. Japan liegt etwa in der Mitte (Abbildung 2 auf Seite 43). Chile und die Länder West-Afrikas zeigen hingegen eine höhere Machtdistanz (ebd., S. 57-59). Die ethnische Gruppe der Hausa in Nigeria ist durch eine hohe Machtdistanz gekennzeichnet, in der Autorität, Loyalität und Gehorsam wichtig sind (Aluko 2003, S. 170). Demgegenüber fällt die Kultur der Igbo (oder Ibo) durch egalitäre und anarchische Bestrebungen und Geringschätzung von Menschen, die andere als übergeordnet akzeptieren, auf (ebd.). Die Yoruba sind zwischen diesen beiden Extremen angesiedelt (ebd.).

Eine hohe Machtdistanz korreliert negativ mit dem subjektiven Wohlbefinden von Menschen (Arrindell et al. 1997, S. 48), welches wiederum negativ mit der Prävalenz depressiver Störungen korreliert (Cummins 2013, S. 90; Lagnado et al. 2017, S. 271).

3.4.1.4 Kulturen mit hoher oder niedriger Unsicherheitsvermeidung

Extreme Unklarheit, was die Zukunft bringen wird, erzeugt in allen Gesellschaften unerträgliche Sorgen und Unbehagen (Hofstede et al. 2010, S. 189). Doch Gesellschaften unterscheiden sich darin, wie Menschen mit moderater Unsicherheit umgehen. Manche sind eher tolerant gegen Unsicherheit, während andere bestrebt sind, sie mit Hilfe von Gesetzen, Technologie und Religion zu vermeiden (ebd.). Chile und Japan weisen einen

hohen Drang zur Vermeidung von Unsicherheit auf, gefolgt von Deutschland (Abbildung 2 auf Seite 43). Die Länder West-Afrikas liegen etwa in der Mitte der Skala (ebd., S. 192-194). Die kulturelle Dimension der Unsicherheitsvermeidung korreliert negativ mit dem subjektiven Wohlbefinden (Arrindell et al. 1997, S. 48), welches wiederum negativ mit der Prävalenz depressiver Störungen korreliert (Cummins 2013, S. 90; Lagnado et al. 2017, S. 271).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zusammenhänge zwischen kulturellen Dimensionen und depressiven Störungen wenig untersucht sind. Soweit empirische Daten vorliegen, zeigen sie keine eindeutigen Muster. Dies deutet darauf hin, dass entweder die Zusammenhänge komplex sind und durch weitere Faktoren und kulturelle Dimensionen moderiert werden oder dass das Modell der kulturellen Dimensionen für das Verständnis der kulturellen Unterschiede bei depressiven Störungen nicht relevant ist.

3.4.2 Depressive Störungen in Deutschland

3.4.2.1 Daten zu depressiven Störungen in Deutschland

Das Risiko, im Verlauf des Lebens an einer depressiven Störung zu erkranken, liegt in Deutschland wie auch international bei 16-20 % (Härter et al. 2017, S. 20). Das Robert-Koch-Institut gibt eine Lebenszeit-Prävalenz von 19 % an, wobei doppelt so viele Frauen betroffen sind wie Männer (25 % versus 12 %; Wittchen et al. 2010, S. 19). Zwischen 2000 und 2012 hat sich die Zahl der Krankmeldungen ebenso wie die Zahl der Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen verdoppelt (BPtK 2015, S. 9, S. 11). Im gleichen Zeitraum nahmen die Frühverrentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen um 40 % zu (DRV 2018, S. 105). Im Jahr 2015 wurden über 11.500 Menschen wegen einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung frühverrentet (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020, o.S.). Die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre aufgrund von Depressionen nahmen zwischen 2002 und 2008 kontinuierlich auf zuletzt 210.000 Jahre zu (Statistisches Bundesamt 2015, S. 37-40). Auch die Krankheitskosten stiegen im gleichen Zeitraum von 3,99 um ein Drittel auf zuletzt 5,32 Milliarden Euro an (ebd., S. 17, 22, 27, 32). Depressive Störungen verursachen in Deutschland eine hohe Krankheitslast: Sie sind an Platz 4 der Krankheiten gelistet, die die meisten Lebensjahre mit Krankheit oder Behinderung (YLD) verursachen (IHME 2019c, o. S.). In der Öffentlichkeit wird aufgrund solcher Zahlen inzwischen von der „Volkskrankheit Depression“ gesprochen. In einer Umfrage unter Erwerbstätigen wurde die Lebenszeitprävalenz von depressiven Störungen mit 30-42 % gar deutlich überschätzt (Angermeyer et al. 2014, S. 62; von dem Knesebeck et al. 2013, S. 671).

3.4.2.2 Ausgrenzung und Verfolgung in der jüngeren deutschen Geschichte

Die Betrachtung der Melancholie in der europäischen Geistesgeschichte reicht bis in die Antike zurück und soll hier nicht erörtert werden. Besonderen Einfluss auf die Therapie depressiver Patient*innen in Deutschland hatte die Enquête-Kommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland in den 70er Jahren. Ihr Entstehen wird verständlich, wenn

man die jüngere Geschichte des Umgangs mit psychisch Kranken im Nationalsozialismus und der Nachkriegszeit betrachtet. Die Nationalsozialisten führten Zwangssterilisationen von Menschen mit psychischen Störungen, darunter schwere Depressionen, durch und richteten manche im Rahmen des Euthanasieprogrammes hin (Roelcke 2012, S. 108). Erkrankte wurden für medizinische Experimente herangezogen, unter anderem in der Entwicklung der Elektroschocktherapie, die bis in die 60er Jahre angewendet wurde (ebd., S. 71f). Negatives Denken und Miesmacherei waren unerwünscht und entsprechende Äußerungen konnten zu erzieherischen Maßnahmen führen (Ingenkamp 2012, S. 226). Trotz der Verfolgung psychisch Kranker wurden leichtere Depressionen in manchen Fällen therapiert (Ingenkamp 2012, S. 226). In Berlin wurde das Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie gegründet, das ambulante Therapien anbot und Psychotherapeut*innen ausbildete (Roelcke 2012, S. 106f). Mitarbeiter*innen des Instituts beschäftigten sich mit der Prävention und Therapie von Stresszuständen, Homosexualität in der Wehrmacht und Betriebspsychologie in der Rüstungsindustrie (ebd.). Das Institut wurde von einem Cousin Hermann Görings geleitet (ebd.). Nach dem Zweiten Weltkrieg blieben Psychiater*innen des Nationalsozialismus aktiv und besetzten Schlüsselpositionen in den Fachgesellschaften (ebd.). Sie beriefen sich fachlich auf die Zeit vor dem Nationalsozialismus und auf die Psychiater Wilhelm Griesinger und Emil Kraepelin (ebd.). Dabei blendeten sie aus, dass Kraepelin bereits Ende des 19. Jahrhunderts Menschen mit psychischen Erkrankungen mit Ausnahme der affektiven Störungen in einem Lehrbuch als „entartet“ und „minderwertig“ bezeichnete (Jurk 2006, S. 53).

Es ist nicht untersucht, in welchem Ausmaß die Einstellung der Bevölkerung im Nationalsozialismus und die personelle Kontinuität in der Psychologie und Psychiatrie nach seinem Ende die Einstellung gegenüber psychisch Kranken bis heute geprägt hat. In einer Umfrage in Haushalten stellten Althaus et al. (2002, S. 663) fest, dass Männer über 60 Jahre eher als der Durchschnitt der Bevölkerung der Meinung sind, dass Depressionen keine richtige Krankheit seien, dass die Betroffenen selbst an der Störung schuld seien und dass sie sich zusammenreißen sollten, um sie wieder loszuwerden. Von 2002 zurück gerechnet ist dies die Generation derer, die während oder vor den 30er Jahren geboren wurden und während des Nationalsozialismus oder in der Nachkriegszeit aufwuchsen. Ein ursächlicher Bezug zu ihrer Erziehung und dem kulturellen Umfeld ihrer Jugend lässt sich daraus nicht herstellen, insbesondere da Frauen derselben Generation in der Publikation nicht mit denselben Meinungen beschrieben werden.

Die Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland war in der Nachkriegszeit in einem schlechten Zustand. Die Patient*innen lebten ohne Intimsphäre in Schlafsälen mit bis zu 70 Betten und es fehlte ihnen teils das Nötigste zur persönlichen Hygiene (Finzen 2015, S. 392f). Die psychisch Kranken wurden ebenso wie die psychiatrischen Anstalten vergessen und Klinikpersonal, das auf die Zustände aufmerksam machte, wurde teils mit Disziplinarverfahren und Redeverboten belegt (Häfner 2016, S. 125; Finzen 2015, S. 392f). Ein kritischer Aufruf des Psychiaters Heinz Häfner, der im Jahr 1965 von einem „nationalen Notstand“ schrieb, verhallte ungehört (Finzen 2015, S. 392f). Die Insassen

der psychiatrischen Anstalten blieben dort über lange Zeit, etwa ein Drittel sogar über 10 Jahre (Häfner 2016, S. 126). 1971 berief der Deutsche Bundestag auf Betreiben des Abgeordneten Walter Picard eine Enquête-Kommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland ein, die 1975 ihren Abschlussbericht veröffentlichte. Der Bericht stieß eine Reform der Psychiatrie an, die sich von einer verwahrenden in eine therapeutische Disziplin wandelte (ebd., S. 140). Dazu trugen auch die Entwicklung der Antidepressiva, Neuroleptika und Anxiolytika sowie neue Psychotherapieverfahren bei (ebd.). Die Patient*innen wurden vermehrt ambulant behandelt und die stationäre Unterbringung blieb auf Krisen beschränkt (ebd.).

In der DDR wurde Psychologie, wie auch andere Studiengänge, am Paradigma des Marxismus-Leninismus ausgerichtet (Behnke 1995, S. 13). Psychologie sollte die Effektivität der Werktätigen steigern und zur Verbesserung ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen beitragen (ebd.). Der 1977 aus der DDR ausgereiste Psychologe Klaus Behnke und der im gleichen Jahr ausgebürgerte Psychologe und Schriftsteller Jürgen Fuchs wiesen darauf hin, dass die Psychiatrie und Psychologie in der DDR mit dem Ministerium für Staatssicherheit verbunden gewesen seien (ebd.; Fuchs 1995, S. 50). Im Studiengang „Operative Psychologie“ an der Juristischen Hochschule des Ministeriums für Staatssicherheit in Potsdam-Golm sollte die Psychologie einen „Beitrag zur weiteren Erhöhung des Nutzeffektes der tschekistischen [geheimdienstlichen] Tätigkeit“ leisten (Behnke 1995, S. 13, Primärquelle nicht genannt). Die sog. Operative Psychologie war ein „unverzichtbarer Bestandteil“ der Ausbildung an der Juristischen Hochschule (ebd.). Die Staatssicherheit der DDR schrieb in einer internen Dienstanweisung, die Operative Psychologie sei einzusetzen, um „in die inneren Regungen des Feindes einzudringen“, mit dem Ziel der „Entlarvung und Liquidierung, Beeinflussung, Zersetzung und Anwerbung“ (Fuchs 1995, S. 54). Es ist nicht bekannt, in welchem Ausmaß die von Behnke und Fuchs zitierten Unterlagen des Ministeriums für Staatssicherheit Eingang in die Praxis fanden (Ash 1995, S. 220). Es ist anzunehmen, dass psychiatrische Kliniken missbraucht wurden, um Bürger*innen unter Druck zu setzen. In einer repräsentativen Umfrage unter Bürger*innen der ehemaligen DDR hielt es 1995 die Mehrheit der Befragten für möglich, dass in der DDR Menschen aus politischen Gründen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurden (Angermeyer und Matschiger 1995, S. 38ff). Mehr als 40 % gingen davon aus, dass dies eine häufige Praxis gewesen sei und 9 % der Befragten kannten jemanden im Bekanntenkreis, der davon betroffen war (ebd.). Dennoch waren weniger als 9 % der Meinung, Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen machten sich allzu bereitwillig zu Handlangern des Staates (ebd.). Psychiater*innen wurden wie viele andere Berufstätige von der Staatssicherheit als inoffizielle Mitarbeiter*innen angeworben, um ihre Kolleg*innen zu überwachen und zu disziplinieren (Süss 1995, S. 259f). Darüber hinaus benötigte das Ministerium für Staatssicherheit die Psychiater*innen, um mit ihren Fachkenntnisse Auskünfte und inoffizielle Gutachten über Personen zu erstellen, für die die Staatssicherheit sich interessierte (ebd.). Insbesondere zwangseingewiesene und forensische Patient*innen galten als Sicherheitsrisiko und sollten durch die inoffiziellen Mitarbeiter*innen überwacht werden (ebd.).

Psychiatrische Einrichtungen waren zugleich auch ein Ort, an dem systemkritische Menschen aufeinandertrafen – als Patient*innen, Ärzt*innen und Pflegekräfte – und an den unliebsame Menschen abgeschoben wurden (ebd., S. 234). In vielen materiell schlecht ausgestatteten und überbelegten Krankenhäusern wurden Patient*innen unter zum Teil unwürdigen Bedingungen verwahrt (ebd., S. 234f). Dennoch entstand in der DDR eine eigene Richtung der Psychotherapie, die intendierte dynamische Gruppen(psycho)therapie (Härdtle und Schneider 1999, S. 44f). In ihr wird „eine Umformung der Persönlichkeit über Einstellungsänderungen *in* der Gruppe, *durch* die Gruppe und *mit* der Gruppe“ angestrebt (Höck 1982, S. 18; Hervorhebungen durch den Autor). Als Therapieverfahren betont sie die Gruppendynamik und soziale Normen stark und bildete damit einen historischen Kompromiss aus Psychotherapie und dem politischen System der DDR (Härdtle und Schneider 1999, S. 55f).

Die Verfolgung psychisch Kranker im Nationalsozialismus und ihre Instrumentalisierung für die Ziele des Staates in der DDR hatten vermutlich Einfluss auf die Einstellung der Bürger*innen zu den Betroffenen. Es ist davon auszugehen, dass die Tendenz zur Stigmatisierung dadurch verstärkt wurde, auch wenn keine Publikationen gefunden wurden, die diese Zusammenhänge untersuchen.

3.4.2.3 Stigmatisierung

Psychisch Kranke wurden in Europa seit dem Mittelalter stigmatisiert. Als nach damaligem Verständnis Wahnsinnige wurden sie ausgegrenzt, interniert oder hospitalisiert. Dies setzte sich über Jahrhunderte fort. Der menschenverachtende Umgang mit psychisch Kranken gipfelte in deren Verfolgung während des Nationalsozialismus und setzte sich in gemäßigter Form bis in die 70er Jahr hinein fort (ebd., S. 74). Alexander und Margarete Mitscherlich schrieben 1967 (S. 40-42) in ihrem Buch „Die Unfähigkeit zu trauern“ von Gefühlsstarre und fehlendem Mitgefühl in der Bevölkerung als Weg, die Schuld der Vergangenheit zu verdrängen.¹⁰ Es ist denkbar, dass diese Gefühlskälte sich auf den Umgang mit psychisch Kranken auswirkte – Publikationen dazu wurden jedoch nicht gefunden.

Psychisch Kranke werden heute in Deutschland von etwa 30 % der Bevölkerung als gefährlich eingestuft (Coppens et al. 2013, S. 29; Angermeyer et al. 2004, S. 424f). Darin unterscheidet Deutschland sich von anderen untersuchten Ländern (ebd.). Die Angst vor psychisch Kranken könnte dadurch begründet sein, dass in vielen psychiatrischen Kliniken Einrichtungen des Maßregelvollzugs existieren, die das Bild in der Umgebung beeinflussen (Holzinger et al. 2003, S. 400). Die Bevölkerung ist auch weniger bereit, finanzielle Mittel für die Patientenversorgung und die Forschung zu psychischen Erkrankungen aufzubringen als bei körperlichen Erkrankungen (Beck et al. 2003, S. 603). In zwei Umfragen wurden Anfang der 2000er Jahre Schizophrenie und Depressionen zu-

¹⁰ Gemeint ist nicht die Unfähigkeit, um die Opfer des Nationalsozialismus zu trauern, sondern die Trauer um Hitler als narzisstisches Objekt, der durch seinen Suizid und die Siegermächte entwertet wurde (Tändler 2016, S. 206). Damit war eine völlige moralische Entwertung der eigenen Vergangenheit verbunden.

sammen mit Alkoholismus als jene Felder genannt, für die weniger oder kein Geld ausgegeben werden solle (ebd.; Schomerus et al. 2006, S. 373). Dies steht im Widerspruch dazu, dass etwa 30 % der Befragten eine persönliche Suszeptibilität nicht ausschließen (Schomerus et al. 2006, S. 373) und daher Interesse an einer effektiven Behandlung haben müssten. Es lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass nahezu ein Drittel der Befragten depressive Störungen nicht als schwere Erkrankung einstufen und ebenfalls ein Drittel davon ausgehen, dass Depressionen sich nicht effektiv behandeln lassen (ebd.). Auch sehen 18 % eine hohe persönliche Verantwortung der Betroffenen und betrachten Depressionen als Zeichen persönlicher Schwäche oder gar einer Charakterchwäche (ebd.; Coppens et al. 2013, S. 29; Althaus et al. 2002, S. 661). Zwischen 27 und 30 % der Bevölkerung sehen eine falsche Lebensführung oder fehlende Selbstdisziplin als Ursache depressiver Störungen (Althaus 2002, S. 661). Weit mehr Menschen nennen jedoch andere Ursachen, wie einen Schicksalsschlag, Probleme mit Mitmenschen oder die Leistungsgesellschaft (ebd.). Bei einer erneuten Umfrage zur Finanzierung der Krankenversorgung im Jahr 2011 hatte sich der Anteil jener, die auf keinen Fall die Mittel für Menschen mit Depressionen reduzieren wollten, auf mehr als das Dreifache erhöht (von 6 % auf 21 %, Angermeyer et al. 2014, S. 64). Depressive Störungen waren jedoch weiterhin eine der Erkrankungen, für die eher weniger Bereitschaft zur finanziellen Unterstützung vorhanden war (ebd.).

Die steigende Wahrnehmung depressiver Störungen in der Bevölkerung verringert die Stigmatisierung nicht in allen Bereichen. 45 % der Menschen mit einer depressiven Störung berichten in Deutschland von der Ablehnung durch andere und 26 % berichten, sie hätten schon erlebt, dass andere den Kontakt mit ihnen vermeiden (Holzinger et al. 2003, S. 398). Dies wird bestätigt durch eine Umfrage in deutschen Haushalten, in denen 42 % der Befragten äußerten, sie hätten einen starken Wunsch nach Distanz zu Betroffenen (Schomerus et al. 2006, S. 373). Dennoch ist die Zahl der Menschen, die im persönlichen Umfeld Kontakt zu Menschen mit einer depressiven Störung haben, zwischen 2001 und 2011 von 35 % auf 41 % gestiegen (Angermeyer et al. 2014, S. 65).

Über 80 % der Menschen mit einer depressiven Störung befürchten, aufgrund der Depressionen bei der Bewerbung um einen Arbeitsplatz keine Chance zu haben (Holzinger et al. 2003, S. 398). Tatsächlich sagten in einer repräsentativen Studie 24 % der Befragten, sie würden einen Menschen nicht einstellen, wenn sie von einer depressiven Störung wüssten (Coppens et al. 2013, S. 29). Doch nur 1,9 % der Betroffenen berichten tatsächlich davon, nicht eingestellt worden zu sein (Holzinger et al. 2003, S. 398). 37 % der Befragten störten sich an der Berichterstattung über psychisch Kranke in den Medien und an ihrer Darstellung in Filmen (ebd.). Eine qualitative Diskursanalyse der Darstellung von Menschen mit einer depressiven Störung in Online-Medien und Fernsehdokumentationen bestätigte eine einseitige Darstellung der Erkrankung (Baer et al. 2016, S. e2f). Insbesondere der Leidendruck der Betroffenen fehle in der Darstellung oft (ebd.). Im Kontrast dazu würden glückliche, starke, erfolgreiche und soziale Personen als Norm dargestellt, von der Depressive abweichen (ebd.). Auch die Zuschreibung, Depressive

trügen Schuld an ihrer Störung, wird durch die mediale Assoziation von Müdigkeit, Trägheit und Konzentrationsstörungen mit schlechter Ernährung und Bewegungsmangel gefördert (ebd.).

In nahezu allen Bereichen erwarten Menschen mit einer depressiven Störung mehr Diskriminierung, als sie tatsächlich erleben (Holzinger et al. 2003, S. 398). Dies könnte zum Teil daran liegen, dass sie Situationen vermeiden, in denen sie diskriminiert werden könnten (ebd., S. 399). Auch könnten sie während ihrer Sozialisierung ein negatives Bild psychisch Kranker vermittelt bekommen haben, welches sie später Stigmatisierung erwarten lässt (ebd.). Ebenso vermuteten nicht Betroffene in einer repräsentativen Umfrage mehr Stigmatisierung, als in derselben Umfrage tatsächlich nachgewiesen wurde (Coppens et al. 2013, S. 29).

Die empfundene oder befürchtete Stigmatisierung und der mediale Diskurs können zu Selbststigmatisierung und Verbergen führen (Baer et al. 2016, S. e4f). Depressive Störungen werden durch die Geheimhaltung der Betroffenen mystifiziert (ebd.). Dazu trägt sicherlich auch bei, dass manche Depressive die Meinung vertreten, nur ein Depressiver könne den Zustand vollständig verstehen, und es daher für sinnlos halten, ihre Erfahrungen zu teilen (ebd.). Durch das geringe Wissen über Depressionen in der Bevölkerung verstehen Betroffene oft nicht, was ihre Symptome bedeuten, und sind nicht fähig, ihren eigenen Zustand zu verbalisieren (ebd.). Die Sorge vor Stigmatisierung führt zur Ablehnung professioneller Hilfe und beeinträchtigt die Genesung (ebd., S. e5). Auch halten sich Hausärzt*innen wegen der angenommenen Selbststigmatisierung der Betroffenen in der Diagnostik und Versorgung zurück.

3.4.2.4 Vertrautheit der Ärzt*innen mit depressiven Störungen

Die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose einer depressiven Störung liegt in Deutschland bei 11,6 %, also deutlich niedriger als die vom Robert Koch Institut angegebene Lebenszeitprävalenz von 19 % (Busch et al. 2013, S. 737; Wittchen et al. 2010, S. 19). Dies bedeutet, dass ein Teil der Erkrankungen unerkannt bleibt. Ursache ist neben der Geheimhaltung durch die Betroffenen vermutlich eine unzureichende Diagnosestellung in Hausarztpraxen, insbesondere dann, wenn die Patient*innen die Ärzt*innen wegen körperlicher Beschwerden aufsuchen und nicht von psychischen Problemen berichten (Pilar de Pilar et al. 2011, S. 73).

Eine Schätzung des Kompetenznetzwerkes Depression und Suizidalität aus dem Jahr 2003 geht davon aus, dass nur 60-70 % der Menschen mit behandlungsbedürftigen Depressionen in hausärztlicher Behandlung sind und nur bei 30-35 % von ihnen die depressive Störung erkannt wurde (Wittchen et al. 2010, S. 31). Die Diagnose einer depressiven Störung erfolgt in 59 % der Fälle ausschließlich durch Hausärzt*innen und in weiteren 15 % durch Hausärzt*innen zusammen mit Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie oder psychologischen Psychotherapeut*innen (Melchior et al. 2014, S. 67). In einer Stichprobenuntersuchung zeigten 11 % der Patient*innen in Allgemeinarztpraxen eine depressive Störung nach DSM-IV oder ICD-10 (Jacobi et al. 2002, S. 654). Von diesen Patient*innen blieben 8 % unerkannt, weitere 7 % wurden als unklar

und 26 % als unterschwellige Depression bewertet. Umgekehrt wurde bei 12 % der Patient*innen ohne depressive Störung nach DMS-IV und ICD-10-Kriterien dennoch eine sichere und voll ausgeprägte Depression diagnostiziert. Die Beschreibungen der Ärzt*innen zu diesen Patient*innen lassen vermuten, dass eine psychosomatische oder Angststörung vorlag (ebd., S. 654-656). Eine unerkannte depressive Störung wird von Hausärzt*innen oft als Belastungsreaktion oder psychosomatische/somatoforme Störung erklärt, da die Patient*innen sich oft mit somatischen Symptomen präsentieren und Hausärzt*innen sich vor allem auf diese konzentrieren (Pilars de Pilar et al. 2011, S. 73f). In manchen Fällen stellten die Ärzt*innen ihre Intuition über die Aussagen der Patient*innen und die diagnostische Aussagefähigkeit eines für den hausärztlichen Bereich validierten psychiatrischen Patientenfragebogens (PHQ-D, Patient Health Questionnaire; ebd., S. 75). Depressive Symptome werden trotz Leitlinienempfehlungen und ICD-10-Verschlüsselung nicht systematisch abgefragt (ebd., S. 76). In Hausarztpraxen lässt sich nur ein kleiner Teil der präsentierten Beschwerden einer definitiven Diagnose zuordnen, daher wird oft aufgrund eines ungefähren Erkrankungsbildes und der Symptome behandelt (Sielk und Abholz 2005, S. 488). Im Gegensatz zur Psychiatrie, die mit formalisierter Diagnosestellung ohne Berücksichtigung der Ätiologie arbeitet, haben Hausärzt*innen meist ein hermeneutisches Fallverständnis (ebd., S. 489). Ergänzend ist anzumerken, dass Hausärzt*innen ein weites Verständnis von der normalen Bandbreite des Empfindens und Handelns haben und zumeist leichte Fälle und Verläufe sehen, bei denen sie eine übermäßige Diagnostik mit dem Risiko eines falsch positiven Befunds vermeiden wollen (Pilars de Pilar 2011, S. 76; Sielk und Abholz 2005, S. 488). Auch befürchten sie oft eine ablehnende Reaktion der Patient*innen auf die Diagnose einer depressiven Störung (Pilars de Pilar et al. 2011, S. 76).

Pilars de Pilar et al. (2011, S. 77) sehen ebenso wie Sielk und Abholz (2005, S. 489) bei Hausärzt*innen weniger einen Mangel an Wissen und Kompetenz seitens der Hausärzt*innen als vielmehr deren Verständnis von Krankheit und deren Arbeitsweise, die sich zunächst auf körperliche Beschwerden richtet und Symptome nicht systematisch abfragt. Sielk und Abholz (2005, S. 487) ergänzen, dass Hausärzt*innen oft die Erfahrung machen, eine depressive Störung sei durch äußere Ereignisse beeinflussbar, und eine medikamentöse Therapie daher nicht für zielführend halten. Aufgrund dieser Faktoren hätte Wissensvermittlung bisher keine langfristige Verbesserung der Erkennung und Behandlung depressiver Patient*innen bewirkt (ebd.; Pilars de Pilar et al. 2011, S. 77).

Aus dem anderen Verständnis der Hausärzt*innen für depressive Störungen und einer weniger systematischen Arbeitsweise als in Fachpraxen ergibt sich eine unzureichende Versorgung der Betroffenen in Deutschland. Weniger als jede fünfte Patient*in mit einer von Hausärzt*innen erkannten depressiven Störung wird an Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie oder psychologische Psychotherapeut*innen überwiesen (Jacobi 2002, S. 655). Bei 5-10 % der erkannten Patient*innen unterbleibt jede Intervention, ebenso bei den 15 % der Patient*innen mit einer unerkannten depressiven Störung (ebd.).

3.4.2.5 Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen

Die nationale S3-Leitlinie zur Versorgung der unipolaren Depression (Härter et al. 2017, S. 57) empfiehlt folgende Behandlungsstrategien:

1. Aktiv-abwartende Begleitung, eventuell kombiniert mit Psychoedukation und Bibliotherapie (Selbsthilfebücher), bei einer leichten depressiven Episode (ebd., S. 58)
2. Medikamentöse Behandlung
3. Psychotherapeutische Behandlung
4. Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie
5. Ergänzende psychosoziale Therapien zur Sicherung von Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Teilhabe in Alltag und Beruf (ebd., S. 70). Dazu zählen Ergotherapie, ambulante Soziotherapie und häusliche Krankenpflege (ebd.).

Die Versorgung der Betroffenen erfolgt in vielen Fällen nicht durch Fachärzt*innen für Psychiatrie oder psychologische Psychotherapeut*innen: 55 % der Patient*innen mit einer leichten, 44 % mit einer mittelschweren und 38 % mit einer schweren depressiven Episode werden ausschließlich durch Hausärzt*innen betreut (Härter et al. 2017, S. 68). Nur 6-9 % der Betroffenen würden der Schätzung des Kompetenznetzwerkes Depression und Suizidalität zufolge suffizient behandelt (Wittchen et al. 2010, S. 31). Häufig wären die Betroffenen nur in hausärztlicher Behandlung und würden nur medikamentös therapiert (ebd.). Bemerkenswert ist eine mit 5 % geringe Überweisungsquote von Hausärzt*innen an Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, ebenso wie der Anteil von Patient*innen in hausärztlicher Betreuung gänzlich ohne Intervention (5-10 %; Jacobi et al. 2002, S. 655). In einer Studie mit Daten der Gmünder Ersatzkasse wurden 28 % der Versicherten mit einer depressiven Störung (ICD-10 F32 oder F33) weder psychotherapeutisch noch medikamentös behandelt (Hoffmann et al. 2012, S. 974). Nur 8 % der Patient*innen erhielt Antidepressiva mit oder ohne Psychotherapie, der Rest ausschließlich Psychotherapie (ebd.). Eine Besonderheit in Deutschland ist die Verschreibung von *Hypericum-perforatum*-Präparaten (Johanniskraut), die in der nationalen S3-Leitlinie zu unipolaren Depressionen trotz der Unsicherheit bezüglich Wirkstoff, Wirkstoffkonzentration und Wirkmechanismus als mögliche Therapieoption gelistet sind (ebd., S. 975f; Härter et al. 2017, S. 211). Da *Hypericum*-Präparate in Deutschland ohne Rezept erhältlich sind, ist die tatsächliche Nutzung vermutlich höher als in den Krankenkassendaten ersichtlich (Hoffmann et al. 2012, S. 977).

Werden Laien in Deutschland befragt, welche Therapie sie für eine depressive Störung für empfehlenswert halten, so fällt die Wahl überwiegend auf Psychotherapie (mindestens 70 % der Befragten) und weniger auf Pharmakotherapie (weniger als 40 % der Befragten in 3 von 4 Studien; Metaanalyse von Angermeyer et al. 2017, S. 54). In hausärztlichen Praxen befragten Backenstrass et al. (2006, S. 179) Patient*innen zu ihren Behandlungsvorlieben. 53 % der Patient*innen mit einer majoren oder unterschweligen depressiven Störung wünschten sich eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie, 23 % eine reine Pharmakotherapie und 19 % eine reine Psychotherapie (ebd.). Nur 3 % wollten auf eine Therapie verzichten (ebd.). Angermeyer und Matschinger

(2004, S. 155) vermuten, dass in der Öffentlichkeit Antidepressiva als suchtauslösend und sedierend angesehen werden. Die Therapiequote der hausärztlich behandelten Patient*innen liegt damit deutlich unter deren Erwartungen, insbesondere für eine Psychotherapie, die von 72 % der Patient*innen alleine oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie gewünscht wird. Da die Kombinationstherapie von den Autor*innen der S3-Leitlinie nur für schwere Depressionen empfohlen wird (Härter et al. 2017, S. 76), ist sie trotz des Wunsches der Patient*innen nicht in jedem Fall angeraten. Doch sollten die Hausärzt*innen dem Wunsch nach Psychotherapie häufiger entsprechen, soweit Therapieplätze zur Verfügung stehen.

Menschen mit einer depressiven Störung warten in Deutschland im Schnitt 5,7 Wochen auf ein Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Praxis (BPtK 2018, S. 5). Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Bundesländern mit durchschnittlichen Wartezeiten zwischen 3,4 Wochen in Berlin und 8,2 Wochen in Schleswig-Holstein (ibd., S. 8). Die hohe Standardabweichung, die in allen Bundesländern über dem Mittelwert liegt, zeigt, dass die Wartezeiten in den Psychotherapie-Praxen erheblich voneinander abweichen (ibd.). Die durchschnittliche Wartezeit hat sich seit 2011 aufgrund der Reform der Psychotherapie-Richtlinie vom Juni 2016 halbiert (ibd., S. 5). Die Reform machte Vorgaben für die telefonische Erreichbarkeit der Praxen und führte eine niedrigschwellige Sprechstunde für die Diagnose und die Abklärung einer möglichen Behandlung sowie für den Beginn der Therapie in besonders dringenden Fällen ein (Psychotherapeutenkammer NRW 2016, o. S.; BPtK 2018, S. 11). Auch wurde eine Akutbehandlung für Krisen und Ausnahmestände eingeführt, auf deren Beginn die Patient*innen im Schnitt 3,1 Wochen warten (BPtK 2018, S. 11). Jedoch gelingt es den Psychotherapeut*innen in etwa 60 % der Fälle trotz einer gestiegenen Zahl von Psychotherapeut*innen und therapeutischen Praxen nicht, einen Therapieplatz für eine benötigte Akutbehandlung anzubieten oder zu vermitteln (62,7 %; ibd., S. 12, S. 23). Auch ein Platz für eine Richtlinienpsychotherapie wird bei über der Hälfte der Patient*innen nicht gefunden (55,7 %; ibd.). Bei den restlichen Patient*innen beginnt die Richtlinienpsychotherapie im Schnitt 19,9 Wochen, also fast 5 Monate nach der ersten Anfrage (ibd., S. 14f). Dabei bestehen große Unterschiede zwischen den Einzelfällen, wie die Standardabweichung von 13,5 Wochen zeigt. Damit wächst die Gefahr, dass Betroffene keine Therapie beginnen, die Krankheitsdauer steigt an und es besteht das Risiko der Chronifizierung (ibd.).

Patient*innen mit chronischen Erkrankungen, arbeitsunfähige Menschen und sozial benachteiligte Personen kontaktieren durch die psychotherapeutische Sprechstunde häufiger als zuvor erstmals Psychotherapeut*innen, sodass sich ihre Versorgung verbessert hat (BPtK 2018, S. 10). Schwierig bleibt die Versorgung in ländlichen Regionen, da die Bedarfsplanung davon ausgeht, dass die Gesamtzahl psychischer Erkrankungen, die den Bedarf an Therapieplätzen bestimmt, auf dem Land seltener sind als in Städten, obwohl es Daten gibt, die dem widersprechen (ibd., S. 19f; Jacobi et al. 2014, S. 313). Auch wird postuliert, dass Städte das umliegende Land mitversorgen (BPtK 2018, S. 20f). Die Daten der Bundestherapeutenkammer widerlegen dies, denn Betroffene im Umfeld einer Großstadt warten ebenso lange auf einen Therapieplatz wie jene in Regionen, die nicht von einer Großstadt mitversorgt werden (ibd., S. 21).

3.4.2.6 Migration und transkulturelle Aspekte

Nahezu jeder vierte in Deutschland lebende Mensch hatte 2017 mindestens ein Elternteil, das aus dem Heimatland nach Deutschland migriert ist, oder hat selbst Migrationserfahrung (Hochrechnung aus den Daten des Mikrozensus 2011; Statistisches Bundesamt, undatiert-b, o. S.). Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund ist seit 2005 stetig gestiegen (ebd.).

Migrant*innen in Deutschland weisen eine signifikant höhere Punkt- und Lebenszeitprävalenz affektiver und somatoformer Störungen auf, während andere psychische Störungen in gleichem Ausmaß auftreten wie bei der autochthonen Bevölkerung (mit und ohne Korrektur aufgrund abweichender demographischer Faktoren; Bermejo et al. 2010, S. 229). Dabei sind insbesondere jene mit eigener Migrationserfahrung betroffen, während die zweite Generation sich nicht von der autochthonen Bevölkerung unterscheidet (Beutel et al. 2016, S. 292). Auch suizidale Gedanken treten in der ersten Generation signifikant häufiger auf (ebd.). Suizidgedanken sind in Deutschland unter türkischen Migrant*innen der ersten Generation ebenso wie Depressionen und Angststörungen erhöht, nicht aber unter polnischen (Beutel et al. 2016, S. 292f). Die beiden Gruppen unterscheiden sich in der Sichtbarkeit: Türkische Migrant*innen sind im Gegensatz zu polnischen im Phänotyp oder durch kulturelle oder religiöse Symbole oft erkennbar (ebd.). Eine europaweite Studie zur Suizidalität und Suizidgedanken unter Migrant*innen stellte eine erhöhte Rate bei Menschen aus vier Herkunftsländern fest: Türkei, Iran, Marokko und Chile (Bursztejn Lipsicas et al. 2016, S. 249).

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration per se und depressiven Störungen wird nicht vermutet (Härter et al. 2017, S. 180). Vielmehr werden psychosoziale Belastung, Migrationsfolgen, Benachteiligung und kulturelle Unterschiede in Empfinden, Interpretation und Präsentation psychischer Probleme, die in Abschnitt 2.4 dargestellt wurden, als Grund für die höhere Prävalenz angenommen (Bermejo et al. 2010, S. 230). Als psychosoziale Faktoren werden mehr kritische, depressionsrelevante Lebensereignisse, ungesicherter Aufenthaltsstatus, eine prekäre Wohn- und Arbeitssituation, soziale Isolation und räumliche Segregation, schwierige Integration, Werteverstärkung und familiäre Probleme angenommen (ebd.; Härter et al. 2017, S. 180.). Bermejo et al. (2010, S. 230) weisen darauf hin, dass insbesondere bei affektiven und somatoformen Störungen die Diagnose von der Präsentation und Interpretation der Symptome abhängt, die beide einem kulturellen Einfluss unterliegen.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote werden von Personen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen, sowohl wegen persönlicher Vorbehalte als auch wegen geringerer Überweisungsraten (Härter et al. 2017, S. 179; Bermejo et al. 2012, S. 949). Neben einem anderen Krankheitsverständnis (siehe Abschnitt 2.4.2) können Sprachbarrieren ebenso ursächlich sein wie institutionelle Barrieren sowie fehlendes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem (Bermejo et al. 2012, S. 949). Auch das fehlende Wissen der Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung über die Kultur der Herkunftsländer wird von Migrant*innen beklagt (ebd.). Notfalleinrichtungen werden von

Migrant*innen häufiger in Anspruch genommen, ambulante und stationäre Angebote seltener – Zwangseinweisungen sind allerdings im Verhältnis zur Zahl der Patient*innen in stationärer Behandlung häufiger (Grube 2009, S. 69). Die Effektivität stationärer Behandlungen ist geringer (Bermejo et al. 2009, S. 547). Dazu tragen Sprachbarrieren bei (ebd.). Migrant*innen mit eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen werden bei stationärer Aufnahme kürzer therapiert, erhalten seltener Psychotherapie und weisen bei Entlassung signifikant seltener eine vollständige Remission auf (ebd.). Auch werden häufig Familienangehörige ohne psychologisches Fachwissen als Übersetzer*innen hinzugezogen (ebd.). In den meisten Kliniken fehlen Ressourcen und kulturelle Kenntnisse für eine intensive Betreuung von Patient*innen mit geringen Deutschkenntnissen (ebd.).

3.4.2.7 Zusammenfassung

Die kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Deutschland sind in Abbildung 3 zusammengefasst.

Quellen zu Abbildung 3: (1) Coppens et al. 2013, S. 29; Angermeyer et al. 2004, S. 424f; Schomerus et al. 2006, S. 373; Althaus et al. 2002, S. 661; (2) Holzinger et al. 2003, S. 398; (3) Bär et al. 2016, S. e4f; (4) Pilars de Pilar 2011, S. 76; (5) Pilars de Pilar et al. 2011, S. 77; Sielk und Abholz 2005, S. 489; (6) Bermejo et al. 2012, S. 949; (7) Bermejo et al. 2012, S. 949; (8) Jacobi et al. 2002, S. 654; (9) Jacobi et al. 2002, S. 655; (10) BPTk 2018, S. 5, 14, 23; (11) BPTk 2018, S. 19ff; Jacobi et al. 2014, S. 313; (12) Baer et al. 2016, S. e2f; (13) Holzinger et al. 2003, S. 400; (14) Beck et al. 2003, S. 603; Schomerus et al. 2006, S. 373; Angermeyer et al. 2014, S. 64; (15) Pilars de Pilar 2011, S. 73f; (16) Schomerus et al. 2006, S. 373; Coppens et al. 2013, S. 29; (17) Pilars de Pilar 2011, S. 76; Sielk und Abholz 2005, S. 488; (18) Sielk und Abholz 2005, S. 487.

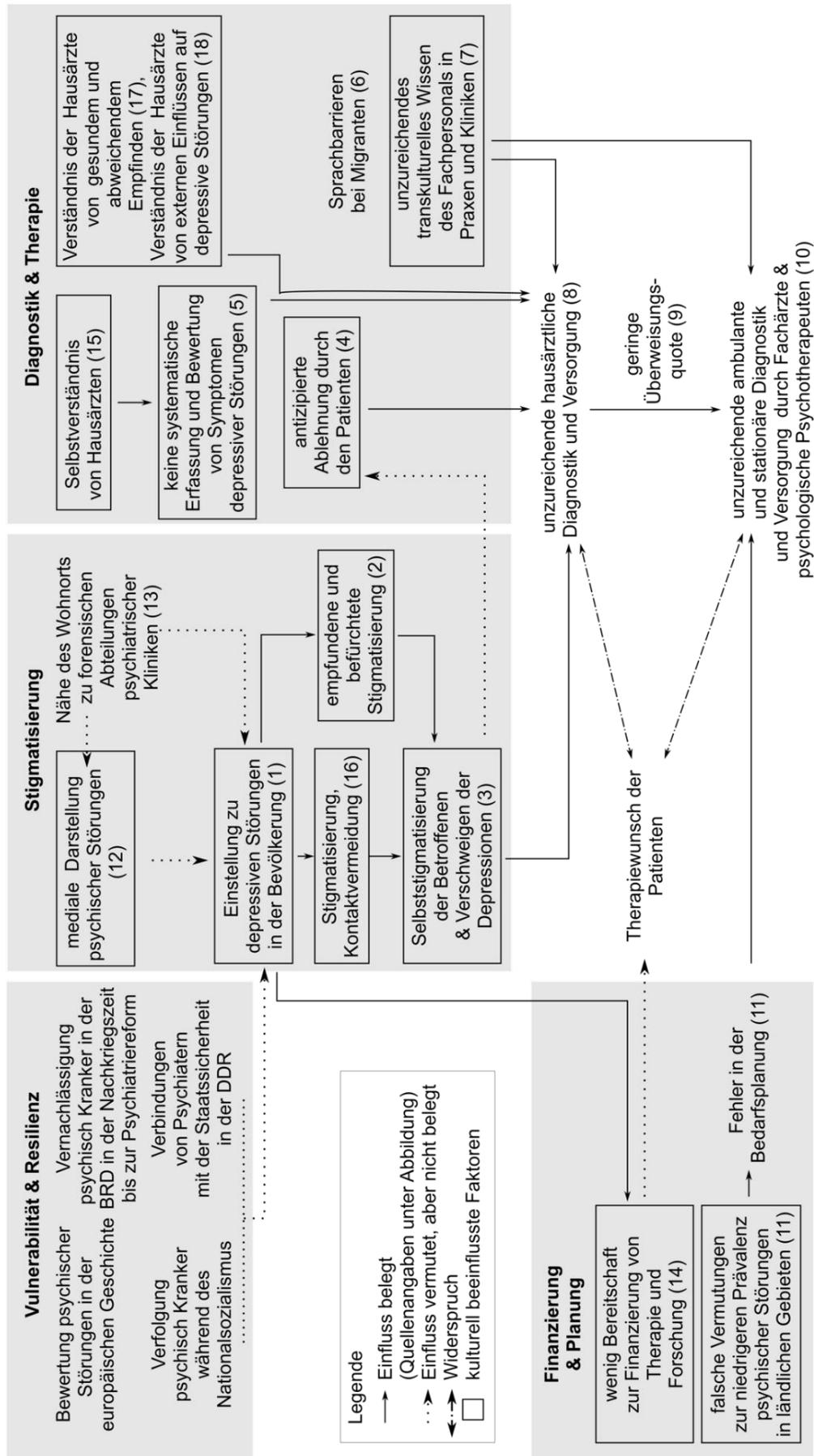


Abbildung 3: Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Deutschland (eigene Darstellung)

3.4.3 Depressive Störungen in Nigeria

3.4.3.1 Nigeria: eine kurze Einführung

Nigeria in seinen heutigen Grenzen wurde durch die Kolonialmacht Großbritannien gegründet. Seine Grenzen folgen keinen natürlichen oder geographischen Merkmalen, sondern wurden in Verhandlungen mit anderen europäischen Kolonialmächten willkürlich gezogen (Falola und Heaton 2008, S. 17). Sie hatten keine Relevanz für die indigenen Völker der Region (ebd.). Nigeria ist Heimat von 250 bis 445 ethnischen Gruppen, deren größte die Hausa (27 %), Igbo (14 %) und Yoruba (14 %) sind (CIA, undatiert, o. S.; Balogun und Uzoma 2007, S. 228). Die ethnischen Gruppen unterscheiden sich in Sprache, Geschichte, traditionellem Lebensstil und sozialen Regeln (Falola und Heaton 2008, S. 17). Die Amtssprache Nigerias ist Englisch und die Bevölkerung spricht über 500 indigene Sprachen (CIA, undatiert, o. S.). Heute ist Nigeria eine Bundesrepublik mit 37 Ländern.

Die Weltbank (2019a, o. S.) bewertet die politische Stabilität des Landes und die Abwesenheit von Terrorismus mit 5 von 100 möglichen Punkten als sehr niedrig. Auch die Regierungsführung und die Rechtsstaatlichkeit werden mit weniger als 20 von 100 möglichen Punkten schlecht bewertet und Korruption ist verbreitet (ebd.). In Nigeria lebten 2016 etwa 193 Millionen Menschen bei einem Bevölkerungswachstum von 3,2 % (National Bureau of Statistics 2017, S. 12). Insbesondere die Städte wachsen stark: Von 2000 bis 2020 wird eine Zunahme der Stadtbevölkerung von etwa 43 Millionen auf etwa 107 Millionen und der Landbevölkerung von etwa 80 Millionen auf 99 Millionen Menschen erwartet (Vereinte Nationen 2018, o. S.). In der größten Stadt Lagos lebten 2016 etwa 12,55 Millionen Menschen und sie zählt zu den am dichtesten besiedelten Städten der Welt (Adewuya et al. 2018, S. 592). Die Stadt ist ethnisch vielfältig, weil sich Menschen aus ländlichen Gegenden Nigerias und aus benachbarten Staaten dort ansiedeln (ebd.).

Die ethnische Vielfalt Nigerias führt zu inhärenter Instabilität: Lokale Konflikte um Land, Religion sowie wirtschaftliche, administrative und politische Standorte sind in Nigeria häufig, ebenso Hass zwischen ethnischen Gruppen und zwischen Siedlungen der gleichen Ethnie (Balogun und Uzoma 2007, S. 226, S. 229; Ukiwo 2005, S. 9). Die ethnischen Konflikte sind nach Ansicht von Ukiwo (2005, S. 11f) nicht in kulturellen Unterschieden begründet, sondern eine Folge der Modernisierung Nigerias. Das Misstrauen zwischen den Gruppen hat nach dem Bürgerkrieg 1970 zur Bewaffnung und Militarisierung der nigerianischen Gemeinschaften geführt – vor allem im Niger-Delta (ebd., S. 229). Bewaffnete Auseinandersetzungen zwischen ethnischen Gruppen sowie zwischen Fulani-Hirten und -Bauern haben im Zentrum Nigerias etwa 700.000 Menschen aus ihren Dörfern und Städten vertrieben (Owoaje et al. 2016, S. 161). Im Nordosten des Landes und am Tschadsee hat die islamistische Terrorgruppe Boko Haram mehr als eine Million Menschen veranlasst, ihre Heimat zu verlassen (ebd.). Die meisten Geflüchteten leben in anderen Teilen Nigerias (ebd.).

Etwa 52 % der in Nigeria lebenden Menschen sind muslimisch und 47 % gehören verschiedenen christlichen Konfessionen an (CIA undatiert, o. S.). Etwa 1 % zählen sich zu

den Gläubigen traditioneller Religionen (ebd.). Bei der Unabhängigkeit Nigerias im Jahr 1960 akzeptierten Muslim*innen in Nigeria, dass es keine Staatsreligion geben würde und dass ein säkulares Rechtssystem eingeführt wurde (Kane 2008, S. 175). 1999 führte der Gouverneur des Bundeslandes Zamfara die Scharia ein (ebd.). In Folge dessen setzten Muslim*innen in elf weiteren muslimisch dominierten Bundesländern die Einführung des islamischen Rechtssystems durch (ebd.). Im Norden und Nordosten operieren die islamistischen Terrorgruppen Boko Haram und der sogenannte Islamische Staat (ebd.).

Nigeria ist die größte Wirtschaftsnation Afrikas mit einem Bruttoinlandsprodukt von 31 Billionen Naira (entspricht 78,7 Milliarden Euro; National Bureau of Statistics 2019, S. 3). Der Gini-Index, ein Maß für die Ungleichheit von Einkommen, ist mit 48,8 recht hoch, es gibt also eine große Differenz zwischen den niedrigsten und den höchsten Einkommensgruppen (UNDP 2013, o. S.). Über 60 % der nigerianischen Bevölkerung war im Jahr 2010 arm und konnte sich weder ausreichend Nahrung leisten noch andere Bedürfnisse befriedigen (National Bureau of Statistics undatiert, S. 4). Auf dem Land sind mehr Menschen arm als in der Stadt (69 % versus 51 %; ebd.). Etwas über 90 % der Stadtbewohner*innen und 80 % der Menschen auf dem Land haben eine Schule besucht (National Bureau of Statistics 2010, S. 15f). Von denen, die gegenwärtig nicht auf einer Schule sind, hatten 36 % die Schule aus Mangel an Geld beendet (ebd.). Nur 38 % der Kinder haben Zugang zu einer weiterführenden Schule (Omoiu und Abraham 2014, S. 355). Etwa 8 % der Kinder im Grundschulalter besuchen keine Schule – mit einem deutlichen Unterschied zwischen Stadt (2,3 %) und Land (10,6 %; ebd.). 14,4 % der Kinder und 28,4 % der Erwachsenen sind Analphabeten mit großen Unterschieden zwischen den Bundesländern (ebd., S. 18-23).

Die Arbeitslosigkeit ist hoch: Von 90,5 Millionen arbeitsfähigen und arbeitswilligen Menschen im Jahr 2018 waren 9,7 Millionen ohne Arbeitsplatz und 11,1 Millionen arbeiteten weniger als 20 Stunden pro Woche (National Bureau of Statistics 2018, S. 1ff). Junge Menschen unter 35 Jahre, Frauen und die Landbevölkerung sind besonders von Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung betroffen (ebd.). 55,4 % der unter 35-Jährigen sind arbeitslos oder unterbeschäftigt (ebd.).

Die Kindersterblichkeit ist mit 6,3 % hoch und die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt bei knapp unter 60 Jahren (CIA, undatiert, o. S.). Die Prävalenz von HIV wurde 2010 auf 4 % der Bevölkerung geschätzt, was zu dieser Zeit 6,5 Millionen Menschen entsprach (Bashorun 2014, S. 6; Internationaler Währungsfond 2019, o.S.). Jährlich sterben etwa 53.000 Menschen an AIDS und 1 Million Kinder zwischen 0 und 17 Jahren sind AIDS-Waisen (UN AIDS 2018, o. S.).

3.4.3.2 Daten zu depressiven Störungen in Nigeria

Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts waren depressive Störungen in den Ländern südlich der Sahara selten (Lambo 1956, S. 1390; Prince 1967, S. 180). Wenn sie auftraten, so waren sie kurz und weniger intensiv (Prince 1967, S. 180). Über Suizide wurde ebenfalls selten berichtet (ebd.). Nach der Erlangung der Unabhängigkeit der afrikanischen Staaten südlich der Sahara wurden depressive Störungen häufiger beschrieben (ebd., S. 185).

Es gibt wenige Daten zur Prävalenz depressiver Störungen im heutigen Nigeria. Sie wurden zumeist mit Hilfe der in westlichen Ländern entwickelten strukturierten Interviews, wie dem PHQ (Patient Health Questionnaire), dem GHQ (General Health Questionnaire) und dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ohne Anpassung an die lokalen Kulturen erhoben. Die gefundene Punktprävalenz in den Studien reicht von 5,3 % bis 20,3 % (milde bis schwere Depressionen einbegriffen; Amoran et al. 2007, S. 213; Adewuya et al. 2018, S. 696; Adewuya 2018, S. 20). Die Prävalenz war in einer Querschnittstudie mit zufälliger Auswahl der Befragten auf dem Land höher als in den Städten und bei Frauen höher als bei Männern (Amoran et al. 2007, S. 213). Auch bei einer Haushaltsumfrage in Lagos bestätigte sich die höhere Prävalenz bei Frauen (Adewuya et al. 2018, S. 696). Auffällig in der Studie war die hohe Komorbidität mit Alkohol-Abusus bei Männern (ebd., S. 697). Die alterskorrigierte Suizidrate ist in Nigeria mit 18,5 Suiziden pro 100.000 Einwohner im Jahr 2016 deutlich höher als in Deutschland (11,4), wobei vor allem bei Frauen große Unterschiede bestehen (20,6 in Nigeria versus 5 in Deutschland; WHO 2019, o. S.). Die Krankheitslast durch depressive Störungen ist in Nigeria hoch: Sie sind an vierter Stelle der Erkrankungen, die die meisten Lebensjahre mit Krankheit oder Behinderung (YLD) verursachen (IHME 2019a, o. S.).

Über 40 % der Bevölkerung Nigerias ist jünger als 15 Jahre und weitere 30 % sind zwischen 15 und 30 Jahre alt (National Bureau of Statistics 2017, S. 12). In einer Studie mit Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren war die Prävalenz depressiver Störungen 16,3 % – mit deutlich höherer Prävalenz bei Mädchen als bei Jungen (Oderinde et al. 2018, S. 194). Die Studie identifizierte eine Reihe von Risikofaktoren für depressive Störungen bei Jugendlichen in Nigeria, darunter Gewalt im Wohngebiet, eine niedrige soziale Klasse, Tod der Mutter, sexueller Missbrauch und eine polygame Familie (ebd., S. 196).

Depressive Störungen sind eine häufige Komorbidität bei HIV-positiven Patient*innen. In einer Studie mit fast 1.200 Patient*innen in drei HIV-Kliniken in der Hauptstadt Abuja hatten 28 % in den letzten 12 Monaten eine depressive Episode erlebt und 14,3 % hatten Suizidgedanken (Egbe et al. 2017, S. 549). Andere Studien fanden, dass zwischen 20 % und 40 % der HIV-Patient*innen eine depressive Störung erkrankt waren (Ibrahim et al. 2014, S. 95; Olisah et al. 2010, S. 277; Sale und Gadanya 2008, S. 98).

Depressive Störungen verursachen bei Frauen im gebärfähigen Alter weltweit die höchste Krankheitslast (WHO 2004, S. 46). Schwangere Frauen leiden in Nigeria weit häufiger an prä- oder postnatalen Depressionen als in westlichen Ländern (Ayinde et al. 2016, S. 879). Es wird erwartet, dass Suizid der wichtigste Sterbegrund für Mütter in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen werden wird (Ayinde et al. 2016, S. 879). Es gibt Hinweise, dass perinatale Depressionen die Kinder der betroffenen Mütter bis ins 18. Lebensjahr sozio-ökonomisch beeinträchtigen (Ayinde et al. 2016, S. 880).

3.4.3.3 Risikofaktoren

Im heutigen Nigeria liegen bei vielen Menschen Faktoren vor, die die Entstehung depressiver Störungen begünstigen:

- kriegsähnliche Auseinandersetzungen, Terroranschläge und Flucht: Das Vorkommen von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, Angststörungen, Panikattacken und Suizidalität ist bei Binnenflüchtlingen in Lagern erhöht (Roberts et al. 2008, S. 42; Kim et al. 2007, S. 358; Sheikh et al. 2014, S. 5). Risikofaktoren sind traumatische Ereignisse wie Zerstörung des Eigentums, Verlust der Gemeinschaft und beobachtete Gewalt, Krankheit und fehlende medizinische Versorgung, Hunger und Durst, Todesfälle, Gewalt, Folter und schwere Verletzungen (Sheikh et al. 2014, S. 5; Roberts et al. 2008, S. 43).
- Armut und Ungleichheit: Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status haben ein 1,8-fach höheres Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, als jene mit einem hohen sozio-ökonomischen Status (Meta-Analyse der Prävalenz; Lorrant et al. 2003, S. 101). Arbeitslosigkeit und Armut korrelieren mit einer höheren Prävalenz von depressiven Störungen und Angststörungen (Weich und Lewis 1998, S. 118). Sie wirken sich nicht auf die Inzidenz aus, aber auf die Erkrankungsdauer (ebd.).
- Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung: Arbeitslosigkeit verringert die psychische und physische Gesundheit (McKee-Ryan et al. 2005, S. 64). In einer Studie mit stationär behandelten depressiven Patient*innen im mittleren Westen Nigerias waren 40 % der Patient*innen arbeitslos und 52 % hatten große finanzielle Probleme (Ohaeri und Otote 2005, S. 214).
- Krankheiten wie HIV: Depressive Störungen sind eine bekannte Komorbidität bei HIV-positiven Patient*innen. In einer Meta-Analyse wurde ein signifikant höheres Risiko für Depressionen berechnet (Ciesla und Roberts 2001, S. 727).

Die Benachteiligung durch soziale Faktoren, wie Armut, Ungleichheit und Arbeitslosigkeit, beginnt vor der Geburt und akkumuliert sich im Laufe des Lebens (WHO 2014, S. 17). Auch hat die Mehrheit der Binnenflüchtlinge in Nigeria weit mehr als ein traumatisches Ereignis erlebt (Sheikh et al. 2014, S. 3; Roberts et al. 2008, S. 42). Über 90 % berichten von mehr als 3-5 Ereignissen, bis hin zu mehr als 16 traumatischen Erlebnissen (Abbildung 4). Eine größere Zahl traumatischer Erlebnisse korreliert mit dem Auftreten depressiver Störungen (Roberts et al. 2008, S. 43).

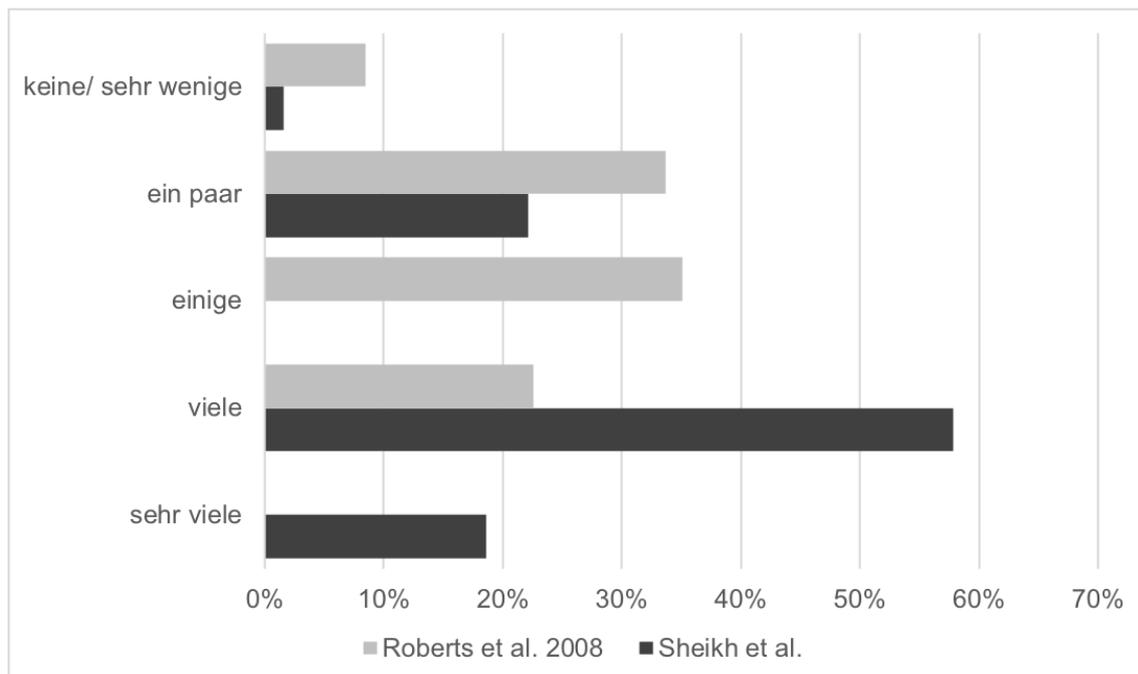


Abbildung 4: Anzahl der traumatischen Erlebnisse bei Binnenflüchtlingen in Nigeria. Keine/sehr wenige = 0-3 (Roberts et al. 2008, S. 42) oder 0-5 (Sheikh et al. 2014, S. 3); ein paar = 4-7, bzw. 6-10; einige = 8-11; viele = 12-16, bzw. 11-15; sehr viele = mehr als 16, bzw. 15.

3.4.3.4 Erklärmodelle der drei größten ethnischen Gruppen

In traditionellen afrikanischen Kulturen sind Gesundheit/ Krankheit, Heilen und Religion/Spiritualität eng verbunden (Mokgobi 2014, S. 24f). Krankheit wird durch die Beziehung zwischen Patient*innen, deren Vorfahren, Gott und dem Universum verständlich (ebd.).

Die drei größten Ethnien im heutigen Nigeria sind die Hausa, Igbo und Yoruba. Die Igbo (oder Ibo) glauben traditionell an ein Leben nach dem Tod, Reinkarnation und Geister (Ayonrinde und Okulate 2012, S. 126). Sie beten die Ahnen an und bringen Opfer (ebd.). In der Überzeugung der Igbo hat jeder Mensch einen persönlichen Gott, der sein Schicksal, Glück und Pech verkörpert (ebd.). Übernatürliche Wesen, wie Nixen und Geister, können Leid und Krankheit bringen (ebd.). Das Wohlergehen kann durch den bösen Blick anderer Menschen, Neid und Missgunst, Hexerei, Zauberei, Flüche oder übernatürliche Wut beeinträchtigt werden (ebd.). Auch beleidigte Ahnen und böse Geister können Krankheit und Tod bringen (ebd.). Traditionelle Heiler*innen sehen die Ursache für Depressionen vor allem in übernatürlichen Aktivitäten von menschlichen Gegnern der Betroffenen (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339). Emigrierte Nigerianerinnen setzen in einer Studie in den USA Depressionen mit anderen psychischen Erkrankungen gleich und interpretierten sie als Verrücktheit oder Wahn (Ezeobele et al. 2010, S. 196). Feinde, böse Geist oder Hexen brächten die Depression als Fluch über das Opfer (ebd.). Grund könne eine Verfehlung sein, die man selbst oder Vorfahr*innen begangen habe und die eine Gottheit erzürnt habe (ebd.).

Die traditionelle spirituelle Praxis der Yoruba ist animistisch. Sie wurde in hoher Geschwindigkeit von Christentum und Islam abgelöst, dabei werden jedoch spirituelle Praktiken und Überzeugungen miteinander verschmolzen (Ayonrinde und Okulate 2012, S. 124). Die Symptome von Depressionen sind bei den Yoruba bekannt und werden als schmerzhaft, unangenehm und einschränkend wahrgenommen, doch werden sie als natürliches Ergebnis des wechselhaften Schicksals betrachtet (Obeyesekere 1985, S. 135). Die Ursache psychischer Störungen sehen die Yoruba heute in Drogen- und Alkoholmissbrauch (70-80 %), traumatischen Erlebnissen oder Schock (30 %), Stress (30-40 %) oder Genetik (30-40 %; Adewuya und Makanjuola 2008, S. 338). Etwa 30 % der Befragten der Studie vertraten noch den traditionellen Glauben, dass böse Geister die Erkrankten in Besitz genommen hätten (ebd.). In einer anderen Studie vertraten 66 % die Ansicht, übernatürliche Kräfte seien die Ursache (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 338). Die Hälfte der Befragten glaubte, die Erkrankung sei eine Bestrafung durch Gott, und über ein Viertel schreibt sie dem Schicksal zu (ebd.). Die Erklärung psychischer Störungen durch übernatürliche Kräfte ist unabhängig von der Schulbildung der Menschen (ebd., S. 339). Sie korreliert jedoch mit zunehmendem Alter (ebd.). Menschen, die im persönlichen Umfeld Kontakt zu Betroffenen haben, glauben seltener an eine übernatürliche Erklärung (ebd.).

Die größte Volksgruppe der Hausa ist vom Islam geprägt, der bereits im 11. Jahrhundert unter ihnen verbreitet wurde (Ayonrinde und Okulate 2012, S. 127). Nur wenige Menschen gehören noch den traditionellen Religionen oder dem Christentum an. Untersuchungen zu den Erklärungen der Hausa für mentale Störungen konnten nicht gefunden werden. Die muslimische Ärztin Sima Barmania (2017, S. 669) beschreibt in einem Essay, dass in ihrer Jugend die Meinung galt, Depressionen existierten nicht im Islam, sondern seien eine westliche Erkrankung. Wer dem Islam folge, sei nicht deprimiert (ebd.). Nur Muslim*innen, die den Islam nicht vollständig in ihr Leben ließen und im Glauben schwach seien, könnten von einer depressiven Störung betroffen sein (ebd.). Sie seien eine Bestrafung für Verfehlungen (ebd.). Untersuchungen zur Erklärung depressiver Störungen im Islam wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht gefunden.

3.4.3.5 Kolonialisierung, Verwestlichung und Modernisierung

Neben den traditionellen Überlieferungen und dem Islam ist Nigeria durch das Christentum und die ehemalige britische Kolonialmacht geprägt. Das Land entstand als britische Kolonie aus den früheren Staaten beginnend im Jahr 1851 bis zur offiziellen Gründung der Kolonie im Jahr 1914 (Falola und Heaton 2008, S. 93; Ayonrinde und Okulate 2012, S. 123). Über hundert Jahre später erlangte Nigeria 1960 die Unabhängigkeit. Dies brachte kulturelle Veränderungen mit sich: Frauen begannen, mit Waren zu handeln, und Kinder lernten in den christlichen Missionsschulen des nigerianischen Südens lesen und schreiben (ebd., S. 126-129). Junge Nigerianer*innen mit englischer Schulbildung traten in die Kolonialverwaltung ein und machten Karriere im mittleren Dienst (ebd.). Eine überwiegend christliche Mittelschicht entstand, die ihre afrikanischen Traditionen mit eu-

ropäischen Werten und Lebensstil kombinierte (ebd.). Sie lehnte aufgrund ihrer christlichen Werte Sklaverei und Polygamie mehrheitlich ab (ebd.). Sie sahen sich als Vermittler zwischen der traditionellen nigerianischen Gesellschaft und der britischen Kolonialmacht und strebten danach, ihr Land im Sinn der Missionare zu zivilisieren (ebd.). Die britischen Kolonialherren betrachteten sie jedoch als unterlegen und hinderten sie daran, in der Verwaltung aufzusteigen (ebd.). So waren sie zur gleichen Zeit eine Bedrohung für die traditionelle nigerianische Gesellschaft und für die britische Kolonialmacht (ebd.).

Der erste nigerianische Psychiater, Dr. T.A. Lambo (1956, S. 1390), schrieb über Nigeria, der traditionelle Glaube an Übernatürliches, Träume und Visionen, Emotionalität, Sexualität, Tänze und Trance hätten den Zweck gehabt, Depressionen und anderen psychischen Stress zu vermeiden. In der Kultur der Yoruba habe Magie dazu gedient, Optimismus und den Glauben an Erfolg zu verbreiten (ebd.). Allerdings war Lambo (ebd.) nicht überzeugt, dass die niedrige Rate an depressiven Störungen, die Ärzt*innen und lokalen Heiler*innen präsentiert wurden, real sei und nahm an, dass die lokale Kultur Depressionen zugunsten von manischen Störungen unterdrücke. Auch vermutete Lambo, dass viele leichte Depressionen oder bipolare Störungen falsch als Psycho-Neurosen diagnostiziert würden (zitiert in Prince 1967, S. 182). Manie und Schizophrenie waren zu Beginn des 21. Jahrhunderts häufigere Gründe für die stationäre Behandlung in psychiatrischen Kliniken Nigerias (Otote und Ohaeri 2000, S. 319). Im Jahr 2006 berichtete die WHO, dass 51 % der Patient*innen in psychiatrischen Kliniken die Diagnose einer Schizophrenie haben (WHO 2006, S. 22). Affektive Störungen machten zusammen 24 % der Patient*innen aus, detaillierte Daten zu Manie, bipolarer Störung und Depression wurden nicht vorgelegt (ebd.). Neuere Daten wurden bei der Literaturrecherche nicht gefunden.

Mit dem Beginn der Unabhängigkeitsbestrebungen wurden in den Ländern südlich der Sahara Depressionen als verbreitet bei den westlich geprägten Nigerianer*innen beschrieben, während sie in der traditionell eingestellten Bevölkerung weiter selten gewesen seien (Prince 1967, S. 182). Lambo stellte 1956 (S. 1391) fest, dass alle depressiven Patient*innen einer psychiatrischen Klinik in Abeokuta europäisiert seien, während bei den traditionell geprägten Patient*innen keine depressiven Störungen beobachtet würden. Auch könne sich in neun untersuchten Dörfern niemand an Suizide in der Vergangenheit erinnern, während sie bei europäisierten Afrikanern vorkämen (ebd.). Prince vermutet hinter dem Ansteigen depressiver Diagnosen während der Unabhängigkeitsbestrebungen vier Faktoren (Prince 1967, S. 185f):

1. *Prestige*: Melancholische Menschen gelten Prince zufolge in der europäischen Kultur seit der Antike als sensibel und intellektuell. Melancholie oder Depression zeuge in dieser Interpretation von Verantwortungsbewusstsein und Gewissen. Während der Kolonialzeit könne die Wahrnehmung depressiver Symptome durch Psychiater*innen verzerrt gewesen sein, weil Afrikanern diese Persönlichkeitsmerkmale nicht zugestanden worden seien.
2. *Maskierte Depressionen*: Depressive Störungen seien zuvor als andere Erkrankungen wie Neurasthenie oder körperliche Erkrankungen diagnostiziert worden.

3. *Veränderte Wahrnehmung als Störung*: Betroffene seien zuvor nicht als krank empfunden worden oder hätten sich nicht an psychiatrische Kliniken gewendet, da sie nicht als gefährlich oder störend empfunden worden seien. Er widerspricht dieser Annahme jedoch und vermutet, dass die Betroffenen zwar als krank wahrgenommen wurden, sich jedoch zur Behandlung an traditionelle Heiler*innen gewendet hätten.
4. *Einen tatsächlichen Anstieg der Prävalenz*: Der Einfluss Europas zeige sich auch darin, dass sich Krankheitsbilder an die europäischen anpassen würden.

Das Bevölkerungswachstum in Nigeria führt zu einem starken Anwachsen der Stadtbevölkerung von 5-10 % per annum (Aliyu und Amadu 2017, S. 150). Während in den 50er Jahren etwa 10 % der Nigerianer*innen in Städten lebten, sind es heute fast 60 % (ebd.). In West-Afrika ist Urbanisierung kein Phänomen der Moderne, denn Städte existieren dort schon seit Jahrhunderten (Colla et al. 2006, S. 273). Wie in den historischen Städten sind traditionelle Praktiken auch in heutigen Städten fester Bestandteil des Lebens (ebd.). Heutige Städte sind Sitz von Universitäten, Krankenhäusern, Kirchen, Banken und weiteren typisch westlichen Institutionen (ebd.). Damit unterscheiden sie sich von den historischen Städten und sind stärker entwickelt als die ländlichen Regionen (ebd.). Durch das starke Wachstum stehen sie vor Herausforderungen wie einer schlechten Wasserversorgung, unzureichender Müllabfuhr, Elend, Slums, schlechter Hygiene und Krankheiten (Aliyu und Amadu 2017, S. 149). In einer Studie mit Daten aus den 60er Jahren zeigten Colla et al. (2006, S. 275), dass Depressionen in den ländlichen Gegenden Nigerias seltener waren als in den Städten. Heute sind depressive Störungen in der Landbevölkerung Nigerias mit einer Prävalenz von 7,3 % häufiger als in den Städten (4,2 %; Amoran et al. 2007, S. 213). Nur in der älteren Bevölkerung sind die 12-Monats-Prävalenz und die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen signifikant höher als auf dem Land (Gureje et al. 2007, S. 961). Eine Begründung für das veränderte Verhältnis zwischen Stadt und Land wurde in der Literatur nicht gefunden. Nicht nur in der Prävalenz unterschieden sich die eher traditionellen Landbewohner*innen und die eher westlich geprägten Städter*innen, sondern auch in der Erklärung psychischer Störungen. Städter*innen sehen die Ursache eher in psychosozialen Faktoren, während Landbewohner*innen eher an übernatürliche Ursachen glauben (Adewuya und Makanjuole 2008, S. 339).

3.4.3.6 Depressive Symptomatik

Die traditionellen Heiler*innen der Yoruba beschreiben eine Reihe emotionaler und neuropsychiatrischer Erkrankungen, von denen zwei Symptome depressiver Störungen aufweisen (Ayonrinde und Okulate 2012, S. 124):

- *ode ori*: Taktile Empfindung von Kriechen, Krabbeln oder Kribbeln auf der Haut, Geräusche im Ohr (Tinnitus), Herzklopfen und andere somatische Beschwerden. Symptome von Depressionen und Angststörungen sind prominent.
- *irewesi okan*: Erschöpfung oder Müdigkeit des Herzens. Beschreibt oft eine depressive Störung und kann eine Reihe von Erschöpfungssymptomen einbeziehen.

Diese Syndrome sind nicht scharf von anderen psychischen Störungen abgrenzbar. Dies mag darin begründet sein, dass bei Nigerianer*innen verschiedene emotionale Zustände, wie Angst und Niedergeschlagenheit, stark korrelieren und nicht zwischen ihnen differenziert wird (Marsella 1980, S. 242). Die im Krankheitsbild *ode ori* beschriebenen somatischen und psychotischen Symptome sind aus anderen Kulturen nicht bekannt. Binitie beschrieb 1977 (S. 205), dass ein Viertel der depressiven Patient*innen mit depressiven Störungen wahnhaft Vorstellungen teuflischer Machenschaften hätte, während diese bei Patient*innen mit einer Angststörung selten seien. Er bezeichnete das als kulturell akzeptierten Versuch der Patient*innen, eine psychopathologische Störung zu erklären (ebd., S. 207). In einer aktuellen klinischen Studie werden die psychotischen Symptome bestätigt: Otote und Ohaeri (2000, S. 320) fanden auditive Halluzinationen bei über 40 % der Patient*innen, während derer sie Stimmen hörten, die sie als Hexe, Dieb oder Prostituierte und als wertlos und ruiniert bezeichneten – ein psychotisches Symptom, das in westlichen Studien noch nicht beschrieben wurde. Auch Verfolgungswahn und Beziehungswahn sind von depressiven Störungen in Europa unbekannt (ebd.).

Otote und Ohaeri (2000, S. 320) beschreiben Schuldgefühle (14 % der Patient*innen) und Versündigungswahn (6 % der Patient*innen) als Symptome. Gefühle der Wertlosigkeit, Schuld und Selbstvorwürfe wurden bei nigerianischen Patient*innen bis in die 1960er Jahre selten beschrieben, ebenso Zukunftsangst und Sorge vor dem eigenen Ruin (Lambo 1967, S. 1391). Lambo (ebd.) bezeichnete Traurigkeit und psychomotorische Verlangsamung als wesentliche Symptome, ergänzt durch Konzentrationsschwierigkeiten und Fälle von Agitiertheit (zitiert nach Prince 1967, S. 182). Manche Patient*innen zeigten Phobien, Obsessionen oder Angst (Lambo 1956, S. 1391). Auch Hypochondrie könne auftreten (zitiert nach Prince 1967, S. 182). Überlagert sei dieses milde psychische Syndrom von psychosomatischen Symptomen (ebd.).

3.4.3.7 Vertrautheit der Bevölkerung mit depressiven Störungen und Stigmatisierung

Depressive Störungen sind in Nigeria weitgehend unbekannt. In Interviews mit emigrierten Nigerianer*inneninnen sagte eine: „Es gibt in Nigeria nichts, was Depression genannt wird. Ich habe erst von Depressionen gehört, als ich in die USA kam“ (Ezeobebe et al. 2010, S. 196; eigene Übersetzung). In einer Umfrage unter 275 zufällig ausgewählten Erwachsenen in Ife-Ife, einer historischen Stadt der Yoruba und heute Heimat vieler Ethnien, hatten 27 % der Befragten noch nie von Depressionen gehört (Akinsulore et al. 2018, S. 867). Die restlichen beschrieben die Symptome zutreffend (ebd.).

Wie in Deutschland, so sind Menschen mit depressiven Störungen auch in Nigeria stigmatisiert (Ezeobebe et al. 2010, S. 196). Etwa 40 % der von Akinsulore et al. (2018, S. 872) Befragten hatten eine positive Einstellung zu Betroffenen, doch etwa 60 % hatten eine negative Einstellung (ebd.). Etwa 20 % der Nigerianer*innen sind der Meinung, Menschen mit depressiven Störungen seien schwach und selbst für die Erkrankung verantwortlich (ebd.). Über 85 % sind der Meinung, Depressive sollten sich zusammenrei-

ßen (ebd.) Sie werden als unberechenbar empfunden und 40 % schätzen sie als gefährlich für andere ein (ebd.). Besonders Ältere und Ungebildete sind ihnen gegenüber negativ eingestellt (ebd.). Im Widerspruch dazu steht, dass mehr als 75 % die Meinung vertreten, dass sie oft sehr produktive und gute Mitarbeiter*innen seien, wenn es ihnen gut gehe (ebd.).

Nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihre Familien werden durch die Stigmatisierung beeinträchtigt (Ezeobele et al. 2010, S. 196). Depressionen zerstören Ehen und beeinträchtigen den Status der Betroffenen (ebd.). In Interviews mit emigrierten Nigerianer*inneninnen sagte eine: „Sobald du zugibst, dass du an Depressionen leidest, beginnt dein Abstieg in der nigerianischen Gesellschaft. Menschen werden über dich reden und bei sozialen Zusammenkünften auf dich zeigen“ (Ezeobele et al. 2010, S. 196, eigene Übersetzung). Eine andere gab an, von nigerianischen Frauen werde erwartet, dass sie für sich und die Familie stark seien, und Depressionen seien ein inakzeptables Zeichen der Schwäche (ebd.). Wenn eine Frau Depressionen hat, werden ihre Nachkommen nicht geheiratet, weil befürchtet wird, sie könnte es vererben (ebd.).

Zur Stigmatisierung trägt vermutlich bei, dass ein großer Teil der Bevölkerung die Ursache für psychische Erkrankungen in Alkohol- und Drogenabusus sieht (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339). In dieser Sichtweise sind depressive Störungen selbst verursacht, wodurch die Betroffenen eher verurteilt werden und Empathie oder Verständnis abnehmen (Weiner et al. 1988, S. 741). Auch der Glaube an übernatürliche Ursachen trägt zur Stigmatisierung bei, denn enger Kontakt mit Betroffenen kann als riskant empfunden werden (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339).

Werden Depressionen im Islam als Folge eines schwachen Glaubens gesehen, so kann dies bei Betroffenen ein internes Narrativ der persönlichen Schuld auslösen (Barmania 2017, S. 669). In Folge der sozialen Verurteilung scheuen sich Betroffene, professionelle Hilfe zu suchen (ebd.). Besonders bei suizidalen Gedanken führt dies zu großem Leiden, da Suizid im Islam nicht erlaubt ist (ebd.). In Nigeria gilt zudem der Abschnitt 327 des Criminal Code Act, der Suizid verbietet, und ein Suizidversuch kann in Nigeria zur Bestrafung führen (Mishara und Weisstub 2016, S. 55). Das Gesetz geht auf die britische Kolonialmacht zurück und blieb nach der Unabhängigkeit in Kraft. Auch infolgedessen ist Suizid in Nigeria stigmatisiert.

Die Folgen der Stigmatisierung sind spürbar: Über 50 % der Betroffenen verbergen ihre psychischen Probleme vor anderen (Oshodi et al. 2013, S. 263). 14 % wurden in einer romantischen Beziehung aufgrund der Depression unfair behandelt und 10 % am Arbeitsplatz (ebd.). Manche Betroffenen haben aufgehört, sich um einen Arbeitsplatz zu bewerben (ebd.). Besonders junge Menschen und jene mit einer höheren Bildung nehmen Stigmatisierung wahr (ebd., S. 265). In Folge der empfundenen Stigmatisierung tritt bei 40 % der Patient*innen Selbststigmatisierung auf – signifikant häufiger bei jenen, denen ihre Diagnose bekannt ist (ebd.).

Nicht alle Betroffenen fühlen sich aufgrund der Erkrankung generell benachteiligt: Fast 62 % berichten, sie würden in ihrer Familie besser behandelt, und 23 % fühlen sich in

ihrer Glaubensgemeinschaft bevorzugt (Oshodi et al. 2013, S. 263). Nigerianer*innen mit depressiven Störungen berichten von positiven Bewältigungsmechanismen: die Hälfte unter ihnen hat Freundschaften mit Menschen geschlossen, die nicht in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung sind (ebd.). 36 % fühlen sich aufgrund ihrer Fähigkeiten in der Lage, Stigmatisierung und Diskriminierung zu begegnen (ebd.).

Besonders problematisch ist die negative Einstellung mancher Allgemeinmediziner*innen gegenüber Patient*innen mit depressiven Störungen. In einer Umfrage unter allen Allgemeinmediziner*innen in Kliniken und Privatpraxen der Stadt Benin gaben über die Hälfte an, Depressionen seien ein Weg von Menschen mit wenig Ausdauer, mit den Schwierigkeiten des Lebens umzugehen (James et al. 2012, S. 58). In Zentren der medizinischen Grundversorgung in Lagos sind sogar über 80 % der Ärzt*innen dieser Meinung (Ola et al. 2014, S. 241). Beide Ärzt*innengruppen gaben aber auch an, Betroffene hätten mit größerer Wahrscheinlichkeit früh in ihrem Leben unter Entbehrungen gelitten als Gesunde (James et al. 2012, S. 58; Ola et al. 2014, S. 241).

3.4.3.8 Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen

Nur 4 % der staatlichen Gesundheitsausgaben Nigerias werden in die psychiatrische Versorgung investiert, die überwiegend in 8 Kliniken und 12 Universitätsfachbereichen des tertiären Sektors¹¹ sowie in einigen Kliniken der sekundären Versorgung angesiedelt ist (WHO 2006, S. 6; Ayonrinde et al. 2004, S. 536). Die meisten Zentren sind in Städten im südlichen Nigeria, weshalb gleichermaßen ein Nord-Süd- und ein Stadt-Land-Gefälle vorliegen (ebd.). Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation gab es im Jahr 2011 etwa 2,5 psychiatrische Betten pro 100.000 Einwohner und 0,08 Psychiater*innen und Psycholog*innen pro 100.000 Einwohner (WHO 2011a, S. 2f)¹². Zu diesen haben die meisten Menschen des Landes keinen Zugang (Oshodi et al. 2013, S. 2). Vor allem die Armen werden überwiegend in Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung versorgt, in denen Pflegepersonal und Gemeindegesundheitshelfer*innen, aber nur wenige Ärzt*innen angestellt sind und die etwa 85 % des Gesundheitssystems ausmachen (ebd.; Ayinde et al. 2016, S. 885). Solche Einrichtungen decken ein breites Spektrum an Erkrankungen ab, haben aber keine Spezialist*innen für psychische Störungen vor Ort (ebd.), obwohl in der Mental Health Policy aus dem Jahr 1991 eine Verlagerung von psychiatrischen Kliniken in psychiatrische Gemeindezentren und in die Grundversorgung vorgesehen war (WHO 2011a, S. 1). Westlich ausgebildetes medizinisches Personal ist oft nicht bereit, in die ländlichen Gegenden Nigerias zu ziehen (Adelekan et al. 2001, S. 190). Die Pflegekräfte, Gemeindegesundheitshelfer*innen und Ärzt*innen der Grundversorgung sind mit Einschränkung befugt, psychiatrische und psychologische

¹¹ Einrichtungen der tertiären medizinischen Versorgung sind Kliniken mit hochqualifiziertem und spezialisiertem Personal und Ausstattung, zum Beispiel in der Kardiologie, der Intensivmedizin oder der Radiologie (Mulligan et al. 2003, S. 21). Sie sind häufig Universitätskliniken oder Lehrkrankenhäuser (ebd.). Kliniken der sekundären medizinischen Versorgung bestehen aus 5 bis 10 Bereichen verschiedener Funktionen (ebd.). Zur Grundversorgung oder primären medizinischen Versorgung werden Einrichtungen gezählt, in denen nur ein paar Fachrichtungen wie die Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie oder Allgemeinmedizin vertreten sind (ebd.).

¹² Neuere Zahlen hierzu wurden nicht gefunden.

Behandlungen zu verschreiben (ebd.). Die Pflegekräfte dürfen zudem psychische Erkrankungen eigenständig diagnostizieren und behandeln (ebd.). Die WHO stellte 2011 fest, dass die Mehrheit der Pflegekräfte, Gemeindegesundheitshelfer*innen und Ärzt*innen der Grundversorgung in den vorangegangenen fünf Jahren kein Training zu psychischen Erkrankungen erhalten hatte (WHO 2011a, S. 1). Auch standen ihnen vor Ort keine offiziellen Richtlinien zur Diagnostik und Behandlung zur Verfügung (ebd.). Ein formaler Prozess zur Überweisung in die sekundäre oder tertiäre Versorgung existiert nicht (ebd.).

Aufgrund der mangelhaften Ausbildung, fehlender Ressourcen und der persönlichen Einstellung von Beschäftigten in den Einrichtungen der Grundversorgung werden depressive Störungen vermutlich in vielen Fällen nicht identifiziert, allerdings liegen dazu kaum Zahlen vor. Ayinde et al. (2007, S. 685) zeigten, dass perinatale Depressionen bei Frauen in weniger als 2 % der Fälle erkannt und daher nicht adäquat behandelt werden. Daher haben 40 % der Frauen sechs Monate postpartum noch depressive Symptome (ebd.). Auch in der sekundären Versorgung gibt es Mängel: Über ein Drittel der Allgemeinmediziner*innen in Kliniken und Privatpraxen der Stadt Benin gaben in einer Umfrage an, die Unterscheidung zwischen unglücklichen und im klinischen Sinn deprimierten Patient*innen sei schwierig (James et al. 2012, S. 57). Über 80 % sind dennoch der Meinung, die Zahl der Patient*innen habe in den letzten 5 Jahren zugenommen (ebd.).

Der Mangel an medizinischen und psychiatrischen Einrichtungen lässt die Betroffenen Hilfe bei traditionellen Heiler*innen und in der Komplementärmedizin suchen (Ayonrinde et al. 2004, S. 536). Dies wird dadurch verstärkt, dass der Glaube an übernatürliche Ursachen von Depressionen westliche Medizin wirkungslos erscheinen lässt, während traditionelle Heiler*innen die Erklärmodelle der Patient*innen teilen (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339; Adelekan et al. 2001, S. 190). In Interviews mit gebürtigen Nigerianer*innen in den USA gingen diese davon aus, dass depressive Störungen nicht behandelbar und heilbar seien (Ezeobele et al. 2010, S. 195). Sie glaubten daran, dass Erkrankte sich hilfeschend an höhere Mächte wenden sollten, und empfahlen Fasten, Gebete und spirituelle Sitzungen (ebd.). Es wird geschätzt, dass etwa 70 % der medizinischen Versorgung durch Heiler*innen und religiöse Organisationen erfolgt (Ayonrinde et al. 2004, S. 537). Die westlich geprägte Medizin und Psychiatrie müssen ihre Wirksamkeit in manchen Bevölkerungsschichten noch beweisen (ebd., S. 536). Die Heiler*innen erkennen manche Symptome psychischer Erkrankungen sehr gut, während übermäßige Traurigkeit, Rückzug und Manie nicht von allen bemerkt werden (Adelekan et al. 2001, S. 192). Therapeutische Maßnahmen der Heiler*innen sind Beratung, Gesänge, Opfergaben, Kräuter, Hautritzungen und Beschäftigungstherapie, in manchen Fällen auch Schläge (ebd., S. 193). Mißhandlungen bis hin zu Menschenrechtsverletzungen werden berichtet (Burns und Tomita 2014, S. 875; Esan et al. 2019, S. 399). Adelekan et al. (2001, S. 195) empfehlen eine psychologische Ausbildung der Heiler*innen, um deren Verständnis von der Ätiologie depressiver Störungen und anderer psychischer Erkrankungen zu verbessern und ihren Hang zu körperlichen Interventionen wie Schlägen zu reduzieren. Auch Burns und Tomita (2014, S. 875) sprechen sich für eine bessere

Zusammenarbeit zwischen traditionellen Heiler*innen und Zentren der Krankenversorgung aus, die auch Supervision einschließen sollte. In einer aktuellen Umfrage unter traditionellen Heiler*innen berichten Esan et al. (2019, S. 401), dass die Mehrheit von ihnen bis heute keine formelle Ausbildung erhalten hat.

Im Gegensatz zu den traditionellen Heiler*innen sind 60-75 % der nigerianischen Allgemeinmediziner*innen der Ansicht, dass Psychotherapie oder Antidepressiva geeignete Behandlungsmethoden seien (James et al. 2012, S. 58). Etwa die Hälfte wünschten sich, Psychotherapie wäre frei verfügbar, da sie sie für hilfreicher als Antidepressiva halten (ebd.). Nicht ganz die Hälfte unter ihnen sind der Meinung, Antidepressiva sollten besser durch eine Psychiater*in verschrieben werden, und unter 40 % meinen, Psychotherapie solle durch Spezialisten durchgeführt werden (ebd.).

Nigeria ist historisch bedingt ein multikulturelles Land mit über 200 Stämmen und Sprachen, daher gilt es, die in Forschung und Diagnostik verwendeten Fragebögen kultursensibel anzupassen und zu validieren (Ayonrinde et al. 2004, S. 537).

3.4.3.9 Zusammenfassung

Die strukturellen und kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Nigeria sind in Abbildung 5 zusammengefasst.

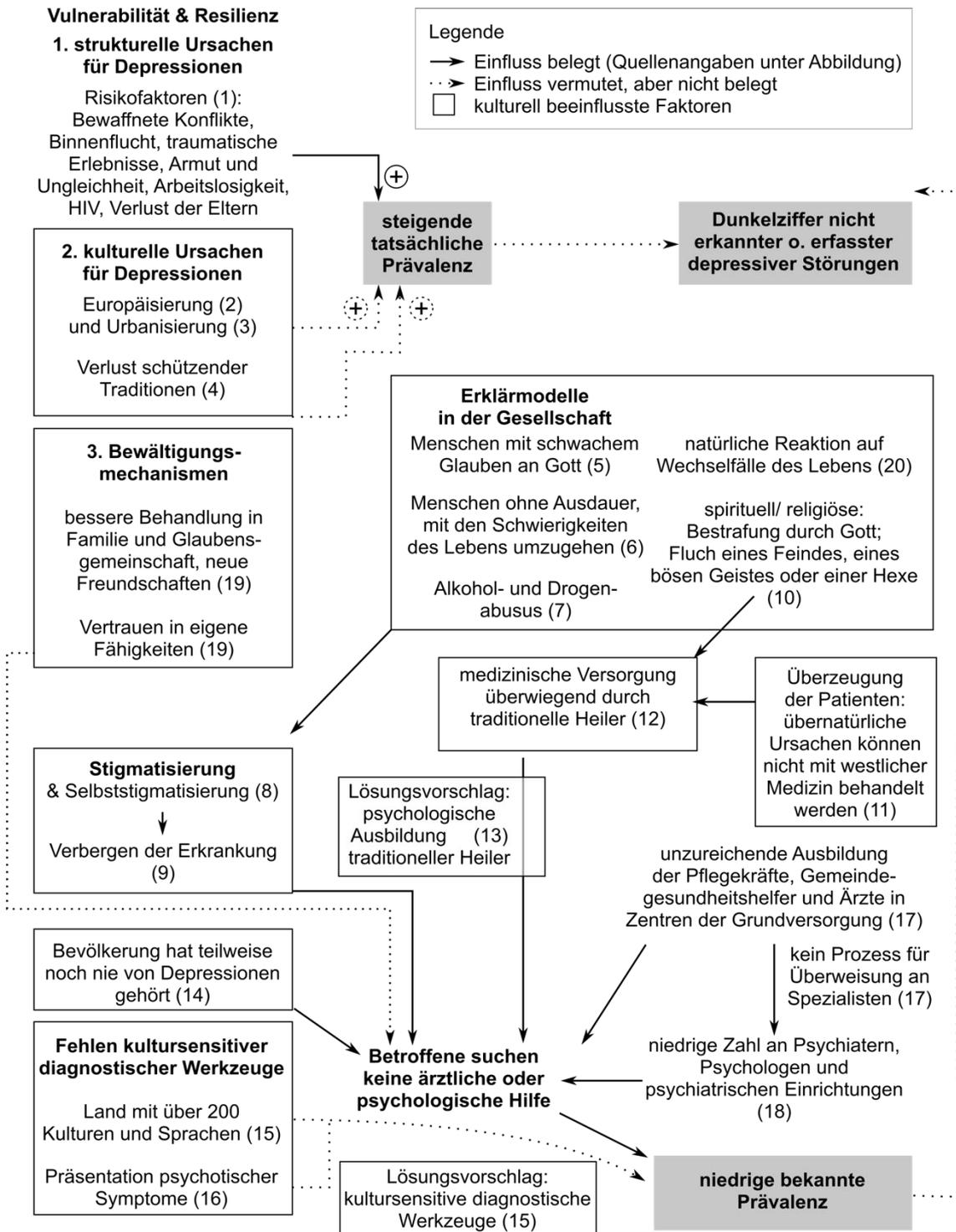


Abbildung 5: Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Nigeria (eigene Darstellung)

Quellen zu Abbildung 5: (1) Roberts et al. 2008, S. 42f; Kim et al. 2007, S. 358; Sheikh et al. 2014, S. 5; Lorant et al. 2003, S. 101; Weich und Lewis 1998, S. 118; McKee-Ryan et al. 2005, S. 64; Ohaeri und Otote 2005, S. 214; Ciesla und Roberts 2001, S. 727; Oderinde et al. 2018, S. 194; Ayinde et al. 2016, S. 879; (2) Lambo 1956, S. 1391; Prince 1967, S. 182, S. 185f; (3) Colla et al. 2006, S. 275; Amoran et al. 2007, S. 213; (4) Lambo 1956, S. 1390; (5) Sima Barmania 2017, S. 669; (6) James et al. 2012, S. 58; (7) Adewuya und Makanjuola 2008, S. 338; (8) Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339; Ezeobele et al. 2010, S. 196; Weiner et al. 1988, S. 741; (9) Barmania 2017, S. 669; Oshodi et al. 2013, S. 263; (10) Adewuya und

Makanjuola 2008, S. 338f; Ezeobele et al. 2010, S. 196; (11) Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339; (12) Ayonrinde et al. 2004, S. 537; (13) Adelekan et al. 2001, S. 195; (14) Akinsulore et al. 2018, S. 867; (15) Ayonrinde et al. 2004, S. 537; (16) Otote und Ohaeri 2000, S. 320; Lambo 1956, S. 1391; (17) WHO 2011a, S. 1; (18) WHO 2011a, S. 2f; Oshodi et al. 2013, S. 2; (19) Oshodi et al. 2013, S. 263; (20) Obeyesekere 1985, S. 135.

3.4.4 Depressive Störungen in Chile

Nachdem Deutschland als typischer Vertreter der westlichen, hoch industrialisierten und wohlhabenden Welt betrachtet wurde und mit Nigeria als ein Land des globalen Südens mit einem starken Einfluss traditioneller Heiler*innen verglichen wurde, sollen im Folgenden einige Besonderheiten der Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in einem lateinamerikanischen Land mit einer hohen Prävalenz depressiver Störungen dargestellt werden. Dabei wird aufgrund der Begrenzungen in Zeit und Umfang dieser Arbeit keine umfassende Analyse angestrebt – vielmehr werden auffällige Unterschiede zu den bereits geschilderten Ländern betrachtet.

3.4.4.1 Chile: eine kurze Einführung

Chile hat etwa 18,4 Millionen Einwohner, von denen 26 % unter 18 Jahre alt sind (Instituto Nacional de Estadísticas 2018, S. 31 und 351). Die Lebenserwartung bei Geburt ist 77 Jahre für Männer und 83 Jahre für Frauen (ebd., S. 21). Das Land gehört zur Einkommensgruppe in der oberen Mittelklasse (ebd.). In den letzten Jahrzehnten gehörte es zu den am schnellsten wachsenden Volkswirtschaften in Lateinamerika (Weltbank 2019b, o. S.). Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung¹³ ist von 30 % im Jahr 2000 auf 6,4 % im Jahr 2017 gesunken (ebd.). Im Jahr 2018 ist die Wirtschaft um 4 % gewachsen (ebd.).

Auf dem Human Development Index der Vereinten Nationen belegt Chile den Platz 44, vor Argentinien (Platz 47) und den anderen lateinamerikanischen Ländern (UNDP 2019, o. S.). Der Gini-Index als Maß für die Ungleichheit ist mit 52,1 recht hoch (UNDP 2013, o. S.).

Die positive Entwicklung Chiles in den letzten Jahren darf nicht die brutale Vergangenheit vergessen lassen. 1973 stürzte General Augusto Pinochet den demokratisch gewählten Präsidenten Salvador Allende und ließ ihn ermorden. In der folgenden Militärdiktatur, die von rechtsgerichteten Politikern unterstützt wurde, wurden zahlreiche Menschen aus politischen Gründen festgenommen und gefoltert, ermordet oder hingerichtet oder verschwanden spurlos. Die Militärjunta sah sich in einem „internen Krieg“ gegen „innere Feinde“ (Wyndham und Read 2010, S. 32). Bürger*innen denunzierten andere Bürger*innen, manchmal aus persönlichen Gründen (ebd.). Zwei große Sportstadien in Santiago de Chile wurden zu Konzentrations-, Folter- und Hinrichtungslagern (ebd.). Führende Mitglieder der linken Parteien gingen ins Exil (ebd.). Familien erfuhren nichts über das Schicksal der Verschwundenen und wurden bedroht, sollten sie nach ihnen suchen (ebd., S. 33). Überlebende trafen in der Gesellschaft auf Schweigen und Leugnung der politischen Gewalt (Faúndez et al. 2017, S. 3). Nach dem Ende der Diktatur Pinochets wurde die Nationale Kommission für Wahrheit und Versöhnung einberufen, um die Menschenrechtsverletzungen unter Pinochet zu dokumentieren (Wyndham und

¹³ Menschen, die von weniger als \$ 5,5 am Tag leben (Weltbank 2019b, o. S.)

Read 2010, S. 37). Sie berichtete von 2.300 Verschwundenen und Hingerichteten (ebd.). Bis heute hat die chilenische Regierung 40.000 Opfer anerkannt (BBC 2011, o. S.).

Während der Diktatur wurden die psychischen Folgen der Repressionen in der Bevölkerung ignoriert (Araya et al. 2012, S. 238). Nach der Wiedereinführung der Demokratie wurden sie priorisiert (ebd.). 30 Jahre nach dem Ende der Diktatur leben noch viele Menschen, die in ihrer Familie oder persönlich staatliche Gewalt erlebt haben. Trotz der bekannten Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und psychischen Erkrankungen gibt es dennoch kaum wissenschaftliche Untersuchungen, die den langfristigen Einfluss der Menschenrechtsverbrechen unter der Diktatur in Chile auf depressive Störungen in der heutigen Bevölkerung thematisieren.

3.4.4.2 Daten zu depressiven Störungen in Chile

Die Daten zur Prävalenz depressiver Störungen in Chile schwanken aufgrund methodischer Unterschiede zwischen den Studien stark (Markkula et al. 2017, S. 400). Depressive Störungen werden im Gesundheitssystem als Problem wahrgenommen und die Zahl der behandelten Patient*innen ist ebenso wie die Zahl der Krankenschreibungen wegen psychischer Störungen seit 2000 stark angestiegen (ebd.; Araya et al. 2009, S. 598). In einer Studie mit einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung lag die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen im Jahr 2010 bei 18,4 % und damit auf dem gleichen Niveau wie 2003 (Markkula et al. 2017, S. 403). Die Prävalenz in den 15 Regionen unterscheidet sich stark und liegt zwischen 2,9 % in Tarapacá und 28,3 in La Araucanía (ebd.; S. 404). La Araucanía ist die ärmste Region Chiles mit einem hohen Anteil indigener Bevölkerung (ebd.; S. 406). Auch die benachbarten, armen Regionen weisen eine hohe Prävalenz auf (ebd.). Dort wurden zum Zeitpunkt der Studie nur 6,7 % der Betroffenen gegen Depressionen behandelt (ebd., S. 404). Markkula et al. (2017, S. 407) vermuten, dass das Gesundheitssystem in diesen Regionen den Bedarf nicht deckt und dass die mangelnde Behandlung zu der hohen Prävalenz zum Zeitpunkt der Erhebung beiträgt. Tarapacá liegt hingegen im wohlhabenden Norden und weist mit 13,6 % eine Behandlungsrate auf, die deutlich über der nachgewiesenen Prävalenz liegt (ebd., S. 406, S. 404).

Depressive Störungen verursachen in Chile eine sehr hohe Krankheitslast: Sie sind an Platz 2 der Erkrankungen gelistet, die die meisten Lebensjahre mit Krankheit oder Behinderung (YLD) verursachen, nur übertroffen von Schmerzen des unteren Rückens (IHME 2019b, o.S.). Die Suizidrate stieg in Chile im Jahr 2000 deutlich an (von 8 auf 11 Suizide pro 100.000 Einwohner) und blieb seitdem mit deutlichen Schwankungen etwa auf diesem Niveau (OECD 2019, o. S.). Aktuell ist sie mit der Suizidrate in Deutschland vergleichbar.

3.4.4.3 Risikofaktoren für depressive Störungen in Chile

Ein Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Störungen ist in Chile weibliches Geschlecht, denn fast drei Viertel der Betroffenen sind Frauen (Markkula et al. 2017, S. 404). Frauen sind in Chile trotz des Wirtschaftswachstums seltener berufstätig als in anderen

Ländern der OECD und traditionelle Geschlechterrollen sind noch gültig (Caldera Sánchez 2014, S. 6-9, S. 11). Der Gender Inequality Index für Chile ist 0,32 (gesunken von 0,48 im Jahr 1995) und damit deutlich höher als in Deutschland (0,065; UNDP 2019b, o. S.). Scheidungen sind erst seit 2004 möglich und Abtreibung ist unter allen Umständen illegal und strafbar. Eine der Ursachen für die hohe Prävalenz depressiver Störungen bei Frauen ist häusliche Gewalt. In mehreren Studien berichteten zwischen einem Viertel und 80 % der Frauen, sie hätten physischen, emotionalen oder sexuellen Missbrauch durch einen Partner oder männlichen Verwandten erlebt (Ceballo et al. 2004, S. 299). Ceballo et al. (2004, S. 304f) befragten Frauen in einem armen Arbeiterviertel Santiagos: Ein Drittel von ihnen gab an, sie hätten physische Gewalt erlebt und vier von fünf berichteten über verbale Aggression. Beides korrelierte mit einer höheren Rate von depressiven Störungen und PTBS (ebd.). Da Gewalt durch Partner oder Verwandte meist zu Hause stattfindet, wird sie allgemein als *la violencia privada* bezeichnet (ebd.). Der Gebrauch von Gewalt als Ausdruck einer repressiven, patriarchalischen Autorität geht vermutlich auch auf das Pinochet-Regime zurück, denn bis 1989 schrieb das Zivilgesetzbuch Chiles fest, dass eine Ehefrau ihrem Mann gehöre und seiner Autorität unterliege (ebd.). Ein weiterer bedeutender Faktor ist die Ehr-Kultur Chiles, in der Gewalt befürwortet wird, wenn die persönliche Ehre in Gefahr ist (Nisbett und Cohen 1996, S. 4f).

Psychischer Missbrauch tritt auch während der Schwangerschaft auf und korreliert, abhängig vom Ausmaß, mit dem Auftreten postpartaler Depressionen (Ludermir et al. 2010, S. 907). Auch körperliche und sexuelle Gewalt korrelieren mit Depressionen, teilweise aufgrund des damit verbundenen psychischen Missbrauchs (ebd.). Für postpartale Depressionen wird in verschiedenen Studien von einer Prävalenz zwischen 5 und 50 % berichtet (für eine Übersicht siehe Halbreich und Karkun 2006, S. 101). Neben Misshandlungen und Missbrauch von erwachsenen Frauen tragen traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit, wie Alkohol- oder Drogenabusus eines Familienmitglieds, Trennung von einer Bezugsperson oder systematische Strafen, zur Entwicklung depressiver Störungen bei (Vitriol et al. 2014, S. 5). Viele Frauen mit depressiven Störungen erinnern sich an solche traumatisierenden Ereignisse in ihrer Kindheit und es besteht ein signifikanter Einfluss auf die Schwere der Depressionen (ebd., S. 2f, S. 5).

Ein weiterer Risikofaktor für Depressionen ist ein niedriger Bildungsstand, der in Chile oft mit Armut, unsicheren Arbeits- und Wohnverhältnissen und anderen belastenden sozialen Faktoren assoziiert ist (Markkula et al. 2017, S. 404, S. 406; Araya et al. 2003, S. 504). Auch schlechte Wohnverhältnisse und eine kürzliche Senkung des Einkommens sind in Chile mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert (Araya et al. 2003, S. 504).

3.4.4.4 Erklärmodelle für depressive Störungen in Chile

In den Erklärmodellen für Erkrankungen mischten sich in Lateinamerika nach der spanischen Kolonialisierung die damalige iberische Lehre der Körpersäfte und indigene religiöse Überzeugungen (Caplan et al. 2011, S. 591). Der Katholizismus der spanischen

Conquistadores wird zudem als Quelle eines gesundheitlichen Fatalismus gesehen, der die Ursache für Krankheiten in Gottes Wille sieht (ebd., S. 590).

In einer qualitativen Studie wurden Betroffene aus Chile, Brasilien und den USA gefragt, welchen Zusammenhang sie zwischen ihrem Lebensstil und ihrer depressiven Störung sehen (Moreira 2007, S. 197). Teilnehmende aus allen drei Ländern berichteten über Einsamkeit als Grund und zugleich Symptom der Depressionen, wozu in Chile das Leben mancher Teilnehmerinnen als Hausfrau beiträgt, die den größten Teil des Tages allein ist (ebd., S. 199f). Auch berichteten die Befragten über den Verlust eines nahestehenden Menschen als eine Ursache (ebd., S. 200f). Auch wenn sie diesen nicht als alleinigen Grund sahen, so ist möglich, dass es sich in manchen Fällen eher um eine Trauer als um klinisch relevante Depressionen handelt, denn Einschlusskriterium für die Studie war das persönliche Empfinden einer depressiven Störung ohne klinische Bestätigung (ebd.). Belastende Lebensereignisse und fehlende Zuwendung in der Familie (insbesondere der Mutter) war eine weitere Erklärung der Teilnehmenden für ihre Depressionen, die oft genannt wurde (ebd., S. 202). In Chile, anders als in den USA und Brasilien, wurde zudem häufig über häusliche Gewalt aufgrund von Alkoholabusus berichtet (ebd., S. 202, S. 207). Das zeigt, dass häusliche Gewalt bei manchen chilenischen Frauen tatsächlich Depressionen auslöst.

Auffällig war die Verbindung, die die Befragten zwischen Arbeitsstress und ihrer depressiven Störung zogen (Moreira 2007, S. 204f). Arbeit wurde in allen Interviews in Chile wie auch in Brasilien als negativ empfunden und die Erwartungen der Vorgesetzten wurden ebenso wie die Fülle der Aufgaben als belastend empfunden (ebd.). Die chilenischen Teilnehmenden klagten über die wettbewerbsorientierte Gesellschaft, die Arbeit und Produktivität betone (ebd.). In manchen Fällen berichteten sie über Zukunftssorgen aufgrund von Arbeitslosigkeit (ebd., S. 206). Die in der Studie von Moreira gesammelten Erklärungen depressiver Menschen in Chile ähneln denen in den USA stark und unterscheiden sich nur in der Häufigkeit, mit der manche mögliche Ursachen genannt werden.

In einer Studie wurden Patient*innen in der medizinischen Grundversorgung nach dem Grund für ihren Arztbesuch gefragt (Araya et al. 2001, S. 79). 8 % nannten einen psychischen Grund und 41 % legte sich nicht fest, ob sie mit einem psychischen oder physischen Problem kamen (ebd., S. 80). Knapp unter 30 % der Patient*innen hatten keine körperliche Erkrankung (ebd.). Fast die Hälfte schrieb die Ursache für ihre Probleme psychischen Ursachen zu (davon etwa ein Drittel fälschlich; Collings 2001, S. 81) und etwa 60 % erklärten ihre Symptome psychologisierend (Araya et al. 2001, S. 80). Diese Studie deutet darauf hin, dass in Chile Psychologisierung von Krankheiten und Unwohlsein ein Muster sein könnte – weitere Studien dazu wurden nicht gefunden.

Eine linguistische Studie zeigte, dass depressive Störungen in lateinamerikanischen Ländern zunehmend häufiger als Krankheiten bezeichnet werden als in der Vergangenheit (Reali et al. 2016, S. 132f). Diese Betrachtung hat zur Folge, dass die Verantwortung für die Störung seltener bei den Patient*innen gesehen wird als bei einer neutraleren Sicht

(ebd.). Die Autorinnen untersuchten zudem Metaphern für Depressionen in lateinamerikanischem Spanisch. Depressionen werden zunehmend als ein Gegner gesehen, den es zu bekämpfen gilt – was ebenfalls die Patient*innen aus der Verantwortung nimmt (ebd.).

3.4.4.5 Vertrautheit der Ärzt*innen mit depressiven Störungen

In einer Studie in Zentren der medizinischen Grundversorgung in Chile erkannten nur 14 der 32 beteiligten Ärzt*innen eine psychische Störung, wenn sie die Fallbeschreibung depressiver Patient*innen vorgelegt bekamen (Rojas Vistorte et al. 2018, S. 7). In einer anderen Studie wurde die Diagnose von Ärzt*innen in der Grundversorgung mit denen von Psychiater*innen verglichen, die ein standardisiertes klinisches Interview verwendeten (Araya et al. 2001, S. 79). Die praktischen Ärzt*innen erkannten nur 48 % der klinisch relevanten Fälle, während sie 11 % der untersuchten Patient*innen fälschlich als depressiv einstufte (ebd.). Die Ärzt*innen diagnostizierten vor allem jene Patient*innen als depressiv, die ihre Symptome selbst einer psychischen Ursache zuschrieben (ebd.). Die Daten aus diesen beiden Studien zeigen, dass die Ärzt*innen in den Zentren der medizinischen Grundversorgung depressive Störungen nicht gut erkennen und nicht ausreichend von anderen Krankheitsbildern abgrenzen können.

3.4.4.6 Anerkennung oder Stigmatisierung Betroffener

Literatur zur öffentlichen Einstellung zu Depressionen und möglicher Stigmatisierung in Chile wurde nicht gefunden. In qualitativen Interviews berichteten manche Chilen*innen davon, dass sie von anderen als verrückt angesehen werden und dass ihr Umfeld nicht auf einen Menschen mit Depressionen vorbereitet sei (Moreira 2007, S. 206f). Stigmatisierung wurde jedoch nicht besonders betont. Frauen, die als Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene Opfer der staatlichen Gewalt wurden, berichteten später von Angst, Scham und Schuldgefühlen: „Ich konnte nicht darüber sprechen, dass ich verhaftet worden war, weil ich mich deswegen immer noch schuldig fühlte, denn sie lassen dich fühlen, als seist du selbst schuld. Wenn du festgehalten wurdest, ist es, als seist du kriminell gewesen, und das ist nicht wahr“ (eigene Übersetzung, Faúndez et al. 2017, S. 13). Männer berichteten in derselben Studie von psychischen Problemen: „Jedes Jahr wird meine psychische Gesundheit schlechter, meine Stimmung, mehr Depressionen“ (sic!, eigene Übersetzung; ebd., S. 17). Weitergehende Analysen, wie sich diese Empfindungen auf die Entwicklung depressiver Störungen auswirken, wurden in beiden Studien nicht gemacht. Damit kann im Rahmen dieser Arbeit keine Schlussfolgerung zum Einfluss einer möglichen Stigmatisierung auf Betroffene gezogen werden.

Auch in Chile gibt es Anzeichen, dass depressive Patient*innen durch Ärzt*innen in der Grundversorgung stigmatisiert werden. Untersucht wurde dies anhand eines Fragebogens zur Evaluation der Stigmatisierung, bei dem ein höherer Score einer stärker stigmatisierenden Einstellung entspricht (Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale, MICA v4). Jene Ärzt*innen, die sich selbst nicht in der Lage fühlten, die Patient*innen zu behandeln,

wiesen einen höheren Stigmatisierungs-Score auf als Ärzt*innen, die sich eine Behandlung zutrauten (Rojas Vistorte 2018, S. 5). Sie hatten also eine stärker stigmatisierende Einstellung. Ergänzende Studien zur Einstellung der Ärzt*innen wurden nicht gefunden.

3.4.4.7 Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen

2001 trat in Chile das evidenzbasierte Programm zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen in der Grundversorgung in Kraft (Araya et al. 2009, S. 597). Seitdem ist die Zahl der behandelten Patient*innen stark angestiegen, von weniger als 10.000 im Jahr 2002 auf mehr als 200.000 in den Jahren 2006-8 (ebd., S. 598). Die Behandlung erfolgt in Zentren der medizinischen Grundversorgung mit Unterstützung durch multidisziplinäre Spezialist*innen aus Ambulanzen für psychische Gesundheit, die zwischen drei und zehn Zentren zugeordnet sind (ebd.). 93 % der Patient*innen haben innerhalb der vorgegebenen Zeit einen Therapieplatz erhalten (ebd.). Die Patient*innen werden in der Grundversorgung von Mitarbeiter*innen ohne psychologische Ausbildung betreut (Marin et al. 2016, S. 2). Das Programm schloss keine Trainings für diese Mitarbeiter*innen ein, was die unzureichende Diagnostik erklären könnte (ebd.). Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter*innen der Grundversorgung könnte dies ändern (ebd., S. 4).

Depressionen wurden 2004 in das System ausdrücklicher Gesundheitsgarantien (AUGE) aufgenommen (Markkula et al. 2017, S. 400). Dieses Gesundheitsprogramm garantiert allen Bürgern zeitnahen Zugang zu einer angemessenen Behandlung für 56 priorisierte Krankheiten (Araya et al. 2009, S. 597). Bis 2017 wurden in diesem Programm mehr als 530.000 Menschen mit depressiven Störungen behandelt (ebd.). Drei Viertel der Patient*innen müssen für die Behandlung nichts bezahlen (ebd.).

3.4.4.8 Zusammenfassung

Die kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Chile sind in Abbildung 6 zusammengefasst.

3.4.5 Depressive Störungen in Japan

Zum Abschluss sollen die Besonderheiten der Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Japan, einem asiatischen Land mit einer niedrigen bekannten Prävalenz depressiver Störungen, betrachtet werden. Wie bei Chile soll hier vor allem auf Unterschiede zu den bereits betrachteten Ländern eingegangen werden – eine vollständige Darstellung wird wegen der Begrenzung von Zeit und Umfang dieser Arbeit nicht angestrebt.

3.4.5.1 Japan: eine kurze Einführung

Japan hat 127 Millionen Einwohner, von denen 27 % über 65 Jahre und 13 % unter 14 Jahre alt sind (Weltbank 2019, o. S.). Die Geburtenrate und die Bevölkerungszahl sind rückläufig (ebd.). Japaner*innen haben mit 84 Jahren weltweit die höchste Lebenserwartung bei Geburt (weltweit: 72 Jahre; ebd.). Die hohe Lebenserwartung bei einer niedrigen Geburtenrate führt zu einer langsamen Überalterung der Gesellschaft mit einer umgedrehten Alterspyramide.

Japan war für 250 Jahre bis in die 60er Jahre des 19. Jahrhunderts vom Rest der Welt abgeschottet. Nach der Öffnung entwickelte sich eine urbane, industrielle Gesellschaft (Kirmayer 2002, S. 308). Diese übernahm westliche Gedanken und Bücher, passte sie aber der japanischen Kultur an (ebd.). Die japanische Kultur ist von den beiden Religionen des Buddhismus und Shintoismus geprägt.

3.4.5.2 Daten zu depressiven Störungen in Japan

Die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen ist in Japan nach Daten des World Mental Health Survey der WHO 6,1 % und die 12-Monats-Prävalenz bei 2,2 % (Ishikawa et al. 2015, S. 221). Diese im internationalen Vergleich niedrigen Zahlen liegen noch unter denen der Global Burden of Disease-Studie (Institute for Health Metrics and Evaluation 2017, o. S.). Das Risiko einer Erkrankung ist bei Frauen mehr als doppelt so hoch als bei Männern und bei Unverheirateten höher als bei Verheirateten (ebd., S. 224). Hausfrauen und Rentner*innen sind eher betroffen als Berufstätige (ebd.). 27 % der Betroffenen erhielten eine Therapie (ebd., S. 222). Depressive Störungen verursachen aktuell auch in Japan eine hohe Krankheitslast: Sie sind an Platz 4 der Erkrankungen gelistet, die die meisten Lebensjahre mit Krankheit oder Behinderung (YLD) verursachen (IHME 2019d, o. S.). Damit sind sie von Platz 5 im Jahr 2007 einen Platz aufgestiegen (ebd.). Über ein Drittel der Patient*innen, die wegen psychischer Störungen stationär behandelt werden, bleibt länger als 5 Jahre in der Klinik und ein weiteres Drittel länger als 1 Jahr – die stationäre Behandlung dauert damit ungewöhnlich lang (WHO 2011c, S. 3).

Japan hat eine im internationalen Vergleich hohe Suizidrate von 18,5 Suiziden pro 100.000 Einwohner (Institute for Health Metrics and Evaluation, o. S.). Die Suizidrate ist bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (ebd.). Suizid ist der häufigste Todesgrund bei Männern zwischen 15 und 44 Jahren und bei Frauen zwischen 15 und 29 Jahren (Japanisches Gesundheitsministerium 2017, o. S.). Der wichtigste Grund für

Suizid sind Gesundheitsprobleme (oft depressive Störungen), gefolgt von wirtschaftlichen Schwierigkeiten (Onishi 2015, S. 36). In vielen Fällen führte eine Kette von Ereignissen und Gründen zum Suizid (ebd., S. 38). 70-90 % der Toten war vor dem Suizid in ärztlicher Behandlung oder hatte einen Experten konsultiert (ebd., S. 44).

3.4.5.3 Vulnerabilität und Resilienz

Die Psychologie in Japan hat sich um die Krankheitsbilder der Angststörung und der Sozialphobie entwickelt, während depressive Störungen lange Zeit nicht im Fokus waren (Kirmayer 2002, S. 300). Ein Grund dafür kann die Denkweise des Buddhismus sein, der tief in der japanischen Kultur verankert ist. Im Buddhismus, einer der zwei wichtigsten Religionen Japans, ist Leiden ein natürlicher Teil des Lebens – es wird weder abgelehnt, noch hat es einen Wert an sich (Hayes 2016, S. 249). Gefühle werden so akzeptiert, wie sie kommen und gehen, in der Überzeugung, dass man gerade dann nicht untergeht, wenn man sich nicht gegen sie auflehnt (Bin 1995, S. 30f). Symptome von leichten Depressionen werden als Zeichen für sich entwickelnde Erkenntnis gesehen (Obeyesekere 1984, S. 139; Kirmayer 2002, S. 309). Dysphorie wird sozial positiv interpretiert, weil sie hilft, die transiente Natur der Welt zu sehen (Kirmayer 2002, S. 315). Dysphorie und leichte Depressionen werden somit kulturell nicht als pathologisch und behandlungsbedürftig empfunden (Bin 1995, S. 26f).

Nach Auffassung japanischer Psycholog*innen und Psychiater*innen beschäftigen sich Menschen im Westen (zu) sehr mit sich selbst, während in Japan Bescheidenheit, Anpassung und Kooperation wichtiger sind (ebd.). Menschen sind nicht gehalten, ihr Umfeld zu kontrollieren und zu beeinflussen, sondern sind in die Gruppe eingebettet und ihr gegenüber verantwortlich (ebd., S. 307). Dies ist im Einklang damit, dass Japan eine eher kollektivistische Kultur hat (Hofstede et al. 2010, S. 95-97). Erfolge werden der Gruppe und den Verbindungen zwischen Menschen zugeschrieben, während Misserfolge mit eigenen Beschränkungen erklärt werden (Kirmayer 2002, S. 306f). Anders als in den USA wird darin kein Rezept für Depressionen gesehen, da diese Denkweise und dieses Verhalten tief in der japanischen Kultur verankert sind (ebd.). Die Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, die mit Antidepressiva wie Prozac einhergehen, werden in Japan kritisch gesehen, denn extrovertiertes Verhalten und Geselligkeit bis hin zur Aufdringlichkeit werden als unangemessenes, individualistisches Verhalten empfunden (ebd.).

In der japanischen Kultur wird zwischen den wahren Gefühlen und Meinungen eines Menschen (*honno*) und den öffentlich ausgedrückten (*tatema*) unterschieden (Naito und Gielen 1992, S. 163). Der öffentliche Ausdruck persönlicher Gefühle wird vermieden – zugunsten sozial akzeptierter Äußerungen. Damit schützen Menschen die Harmonie der Gruppe (ebd., S. 164). Auch wenn die persönlichen Gefühle und Ansichten wichtig sind, so dürfen sie nicht die komplexen menschlichen Beziehungen stören und nicht mit den Gefühlen und Meinungen anderer kollidieren (ebd.). Es ist ein Zeichen geistiger Reife, wenn Menschen die Angemessenheit von *honno* oder *tatema* in einer Situation beurteilen können (ebd., S. 163). Es ist denkbar, dass die Betonung von *tatema* zum

Verbergen einer depressiven Störung führt oder diese verstärkt, um andere nicht zu belasten. Untersuchungen dazu wurden nicht gefunden.

3.4.5.4 Erklärmodelle

Für das westliche Konzept der Depression gibt es in der japanischen Sprache keinen Ausdruck, der alle Aspekte umfasst (Kirmayer 2002, S. 304f). Die japanischen Bezeichnungen sind *yuutsu* (Trauer und Finsternis), *ki ga fusagu* (die Lebensenergie ist blockiert), *ki ga meiru* (die Lebensenergie entweicht), *shizumu* (wenig Lebensgeister) und *inki* (die Lebensenergie ist eher Yin als Yang, also dunkel, passiv und kalt; ebd.). In der Depression ändert sich für einen Betroffenen die Welt, sie wird bedrückend und düster und die Zeit stockt – das bringt der Bezug auf *ki*, die Lebensenergie, ebenfalls zum Ausdruck (Bin 1995, S. 129). Der Fokus auf Lebensenergie führt zu somatischen und psychischen Manifestationen und bildet die japanische Auffassung ab, dass ein Körper ein organischer Prozess im Austausch mit der Umgebung ist (ebd.).

3.4.5.5 Vertrautheit der Bevölkerung mit depressiven Störungen

Zur Jahrtausendwende begannen Schauspieler*innen und Celebrities, öffentlich über ihre depressive Störung zu sprechen (Onishi 2015, S. 44). Im Jahr 2004 gab der Kaiserpalast eine Erklärung heraus, dass Kronprinzessin Masako wegen einer Anpassungsstörung (vermutlich eine depressive Störung) in Behandlung sei (Schulz 2004, o. S.). Seit dieser Zeit sind depressive Störungen in der japanischen Öffentlichkeit bekannt (ebd.). Dazu trug auch bei, dass ein pharmazeutisches Unternehmen 2002 eine populäre Anzeigenkampagne startete, in der leichte Depressionen als *kokoro na kaze* (eine leichte Erkältung des Geistes) bezeichnet wurden (Onishi 2015, S. 44). Die Werbekampagne schuf nicht nur Aufmerksamkeit, sondern suggerierte auch, dass depressive Störungen wie eine Erkältung innerhalb kurzer Zeit mit Medikamenten geheilt werden können (ebd.). Menschen, die zuvor aus Scham keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung gesucht hatten, gingen nun zu Ärzt*innen und der Verkauf von Antidepressiva stieg zwischen 1998 und 2010 um den Faktor 7,6 (ebd.).

3.4.5.6 Stigmatisierung Betroffener

Die japanische Kultur gilt traditionell eher als kollektivistisch denn als individualistisch, auch wenn Japan auf der Kulturskala von Hofstede et al. (2010, S. 95-97) in der Mitte angesiedelt ist. Menschen definieren sich über ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und nicht aus sich selbst heraus (Bin 1995, S. 103). Daher ist es besonders wichtig, was andere Menschen über Depressive denken und wie sie mit ihnen interagieren.

Der Verlust der Kontrolle über Geist und Gefühle beschämt Menschen in Japan und hält zwei Drittel aller Betroffenen vom Gang zu Ärzt*innen oder Psycholog*innen ab (Desapriya und Nobutada 2002, S. 1866). Dies wird dadurch verstärkt, dass psychische Störungen in Japan weitgehend stigmatisiert sind. Die Hälfte der Menschen würde Politiker*innen mit Depressionen nicht wählen (Ando et al. 2013, S. 475). Menschen halten,

wenn möglich, Abstand zu Depressiven und möchten sie nicht als Familienmitglied haben (ebd.). Vor allem ältere Japaner*innen haben Vorbehalte gegenüber Menschen mit psychischen Störungen (ebd.). Japaner*innen sehen die Ursache für die Depressionen in der Persönlichkeit der Betroffenen, zum Beispiel in ihrer Schwäche oder Nervosität (ebd., S. 476).

3.4.5.7 Unterstützung für Betroffene und Therapieoptionen

In der japanischen Gesellschaft obliegt die Sorge für Patient*innen mit psychischen Erkrankungen der Familie – eine professionelle Behandlung wird oft nicht für nötig gehalten (Desapriya und Nobutada 2002, S. 1866; Ando et al. 2013, S. 475). Nur 5 % der Menschen glauben, dass Betroffene mit professioneller Unterstützung vollständig geheilt werden können und nur 20-30 % halten Allgemeinmediziner*innen bei Depressionen für hilfreich (Ando et al. 2013, S. 472). Skepsis gegenüber der Therapie von depressiven Störungen ist groß und nur 35 % der Bevölkerung glauben an die Wirksamkeit von Antidepressiva, während 50% Psychotherapie für hilfreich halten (ebd., S. 475). Dies kann darin begründet sein, dass die lange stationäre Behandlung vieler Patient*innen dazu führt, dass sie in der Gesellschaft nicht sichtbar sind (ebd., S. 477). In der Gesellschaft wird die stationäre Einweisung von Menschen mit psychischen Störungen gefordert, weshalb Psychiater*innen zögern, Betroffene aus der stationären Therapie zu entlassen (ebd., S. 476). Stigma und Hospitalisierung verstärken sich vermutlich gegenseitig (ebd., S. 478).

Antidepressiva wurden bis zu Beginn des Jahrtausends in Japan selten verschrieben und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer waren nicht erhältlich (Kirmayer 2002, S. 297f). Die Psychiatrie konzentrierte sich auf schwere Störungen, die klinisch stationär behandelt wurden (ebd.). Patient*innen mit leichten depressiven Störungen zogen es aufgrund der Stigmatisierung vor, ambulant in Zentren für innere Medizin oder Psychosomatik behandelt zu werden (ebd.). Dort wurden sie wegen einer durch Stress verursachten Störung oder einer empfindlichen Konstitution behandelt und erhielten oft angstlösende Medikation wie Benzodiazepine (ebd.).

In Japan haben sich früh zwei Formen der Psychotherapie verbreitet, die als typisch japanisch gelten (van Quekelberghe 2007, S. 555f):

- Die Naikan-Therapie (Nai = nach innen, kann = beobachten) wurde von Ishin Yoshimoto entwickelt, einem psychologischen Laien und buddhistischen Priester, der mit schwer erziehbaren Jugendlichen arbeitete. Sie betont Selbstreflexion und Konzentration auf vorgegebene Fragen ohne Anwesenheit von Therapeut*innen. Störendes und undankbares Verhalten gegenüber anderen Menschen soll bewusst gemacht werden und eine positive Einstellung gegenüber allen Personen, die sich der Patient*in angenommen haben, soll entwickelt werden. Die Patient*innen sollen von einem ich-zentrierten Denken zu einer gemeinschaftsorientierten Sichtweise gelangen. Naikan-Therapie kann intensiv angewendet werden (täglich von 6-21 Uhr) und anschließend ins tägliche Leben integriert werden (mindestens eine Stunde täglich; Sengoku et al. 2010, S. 45).

- Morita-Therapie: entwickelt vom Psychiater Shomo Morita (1922). Sie integriert Elemente der westlichen Psychotherapie und buddhistischen Tradition. Er baute auf der buddhistischen Sicht auf und riet Patient*innen, loszulassen und Symptome so zu akzeptieren, wie sie sind, anstelle sie zu bekämpfen (Kirmayer 2002, S. 300, Jia et al. 2018, S. 6). Die Morita-Therapie wird auch in China angewendet.

Beide Therapien fügen sich gut in die buddhistische Kultur ein, da sie die Harmonie zwischen den Menschen betonen (Naikan) oder die Akzeptanz der Gefühle und Symptome (Morita). Zur Wirksamkeit beider Therapien bei depressiven Störungen gibt es nahezu keine englischsprachige Literatur. Bei Patient*innen, die im Anschluss an eine intensive Naikan-Therapie mindestens einmal wöchentlich eine Naikan-Introspektion in ihr tägliches Leben einbauen, blieb der BDI-Score (Beck Depression Inventor) nach Abschluss der Intensiv-Therapie auf einem niedrigen Niveau, während er bei Patient*innen ohne regelmäßige Naikan-Introspektion innerhalb von drei Monaten auf das Ausgangsniveau vor Therapie anstieg¹⁴ (Sengoku et al. 2010, S. 48f). Auch andere Scores blieben während der Erhaltungs-Therapie verbessert (ebd.). Die Wirksamkeit der auch in China angewendeten Morita-Therapie bei depressiven Störungen wurde in einer Meta-Analyse der vorhandenen Studien nachgewiesen (Jia et al. 2018, S. 16f). Die Therapie (in Kombination mit einer Pharmakotherapie) erwies sich sowohl in der Schwere der Depression als auch in der Remissionsrate einer reinen Pharmakotherapie überlegen (ebd.). Dennoch wird sie in Japan nur in wenigen Zentren eingesetzt (Kirmayer 2002, S. 8).

3.4.5.8 Zusammenfassung

Die kulturellen Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Japan sind in Abbildung 7 zusammengefasst. Auffällig ist das Fehlen empirischer Untersuchungen zu den dargestellten Zusammenhängen, die für eine sichere Aussage benötigt werden.

¹⁴ Die Studie wurde ohne eine Kontrollgruppe durchgeführt, sodass ein Vergleich zu unbehandelten oder anders behandelten Patient*innen nicht möglich ist. Auch wurden die Patient*innen nicht randomisiert den Gruppen zugewiesen, sondern entschieden selbst, ob sie eine tägliche Naikan-Introspektion durchführen wollten (Sengoku et al. 2010 S. 50). Die Studiengruppe ohne Erhaltungstherapie wies bereits nach Abschluss der Intensivtherapie einen geringeren Effekt auf, weshalb eine Randomisierung wichtig gewesen wäre. Es ist zu vermuten, dass vor allem jene sich für eine Erhaltungstherapie entschlossen haben, bei denen die Therapie wirksamer war. Eine englischsprachige, randomisierte Studie mit Kontrollgruppe wurde nicht gefunden.

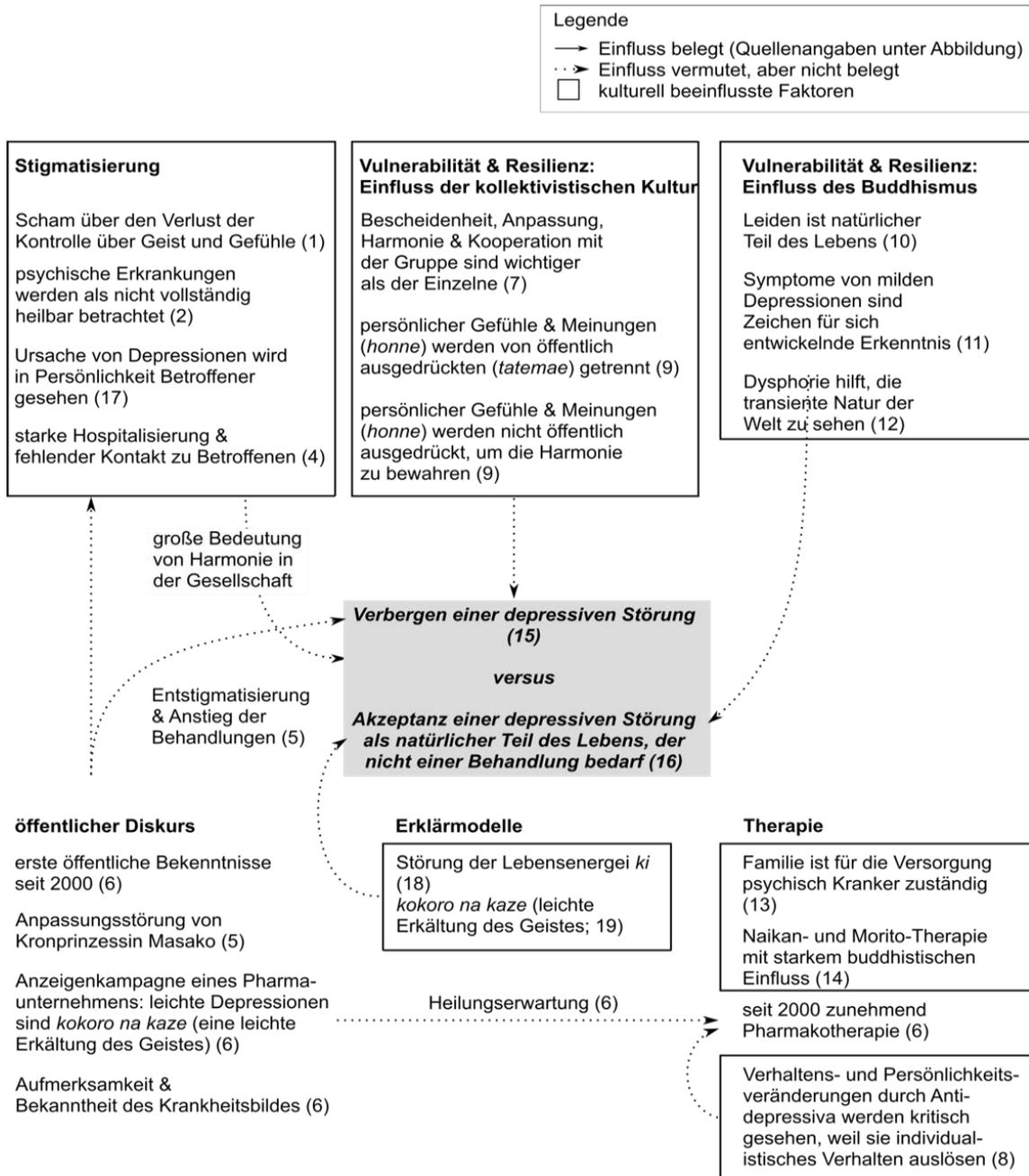


Abbildung 7: Kulturelle Einflüsse auf die Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in Japan (eigene Darstellung)

Quellen: (1) Desapriya und Nobutada 2002, S. 1866; (2) Ando et al. 2013, S. 472; (3) im Detail dargestellt in Ando et al. 2013; (4) Ando et al. 2013, S. 476-8; (5) Schulz 2004, o.S.; (6) Onishi 2015, S. 44; (7) Kirmayer 2002, S. 315; (8) Kirmayer 2002, S. 306f; (9) Naito und Gielen 1992, S. 163; (10) Hayes 2016, S. 249; (11) Obeyesekere 1984, S. 139; Kirmayer 2002, S. 309; (12) Kirmayer 2002, S. 315; (13) Desapriya und Nobutada 2002, S. 1866; (14) van Quekelberghe 2007, S. 555f; Sengoku et al. 2010, S. 45; Kirmayer 2002, S. 300; Jia et al. 2018, S. 16f; (15) Obeyesekere 1984, S. 139; Kirmayer 2002, S. 315; (16) Kirmayer 2002, S. 309; bin 1995, S. 26f; (17) Ando et al. 2013, S. 476; (18) Kirmayer 2002, S. 304f; (19) Onishi 2015, S. 44

4 Diskussion

Depressive Störungen betreffen einzelne Menschen und werden daher in der Medizin oft als individuelles Problem gesehen. Die in dieser Arbeit dargestellten vielfältigen sozialen Einflüsse zeigen jedoch, dass sie immer vor dem Kontext einer Kultur gesehen werden müssen. Der Einfluss der Kultur geht dabei weit über die häufig genannte Somatisierung psychischer Erkrankungen hinaus und beeinflusst neben dem individuellen Empfinden und der Einstellung in der Gesellschaft auch die professionelle Versorgung der Betroffenen. Anhand der in Abschnitt 3.2 gesammelten Erkenntnisse der transkulturellen Psychologie wurde in der vorliegenden Arbeit ein Modell der kulturellen Einflüsse auf Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen entwickelt, das in Abbildung 1 auf Seite 38 dargestellt ist. Anschließend wurden vier ausgewählte Länder mit unterschiedlicher Prävalenz depressiver Störungen und unterschiedlichem kulturellem Hintergrund analysiert, um das Modell zu verfeinern. Die Ergebnisse des Ländervergleichs werden im Folgenden im Zusammenhang mit dem Modell der kulturellen Einflüsse diskutiert.

Dabei sollen drei Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Gibt es Unterschiede in der Anerkennung oder Stigmatisierung depressiv Erkrankter in der Bevölkerung, die dazu führen, dass Betroffene über ihr Empfinden schweigen?
2. Wird die Diagnosestellung depressiver Störungen durch kulturell unsensible Diagnoseschlüssel beeinflusst?
3. Wird die Diagnosestellung depressiver Störungen durch die kulturbedingte Wahrnehmung des Personals in der medizinischen Grundversorgung beeinflusst?

4.1 Vulnerabilität und Resilienz

In Nigeria und Chile liegen bei vielen Menschen eine Reihe von strukturellen Risikofaktoren vor, die eine hohe Prävalenz depressiver Störungen erwarten lassen. Dennoch unterscheiden sie sich in der bekannten Prävalenz stark. Daher ist anzunehmen, dass kulturelle Einflüsse (und möglicherweise biochemische Faktoren) eine Rolle spielen.

In Chile sind vor allem Frauen überproportional stark von strukturellen Risikofaktoren betroffen: traumatisierende Kindheitserlebnisse, häusliche Gewalt, hohe Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und traditionelle Geschlechterrollen (Vitriol et al. 2014, S. 5; Ceballo et al. 2004, S. 304f; UNDP 2019b, o. S.; Caldera Sánchez 2014, S. 6-9, S. 11). Gewalt gegen Frauen kann durch eine Vielzahl individueller Faktoren in der unmittelbaren Umgebung der Betroffenen, wie Erlebnisse in der Kindheit, männliche Dominanz in der Familie, Ehekonflikte, Alkoholabusus, Arbeitslosigkeit und persönliche Isolation, ausgelöst werden, von denen einige in den Untersuchungen zu Chile dargestellt wurden (Heise 1998, S. 265). Daneben gibt es gesellschaftliche Faktoren, die Gewalt gegen Frauen auslösen und die in der Kultur begründet sind (Heise 1998, S. 277-282).

Werden Frauen als Eigentum der Männer betrachtet, wie es in Chile bis 1989 der Fall war (Ceballo et al. 2004, S. 299), so steigt das Risiko häuslicher Gewalt ebenso, wie bei streng festgelegten Geschlechterrollen (Heise 1998, S. 265). Auch ein Männerbild, das Männlichkeit mit Aggression und Dominanz verknüpft, sowie gesellschaftliche Akzeptanz von Gewalt und körperlichen Strafen tragen dazu bei (ebd.). Der strukturelle Faktor Gewalt ist also teilweise in kulturellen Faktoren begründet. Neben der Gewalt gegen Frauen könnten auch die Repressionen und das Verschwinden von Menschen während der Diktatur in Chile langfristig Einfluss auf die Prävalenz depressiver Störungen haben, doch dies ist nicht erforscht. Auch sind keine Daten zu den Auswirkungen der zwei deutschen Diktaturen auf die Prävalenz depressiver Störungen bekannt, aus denen sich Schlussfolgerungen für Chile ziehen ließen.

Neben den genannten Risikofaktoren in Chile fielen beim Vergleich der Länder zwei Thesen auf, die in Nigeria eine höhere Resilienz gegenüber depressiven Störungen begründen. Der Psychiater T.A. Lambo (1956, S. 1390) argumentierte, die traditionellen Überzeugungen und Praktiken hätten den Zweck gehabt, Menschen vor Depressionen und psychischem Stress zu schützen. Auch sagten Betroffene in Interviews, dass sie in Familie und Glaubensgemeinschaft besser behandelt würden und trotz der Depressionen neue Freunde gefunden hätten (Oshodi et al. 2013, S. 263). Sie vertrauten zudem in ihre eigenen Fähigkeiten, die ihnen aus der Depression helfen würden (ebd.).

In Japan wird vermutet, dass der buddhistische Glaube die Menschen schützt, weil Leiden als Teil des Lebens gesehen wird (Hayes 2016, S. 249). Diese Auffassung von Depressionen als natürliche Reaktion auf die Wechselfälle des Lebens ist auch in Nigeria verbreitet und führt dazu, dass Menschen sich nicht als behandlungsbedürftig empfinden (Obeyesekere 1985, S. 135). Der Buddhismus schützt Menschen auch, weil Depressionen als Weg zur Erkenntnis gesehen werden und die Menschen daher nicht unter ihnen leiden (Obeyesekere 1984, S. 139; Kirmayer 2002, S. 309, 315). Neben dem Buddhismus steigert die kollektivistische Kultur in Japan die Resilienz, da der Einzelne weniger wichtig ist als die Gruppe (Kirmayer 2002, S. 315). Eine weitere Konsequenz der kollektivistischen Kultur ist die Unterscheidung zwischen *honne* (persönlichen Gefühlen und Meinungen) und *tatemae* (öffentlich geäußerten Gefühlen und Meinungen). *Honne* werden nicht öffentlich geäußert, um die Harmonie der Gruppe nicht zu stören (Naito und Gielen 1992, S. 163). Die Trennung von *honne* und *tatemae* könnte zum Verbergen depressiver Störungen führen. Es ist auffällig, dass zu den Faktoren, die in Japan protektiv oder verschlimmernd wirken könnten, keine wissenschaftlichen Untersuchungen zu finden waren.¹⁵ Sie wären dringend angeraten, da die Erkenntnisse auch in anderen Kulturen möglicherweise in der Vorbeugung depressiver Störungen eingesetzt werden könnten.

¹⁵ Möglicherweise gibt es japanische Untersuchungen, die nicht in Pubmed und Google Scholar indiziert sind und daher nicht gefunden wurden.

4.2 Erklärmodelle

Die hoch entwickelten Länder Deutschland und Chile ähneln sich darin, wie Laien depressive Störungen erklären. In beiden Ländern wird neben biochemischen Ursachen auf Schicksalsschläge und Leistungsdruck verwiesen (Althaus 2002, S. 661). Auffällig ist, dass in beiden Ländern keine Untersuchungen zu den langfristigen Auswirkungen von Diktatur, Willkür und Gewaltherrschaft auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung gefunden wurden. Die Auseinandersetzung damit, sowohl bei Expert*innen als auch bei Laien, wäre m. E. Voraussetzung für die Entstigmatisierung jener, die möglicherweise unter den langfristigen Folgen zu leiden haben. Nigeria ist zwar eine Demokratie, leidet aber unter ethnischen und religiösen Konflikten und Terror durch die islamistische Gruppierung Boko Haram. Auch hier wäre eine Untersuchung der Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Menschen dringend notwendig, um ausreichende Ressourcen für die Versorgung zu schaffen.

Nigeria ist unter den vier untersuchten Ländern einzigartig, da ein traditionelles Erklärmodell für depressive Störungen vorherrscht (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339). Der Glaube an übernatürliche Ursachen wirkt sich darauf aus, welche Therapie die Menschen suchen und erhalten. Der größte Anteil der Patient*innen wird in Nigeria von traditionellen Heiler*innen behandelt, denn ihnen wird die Fähigkeit zugeschrieben, übernatürliche Ursachen zu bekämpfen (Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339; Adelekan et al. 2001, S. 190).

In Japan werden Geist und Körper als Einheit betrachtet und Depressionen als eine Störung der Lebensenergie (*ki*) verstanden. Daher wirken sich Depressionen auf Geist und Körper aus und führen zu psychischen und somatischen Manifestationen (Kirmayer 2002, S. 304f). Die Auswirkungen der konzeptionellen Einheit oder Trennung von Geist und Körper wurde für Deutschland, Nigeria und Chile in Untersuchungen zu Depressionen nicht untersucht, ein Vergleich mit Japan ist daher nicht möglich.

4.3 Stigmatisierung

Menschen mit depressiven Störungen werden in allen vier untersuchten Ländern stigmatisiert. Auffällig ist jedoch das Fehlen wissenschaftlicher Untersuchungen zur Stigmatisierung in Chile.¹⁶ Hier liegen nur einige Äußerungen in zwei Studien mit qualitativen Interviews vor. Untersuchungen zur Stigmatisierung wären in Chile dringend geraten, vor allem vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz depressiver Störungen. Es ist m. E. denkbar, dass die Stigmatisierung geringer ist als in anderen Ländern, was es den Betroffenen leichter macht, sich in Therapie zu begeben. Es ist auch denkbar, dass Dysphorie und Depressionen in Chile ein sozial akzeptiertes Ventil sind und den Menschen helfen, die bedrückenden Lebensumstände mit häuslicher Aggression und Gewalt zu ertragen. Untersuchungen zu beiden Thesen gibt es jedoch nicht.

Die Erklärmodelle in den anderen drei Ländern tragen zur Stigmatisierung bei, wenn Depressionen als persönliche Schwäche, fehlender Glaube an Gott oder Folge des Lebenswandels ausgelegt werden (Ezeobele et al. 2010, S. 196; Barmania 2017, S. 669). In Deutschland sieht ebenso wie in Nigeria ein Teil der Bevölkerung im Lebenswandel der Betroffenen die Ursache oder betrachtet Depressionen als Charakterschwäche und fehlende Disziplin (Coppens et al. 2013, S. 29; Althaus et al. 2002, S. 661; Akinsulore et al. 2018, S. 867). In Japan wird oft die Persönlichkeit der Patient*innen als Grund gesehen (Ando et al. 2013, S. 476). Damit wird in diesen drei Ländern den Betroffenen Schuld zugewiesen.

Die Stigmatisierung hat spürbare Folgen im Leben Betroffener. In Nigeria wirkt sich die Stigmatisierung negativ auf den Status, die Familien und die Ehen der Betroffene aus (Ezeobele et al. 2010, S. 196). In Deutschland und Japan hat ein Teil der Bevölkerung Angst vor psychisch Kranken. Japaner*innen fürchten sich vor allem vor Menschen mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen, Deutsche auch vor depressiven Patient*innen (Ando et al. 2013, S. 476; Coppens et al. 2013, S. 29; Angermeyer et al. 2004, S. 424f). Während dies in Japan, wie von der Bevölkerung gefordert, zu langer Hospitalisierung Depressiver führt, wurde in Deutschland die dauerhafte Unterbringung in Kliniken seit der Psychiatrie-Enquête-Kommission in den 70er Jahren abgeschafft (Häfner 2016, S. 126; Ando et al. 2013, S. 475; WHO 2011c, S. 3). In Japan fehlt bisher eine Auseinandersetzung mit der Sinnhaftigkeit der Hospitalisierung. In Folge der Stigmatisierung ist ein Teil der deutschen Bevölkerung weniger bereit, in Forschung und Therapie depressiver Störungen zu investieren als in andere häufige Erkrankungen (Beck et al. 2003, S. 603; Schomerus et al. 2006, S. 373). In Deutschland führt ebenso wie in Japan Stigmatisierung dazu, dass Betroffene ihre Depressionen verbergen und Situationen vermeiden, in denen sie diskriminiert werden könnten (Holzinger et al. 2003, S. 398; Bär et al. 2016, S. e4f; Desapriya und Nobutada 2002, S. 1866). Die Sorge vor Stigmatisierung führt auch zur Ablehnung professioneller Hilfe und damit langsamerer Genesung (ebd.).

¹⁶ Möglicherweise gibt es spanischsprachige Untersuchungen, die nicht in Pubmed und Google Scholar indiziert sind und daher nicht gefunden wurden.

Aufgrund dieser Folgen ist es dringend angeraten, das Wissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zu verbessern und zu erforschen, wie sich die Stigmatisierung Betroffener verringern lässt.

Die Stigmatisierung Depressiver führt in zwei der untersuchten Länder dazu, dass Menschen über ihr Empfinden schweigen und depressive Störungen unerkant bleiben. In Nigeria und Chile gibt es kaum Berichte zu Stigmatisierung, daher kann keine Schlussfolgerung gezogen werden. Die erste Forschungsfrage, ob die Anerkennung oder Stigmatisierung in der Bevölkerung depressiv Erkrankte veranlasst, über ihr Empfinden zu schweigen, kann daher mit Einschränkung bejaht werden. Zu keinem Land wurden jedoch Untersuchungen gefunden, ob Stigmatisierung einen direkten oder moderierenden Einfluss auf die bekannte und die tatsächliche Prävalenz hat. Solche Untersuchungen wären dringend angeraten.

4.4 Symptome depressiver Störungen und kultursensitive Diagnostik

Die Diagnostik anhand international etablierter Standards wie DMS-5 und ICD-10 ist von der westlichen Kultur geprägt. Zwar gibt es im DSM-5 ein ergänzendes Cultural Formulation Interview (Falkai et al. 2015, S. 1031-1035), doch für die Interpretation der Patientenantworten gibt es keine Hilfestellung. Daher wären Vergleichsuntersuchungen der vorhandenen Literatur sowie ergänzende empirische Studien für weitere Kulturen sinnvoll. Die in der Literatur zur transkulturellen Psychologie oft beschriebene Somatisierung greift zu kurz. Ebenso gut könnte man von einer Psychologisierung in westlichen Kulturen sprechen und diese nicht als Norm, sondern als Ausnahme betrachten (Ryder et al. (2008, S. 310). In Chile könnte eine besonders ausgeprägte Psychologisierung dazu führen, dass körperliche Erkrankungen als psychische verstanden werden (Araya et al. 2001, S. 80). Diesen Effekt gälte es in den westlichen Kulturen zu untersuchen. Die gesellschaftlichen Veränderungen mit einem wachsenden Einfluss des Westens führen auch in manchen aufstrebenden Ländern zu einer Verschiebung der Symptomatik und Erklärmodelle in Richtung der Psychologisierung (Chentsova-Dutton und Ryder 2013, S. 437f).

Emotionen wie Angst und Niedergeschlagenheit sind in manchen Kulturen konzeptionell nicht getrennt (Marsella 1980, S. 242), wodurch m. E. Depressionen nicht von Angststörungen getrennt sind. In anderen Kulturen, wie Nigeria, sind psychotische Symptome häufig. Die abweichende Symptomatik depressiver Störungen in vielen Ländern, die in Abschnitt 3.2.2 dargestellt wurde, lässt eine kultursensitive Ergänzung der gebräuchlichen Diagnoseschlüssel sinnvoll erscheinen (Ayonrinde et al. 2004, S. 537). Als Grundlage dafür könnten systematische Literaturreviews für einzelne Kulturen dienen, die auf dem hier entwickelten Modell aufbauen, sowie die in Abschnitt 3.3.7 vorgestellten Fragebögen (Cultural Formulation Interview, EMIC, SEMI und MINI). In dieser Arbeit wurde jedoch auch gezeigt, dass diese Diagnoseschlüssel im klinischen Alltag der medizinischen Grundversorgung keine nennenswerte Rolle spielen. Sie werden eher in der se-

kundären und tertiären Versorgung sowie in der Forschung eingesetzt. Daher ist ihr Einfluss in der Diagnostik depressiver Störungen untergeordnet und die zweite Forschungsfrage, ob die Diagnosestellung depressiver Störungen durch kulturell unsensible Diagnoseschlüssel beeinflusst wird, wird mit nein beantwortet.

Die Erkenntnisse zur Diagnostik in Deutschland, Nigeria und Chile zeigen vielmehr, dass eine bessere psychologische Ausbildung der Mitarbeiter*innen in der medizinischen Grundversorgung und der Allgemeinmedizin nötig ist. Auch die Heiler*innen in Nigeria und anderen Ländern mit einem traditionellen System der Gesundheitsversorgung sollten ausgebildet werden (Adelekan et al. 2001, S. 195). Dabei gilt es auch, die Rolle und das Selbstverständnis dieser Berufsgruppen zu hinterfragen, wie die Erkenntnisse zu Hausärzt*innen in Deutschland zeigen. Die dort dargestellte intuitive und schrittweise Herangehensweise anstelle einer systematisch wissenschaftlichen kann dazu führen, dass depressive Störungen nicht erkannt werden. In den Untersuchungen zu Nigeria, Chile und Japan wurde hingegen gezeigt, dass Mitarbeiter*innen der Grundversorgung Vorurteile gegenüber Patient*innen haben können, die sich auf Diagnostik und Behandlung auswirken (James et al. 2012, S. 58; Ola et al. 2014, S. 241). Damit wird die dritte Forschungsfrage, ob die Diagnosestellung depressiver Störungen durch die kulturbedingte Wahrnehmung des Personals in der medizinischen Grundversorgung beeinflusst wird, mit Ja beantwortet.

4.5 Therapie

In Nigeria werden viele Patient*innen von traditionellen Heiler*innen behandelt, weil viele Menschen unzureichend Zugang zu medizinischen Einrichtungen haben (Ayonrinde et al. 2004, S. 536). Zudem wird den Heiler*innen mehr Kompetenz in der Behandlung der übernatürlichen Ursachen zugesprochen. Auch in Japan wurden kulturspezifische Therapien entwickelt, die im Buddhismus verankert sind (Naikan und Morita). Chile wendet als westliches Land die auch in Deutschland gebräuchlichen Pharmako- und Psychotherapien an. Eine Besonderheit Deutschlands im internationalen Vergleich ist die Anwendung von Hypericum-Präparaten (Hoffmann et al. 2012, S. 974; Härter et al. 2017, S. 211). Eine japanische Besonderheit ist die Ablehnung der Pharmakotherapie bis zu Beginn der 2000er Jahre, weil Antidepressiva das Verhalten in einer Weise verändern, die in der japanischen Kultur nicht erwünscht war. Stattdessen wurden häufig Benzodiazepine eingesetzt (Kirmayer 2002, S. 297f). Seit sich das aufgrund der Werbekampagne eines Pharmaunternehmens geändert hat, sind die Heilungserwartungen an Antidepressiva hoch (Kirmayer 2002, S. 306f).

Zur kultursensitiven Therapie depressiver Störungen wären Untersuchungen der vorhandenen lokalen Therapiemodelle mit wissenschaftlichen Methoden sinnvoll, die mit Kontrollgruppen und Randomisierung Evidenz zur Wirksamkeit sammeln.

4.6 Das verfeinerte Modell

Basierend auf den Untersuchungen zu depressiven Störungen in Deutschland, Nigeria, Chile und Japan in Abschnitt 3.4 wurde das Modell der kulturellen Einflüsse auf Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie depressiver Störungen aus Abschnitt 3.3.9 verfeinert (Abbildung 8).

Quellen zu Abbildung 8 (nächste Seite)

Quellen 1-31 sind in der Legende zu Abbildung 1 auf Seite 32 angegeben.

Weitere Quellen: (32) Roberts et al. 2008, S. 42; Kim et al. 2007, S. 358; Sheikh et al. 2014, S. 5; Sheikh et al. 2014, S. 5; Roberts et al. 2008, S. 43; (33) und (34) Vitriol et al. 2014, S. 5; Ceballo et al. 2004, S. 304f; UNDP 2019b, o. S.; Caldera Sánchez 2014, S. 6-9, S. 11; (35) Ceballo et al. 2004, S. 299; Heise 1998, S. 265; (36) siehe 32; (37) Lambo 1956, S. 1390; (38) Hayes 2016, S. 249; Obeyesekere 1985, S. 135, 139; Kirmayer 2002, S. 309, 315; (39) Naito und Gielen 1992, S. 163; (40) Marsella 1980, S. 242; (41) Pilars de Pilar et al. 2011, S. 73-76; Sielk und Abholz 2005, S. 488; (42) WHO 2011a, S. 1; Rojas Vistorte et al. 2018, S. 7; Araya et al. 2001, S. 79; (43) Oshodi et al. 2013, S. 2; (44) Adewuya und Makanjuola 2008, S. 339; Adelekan et al. 2001, S. 190; (45) Angermeyer und Matschinger 2004, S. 155; Angermeyer et al. 2017, S. 54; Backenstrass et al. (2006, S. 179; (46) und (47) Kirmayer 2002, S. 306f.

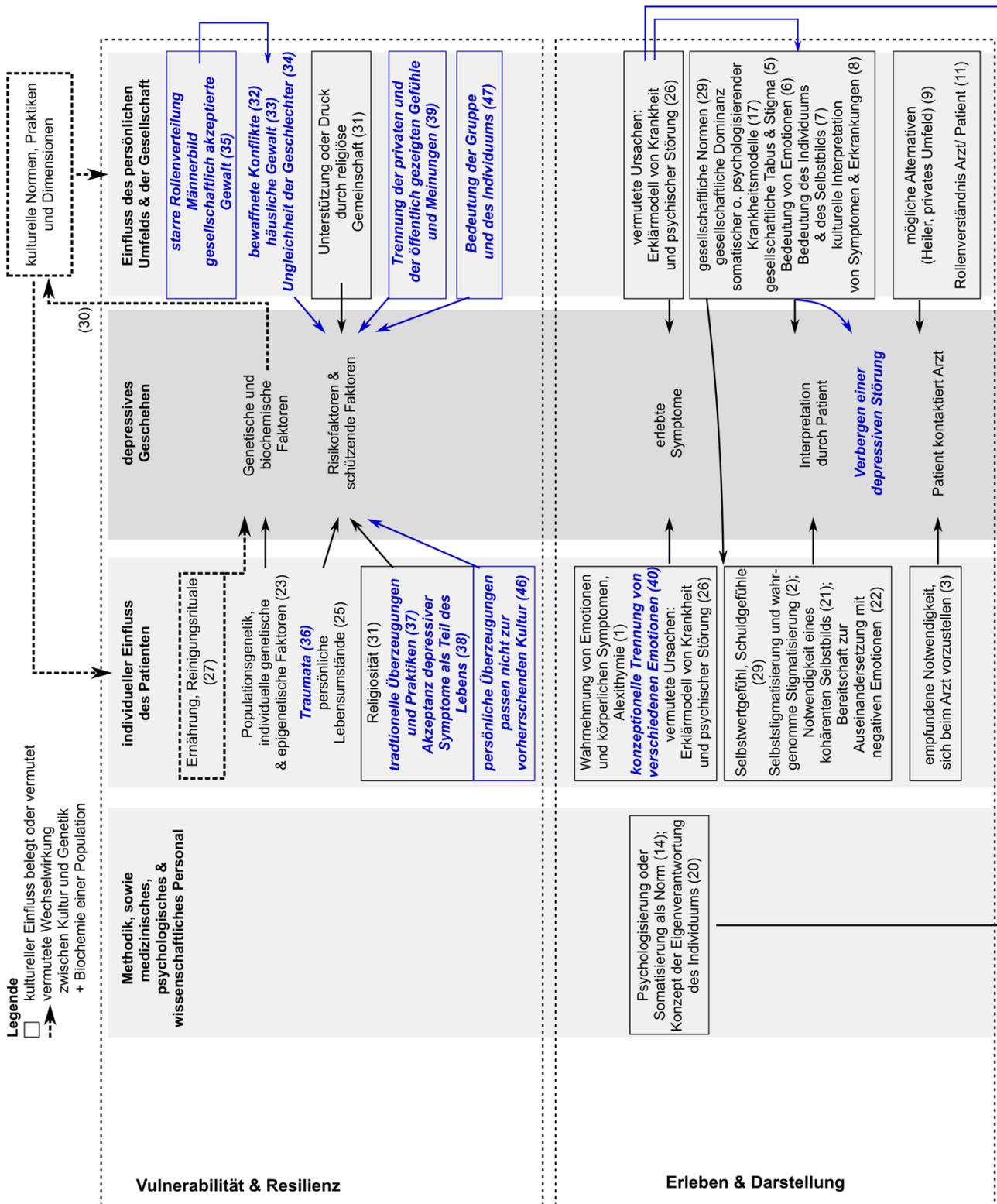


Abbildung 8: Modell der Einflussfaktoren in der Diagnostik depressiver Störungen, unterteilt in individuelle, gesellschaftliche und methodische Elemente. Blau hervorgehoben sind Ergänzungen zu Abbildung 1 (eigene Darstellung, Teil 2 auf der folgenden Seite)

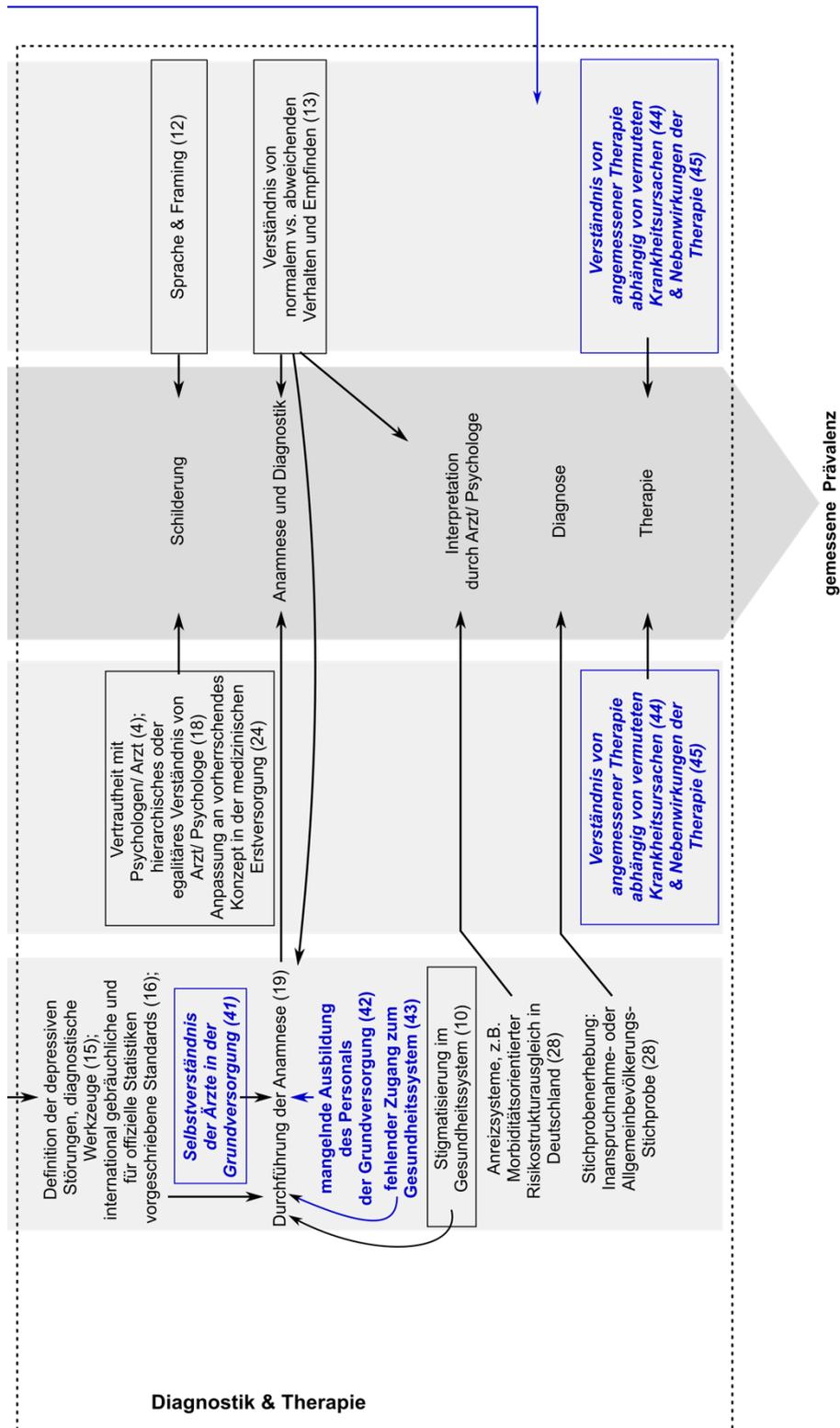


Abbildung 8 (Teil 2)

5 Fazit

Die Forschung zu kulturellen Unterschieden bei Depressionen boomte in den 80er und 90er Jahren. Dennoch wurden bis heute keine Werkzeuge entwickelt, um diese in der klinischen Diagnostik zu berücksichtigen. Stattdessen wird weiterhin in einem ethischen Ansatz so gearbeitet als seien Depressionen eine weitgehend kulturunabhängige Störung. Dies erklärt sich teilweise aus der biochemischen oder genetischen Erklärung von Depressionen, aber auch aus dem mangelnden kulturellen Wissen von Wissenschaftler*innen, Ärzt*innen und Psycholog*innen. Das Konzept psychischer Störungen in den westlich-industrialisierten Ländern wird als Norm verwendet, und andere Länder werden in ihrer Abweichung von dieser Norm betrachtet. Ein Vergleich auf Augenhöhe findet nicht statt. So liegt der Fokus der transkulturellen Forschung zu depressiven Störungen stark auf dem Konzept der Somatisierung in nicht-westlichen Ländern. Jedoch wird von manchen Autor*innen angemerkt, dass man ebenso gut von einer übermäßigen Psychologisierung in den westlichen Ländern sprechen könne.

Die psychologische und psychiatrische Forschung nutzt vornehmlich quantitative Methoden. Qualitative, narrative Interviews stammen aus der Anthropologie und werden selten verwendet (Groleau et al. 2006, S. 674). Daher bleiben kulturelle Aspekte in der Psychologie und Psychiatrie oft unberücksichtigt oder werden trivialisierend interpretiert. Die angenommene Somatisierung kann zum Beispiel auf einer Fehlinterpretation von Aussagen mangels linguistischer Kenntnisse beruhen (siehe Abschnitt 3.3.4). Die Analyse der kulturellen Unterschiede auf der Basis von Kulturdimensionen (siehe Abschnitt 3.4.1) hat sich in der transkulturellen Psychologie als weniger ergiebig erwiesen als die Bildung und Überprüfung von Hypothesen auf der Basis qualitativer Forschung.

Trotz der vielen bereits vorhandenen Literatur hat die transkulturelle Psychologie unzureichend Einzug in die psychologische und psychiatrische Praxis genommen, da in der Routine einfach anwendbare Diagnosewerkzeuge fehlen oder nicht ausreichend bekannt sind. Diese gilt es, auf der Basis von Untersuchungen wie der vorliegenden zu entwickeln und in der Praxis zu validieren. Die Ära der monokulturellen Psychologie, die psychische Störungen rein auf der Basis westlicher Kulturen betrachtet, sollte damit enden.

6 Limitationen

Die vorliegende Übersichtsarbeit stützt sich ausschließlich auf publizierte Literatur. Eigene experimentelle oder empirische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt. Nur Literatur in deutscher oder englischer Sprache, die in Pubmed oder Google Scholar gefunden wurde, wurde berücksichtigt. Relevante spanische und japanische Artikel konnten nicht ausgewertet werden. Daher war der Korpus verfügbarer Arbeiten für Chile und Japan deutlich kleiner als für Deutschland und für Nigeria, wo aufgrund der Amtssprache englische Publikationen üblich sind. Eine Meta-Analyse der statistischen Daten in den Quellen wurde nicht durchgeführt. In manchen Fällen war die Primärquelle nicht verfügbar, dies wurde entsprechend vermerkt.

Literatur

- Adams, G., Salter, P.S., Pickett, K.M., Kurtiş, T. (2010): Behavior as mind in context. In: Mesquita, B., Fedlmann Barrett, L., Smith, E.R. (Hrsg.): *The mind in context*. Guilford Press, New York, 277-306.
- Adelekan, M. L., Makanjuola, A. B., Ndom, R. J. (2001): Traditional mental health practitioners in Kwara State, Nigeria. *East African Medical Journal*, 78: 190-196.
- Adewuja, A.O., Makanjuola, R.O.A. (2008): Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: pattern and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43: 336-341.
- Adewuya, A.O., Coker, O.A., Atilola, O., Ola, B.A., Zacharia, M.P., Adewumi, T., Olugbile, O., Fasawe, A., Idris, O. (2018): Gender difference in the point prevalence, symptoms, comorbidity, and correlates of depression: findings from the Lagos State Mental Health Survey (LSMHS), Nigeria. *Archives of Women's Mental Health*, 21 (6): 591-599.
- Aguilera, A., Garza, M.J., Muñoz, R.F. (2010): Group cognitive-behavioral therapy for depression in Spanish: culture-sensitive manualized treatment in practice. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, 66 (8): 857-67.
- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Rapp, M.A., Heinz, A. (2008): Transkulturelle Aspekte der Depression. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51: 436-442.
- Akinsulore, A., Esimai, O.A., Mapayi, B.M., Aloba, O.O. (2018): Public awareness and attitude towards depression: a community based study among an adult population in Ile-Ife South Western Nigeria. *Community Mental Health Journal*, 54 (6): 866-874.
- Aliyu, A.A., Amadu, L. (2017): Urbanization, cities, and health: the challenges to Nigeria – a review. *Annals of African medicine*, 16 (4): 149-158.
- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J., Hegerl, U. (2002): Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt*, 73: 659-664.
- Aluko, M.A.O. (2003): The impact of culture on organizational performance in selected textile firms in Nigeria. *Nordic journal of African Studies*, 120(2): 164-179.
- Amoran, O., Laeoyin, L., Lasebikan, V. (2007): Prevalence of depression among adults in Oyo State, Nigeria: A comparative study of rural and urban communities. *Australian Journal of Rural Health*, 15 (3): 211-215.
- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., Thornicroft, G. (2013): Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67: 471-482.
- Angermeyer, M.C., Buyantugs, L., Kenzine, D.V., Matschinger, H. (2004): Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (6): 420-425.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Link, B.G., Schomerus, G. (2014): Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?. *Social Science & Medicine*, 103: 60-66.

- Angermeyer, M.C., van der Auwera, S., Garta, M.G., Schomerus, G. (2017): Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, 15: 50-61.
- Angermeyer, M., Matschinger, H. (1995): Auswirkungen der Reform der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, Band 59.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2004): Public attitudes towards psychotropic drugs: have there been any changes in recent years?. *Pharmacopsychiatry*, 37: 152-156.
- Anya, Ike (2012): People don't get depressed in Nigeria. GRANTA 120, <https://granta.com/people-dont-get-depressed-in-nigeria/> (17.1.2022).
- APA American Psychiatric Association (2013): Supplementary modules to the core cultural formulation interview (CFI). American Psychiatric Association, https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview-Supplementary-Modules.pdf (8.8.2019), 1-14.
- Araya, R., Lewis, G.H., Rojas, G., Mann, A.H. (2001): "Patient knows best"—detection of common mental disorders in Santiago, Chile: cross sectional study. *MBJ*, 322: 79-80.
- Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., Fritsch, R. (2003): Education and income: which is more important for mental health?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 501-505.
- Araya, R., Alvarado, R., Minoletti, A. (2009): Chile: an ongoing mental health revolution. *The Lancet*, 374: 597-598.
- Arrindell, W.A., Steptoe, A., Wardle, J. (2003): Higher levels of state depression in masculine than in feminine nations. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 809-817.
- Arrindell, W.A., Hatzichristou, C., Wensink, J., Rosenberg, E., van Twillert, B., Stederna, J., Meijer, D. (1997): Dimensions of national culture as predictors of cross-national differences in subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 23 (1): 23-51.
- Ash, M.G. (1995): Wissenschaftshistorische Stellungnahme zur „Operativen Psychologie“. In: Behnke, K., Fuch, J., (Hrsg.): *Zersetzung der Seele*, Rotbuch Verlag, Hamburg, 214-227.
- Assion, H.-J. (2005): Migration und psychische Krankheit. In: Assion, H.-J. (Hrsg.): *Migration und seelische Gesundheit*. Springer, Berlin, Heidelberg, 133-144.
- Ayinda, O.O., Oladeji, B.D., Abdulmalik, J., Jordan, K., Kola, L., Gureje, O. (2016): Quality of perinatal depression care in primary care setting in Nigeria. *BMC Health Services Research*, 18 (1): 879-889.
- Ayonrinde, O., Gureje, O., Lawal, R. (2004): Psychiatric research in Nigeria: bridging tradition and modernisation. *British Journal of Psychiatry*, 184: 536-538.
- Ayonrinde, O., Okulate, G. (2012): Culture and mental health in West Africa: Nigeria. In: Bhui, K. (Hrsg.): *Culture and mental health: a comprehensive textbook*, 122-134.

- Backenstrass, M., Joest, K., Frank, A., Hingmann, S., Mundt, C., Kronmüller, K.-T. (2006): Preferences for treatment in primary care: a comparison of nondepressive, subsyndromal and major depressive patients. *General Hospital Psychiatry*, 28: 178-182.
- Baer, N., Sikorski, C., Lupp, M., Riedel-Heller, S.G., Schomerus, G. (2016): Das Stigma Depression – eine Interaktion zwischen öffentlichem Diskurs und Erfahrungsberichten Betroffener. *Psychiatrische Praxis*, 43 (3): e1-e8.
- Bagayogo, I.P., Interian, A., Ecobar, J.I. (2013): Transcultural Aspects of Somatic Symptoms in the Context of Depressive Disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 33: 64-74.
- Bagby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R., Marshall, M.B. (2004): The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight?. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2163-2177.
- Balogun, F.U., Uzoma, O.V. (2007): Peaceful co-existence of the peoples of Nigeria: the contending issues. *The Social Sciences*, 2 (2): 226-230.
- Barmania, S. (2017): Islam and depression. *Lancet Psychiatry*, 4 (9): 669-670.
- Bashorun, A., Nguku, P., Kawu, I., Ngige, E., Ogundiran, A., Sabitu, K., Nasidi, A., Nsubuga, P. (2014): A description of HIV prevalence trends in Nigeria from 2001 to 2010: what is the progress, where is the problem?. *Pan African Medical Journal*, 18 (Suppl. 1): 3-8.
- BBC (2011): Chile recognises 9,800 more victims of Pinochet's rule. *BBC News*, <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-14584095> (27.8.2019), o.S.
- Beck, M., Dietrich, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2003): Alcoholism: low standing with the public? Attitudes towards spending financial resources on medical care and research on alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 38 (6): 602-605.
- Behnke, K. (1995): Lernziel Zersetzung: die „Operative Psychologie“ in Ausbildung, Forschung und Anwendung. In: Behnke, K., Fuch, J., (Hrsg.): *Zersetzung der Seele*, Rotbuch Verlag, Hamburg, 12-43.
- Bermejo, I., Kriston, L., Berger, M., Härter, M. (2009): Patients' language proficiency and inpatient depression treatment in Baden-Württemberg (South Germany). *Psychiatric Services*, 60 (4): 545-548.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., Härter, M. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37: 225–232.
- Bermejo, I., Hölzel, L.P., Kriston, L., Härter, M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt*, 55: 944-953.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wasserman, D. (2004): Psychiatric diagnoses and suicide. *Crisis*, 25 (4): 147-155.
- Beutel, M.E., Jünger, C., Klein, E.M., Wild, P., Lackner, K.J., Blettner, M., Banerjee, M., Michal, M., Wiltink, J., Brähler, E. (2016): Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants – results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatry*, 16 (1): 288-298.

- Beutel, M.E., Jünger, C., Klein, E.M., Wild, P., Lackner, K.J., Bletener, M., Banerjeeß, M., Michal, M., Wiltink, J., Brähler, E. (2016): Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants - results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatry*, 16: 288-298.
- Bin, K. (1995): *Zwischen Mensch und Mensch: Strukturen japanischer Subjektivität*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- Binitie, A. (1977): The psychological basis of certain culturally held beliefs. *International Journal of Social Psychiatry*, 23 (3): 204-208.
- Bosker, F.J., Hartmann, C.A., Nolte, I.M., Prins, B.P., Terpstra, P., Posthuma, D., van Veen, T., Willemsen, G., DeRijk, R.H., de Geus, E.J., Hoogendijk, W.J., Sullivan, P.F., Penninx, B.W., Boomsma, D.I., Snieder, H., Nolen, W.A. (2011): Poor replication of candidate genes for major depressive disorder using genome-wide association data. *Molecular Psychiatry*, 16: 516-532.
- BPtK Bundespsychotherapeutenkammer (2015): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. BPtK, <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie/> (11.7.2019), 1-37.
- BPtK Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018. BPtK, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (15.7.2019), 1-40.
- Brhlikova, P., Pollock, A. M., Manners, R. (2011): Global Burden of Disease estimates of depression – how reliable is the epidemiological evidence?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104 (1): 25-34.
- Burns, J.K., Tomita, A. (2014): Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50: 867-77.
- Bursztein Lipsicas, C., Mäkinen, I.H., Apter, Al., De Leo, D., Kerkhof, Lönnqvist, J., A., Michel, K., Salander Renberg, E., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Värnik, A., Wasserman, D. (2016): Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2): 241-251.
- Busby Grant, J., Bruce, C.P., Batterham, P.J. (2016): Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25 (3): 247-254.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56: 733-739.
- Caldera Sánchez, A. (2014): Policies for making the Chilean labour market more inclusive. *OECD Working Paper*, https://www.oecd-ilibrary.org/economics/policies-for-making-the-chilean-labour-market-more-inclusive_5jz2r9j3f0r6-en (27.8.2019), 1117: 1-32.
- Caplan, S., Paris, M., Whittemore, R., Desai, M., Dixon, J., Alvidrez, J., Escobar, J., Scaplan, L. (2011): Correlates of religious, supernatural and psychosocial causal beliefs about depression among Latino immigrants in primary care. *Mental Health, Religion & Culture*, 14 (6): 589-611.

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H.L., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R. (2003): Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301: 386-389.
- Ceballos, R., Ramirez, C., Castillo, M., Caballero, G.A., Lozoff, B. (2004): Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychology of Women Quarterly*, 28: 298-308.
- Chentsova-Dutton, Y.E., Chu, J.P., Tsai, J.L., Rottenberg, J., Gross, J.J., Gotlib, I.H. (2007): Depression and Emotional Reactivity: Variation Among Asian Americans of East Asian Descent and European Americans. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (4): 776-785.
- Chentsova-Dutton, Y.E., Ryder, A.G. (2013): Vulnerability to depression in culture, mind and brain. In: Power, M. (Hrsg.): *The Wiley-Blackwell Handbook of Mood Disorders*. Wiley-Blackwell, Chichester, 2. Auflage: 432-450.
- Cheung, F.M. (1984): Preferences in help-seeking among Chinese students. *Culture, medicine and psychiatry*, 8 (4): 371-380.
- Cheung, F.M. (1987): Conceptualization of psychiatric illness and help-seeking behaviour among Chinese. *Culture, medicine and psychiatry*, 11 (1): 97-106.
- Cheung, R.Y.M., Park, I.J.K. (2010): Anger suppression, interdependent self-construal, and depression among Asian American and European American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16 (4): 517-525.
- Chiao, J.Y., Blizinski, K.D. (2010): Culture-gene coevolution of individualism-collectivism and the serotonin transporter gene. *Proceedings of the Royal Society of Britain*, 277: 529-537.
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A.T., Nadkarni, A., Hollon, S.D., King, M., Jordans, M.J.D. (2014): The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 44: 1131-1146.
- CIA (undatiert): The world factbook. Central Intelligence Agency, USA, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ni.html> (21.7.2019), o.S.
- Ciesla, J.A., Roberts, J.E. (2001): Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 725-730.
- Colla, J., Buka, S., Harrington, D., Murphy, J.M. (2006): Depression and modernization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41: 271-279.
- Collings, S.C.D. (2001): Commentary: Clinical practice is as important as diagnosis. *BMJ*, 322: 80-81.
- Coppens, E., Van Audenhove, Ch., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlieb, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz-Cornelis, C., Hegerl, U. (2013): Public attitudes towards depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*, 150 (2): 320-329 (Seitenangaben im Text folgen dem vorab publizierten Manuskript).

- Cummins, R.A. (2013): Subjective Well-Being, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. In: Delle Fave, A. (Hrsg.): The exploration of happiness. Present and future perspectives. Springer, Dordrecht, Heidelberg, New York, London, 77-95.
- De Vaus, J., Hornsey, M.J., Kuppens, P., Brock, B. (2018): Exploring the East-West Divide in Prevalence of Affective Disorder: A Case for Cultural Differences in Coping With Negative Emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 22 (3): 285-304.
- Ding, Y., Wang, L., Chen, J., Zhao, J., Guo, W. (2020): Chinese taoist cognitive therapy for symptoms of depression and anxiety in adults in China: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, Artikel 769: 1-12.
- Dion, K.L. (1996): Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 4 (6): 531-539.
- DMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019): ICD-10-GM Version 2019: Kapitel V - Psychische und Verhaltensstörungen. DMDI, <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f30-f39.htm> (4.4.2019).
- Draguns, J.G., Tanaka-Matsumi, J. (2003): Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 755-776.
- DRV Deutsche Rentenversicherung (2018): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.html (11.7.2019), Band 22: 1-334.
- Eisenberg, D.T.A., Hayes, M.G. (2011): Testing the null hypothesis: comments on 'Culture-gene coevolution of individualism–collectivism and the serotonin transporter gene'. *Proceedings of the Royal Society of Britain*, 278: 329-332.
- Ellison, C.G., Lee, J. (2010): Spiritual struggles and psychological distress: is there a dark side of religion?. *Social Indicators Research*, 98 (3): 501-517.
- Esan, O., Appiah-Poku, J., Othieno, C., Kola, L., Harris, B., Nortje, G., Makanjuola, V., Oladeji, B., Price, L., Seedat, S., Gureje, O. (2019): A survey of traditional and faith healers providing mental health care in three sub-Saharan African countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54 (3): 395-403.
- Ezeobele, I., Malecha, A., Landrum, P., Symes, L. (2010): Depression and Nigerian-born immigrant women in the United States: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17: 193-201.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. (Hrsg.), Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., Zaudig, M (Hrsg.) (2015): American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen.
- Falola, T., Heaton, M.M. (2008): A history of Nigeria. Cambridge University Press, Cambridge.
- Falola, T., Heaton, M.M. (2008): A history of Nigeria. Cambridge University Press, Cambridge.

- Faúndez, X., Cárdenaz, M., Hatibovic, F., Palma, E., Bravo, D. (2017): Memories of boys, girls, and adolescent victims of political prison and torture by the Chilean military–civilian dictatorship. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-27.
- Finzen, A. (2015): Auf dem Wege zur Reform – die Psychiatrie-Enquete wird 40. *Psychiatrische Praxis*, 52: 392-396.
- Frances, A.J., Nardo, J.M. (2013): ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *The British Journal of Psychiatry*, 203 (1): 1-2.
- Fuchs, J. (1995): Bearbeiten, dirigieren, zuspitzen: die „leisen“ Methoden des MfS. In: Behnke, K., Fuch, J., (Hrsg.): *Zersetzung der Seele*, Rotbuch Verlag, Hamburg, 44-83.
- Geertz, C. (1984): Distinguished lecture: anti anti-relativism. *American Anthropological Association*, 86 (2): 263-278.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw921_dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=64700549&nummer=851&p_sprache=D&p_indsp=55001&p_aid=19042356 (28.8.2020).
- Green, M., Elliott, M. (2010): Religion, health, and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 49 (2): 149-163.
- Groleau, D., Xoung, A., Kirmayer, L.J. (2006): The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcultural Psychiatry*, 43 (4): 671-691.
- Grube, M. (2009): Sind Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken bei Migranten häufiger?. *Psychiatrische Praxis*, 36: 67-71.
- Gureje, O., Ola, L., Afolabi, E. (2007): Epidemiology of major depressive disorder in the Ibadan study of aging. *Lacet*, 370 (9591): 957-964.
- Häfner, H. (2016): Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. *Heidelberger Jahrbücher Online*, Band 1, Artikel 8: 119-145.
- Halbreich, U., Karkun, S. (2006): Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91: 97-111.
- Härdtle, R., Schneider, W. (1999): Die Intendierte-Dynamische Gruppenpsychotherapie als Paradigma der Psychotherapie in der DDR: Kontinuität oder Zäsur im Verhältnis zu psychoanalytischen Konzepten?. *Forum der Psychoanalyse*, 15 (1): 42-57.
- Härter, M., Jansen, A., Kriston L., Leucht, S., Berger, M. (2017): S3 Leitlinie: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Springer, Berlin und Heidelberg., 2. Auflage.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., Saunders, K. (2013): Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147: 17-28.

- Hayes, C. (2016): Is suffering therapeutic? An exploration of buddhist ideas and Rogers' six conditions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15 (3): 245-255.
- Heerlein, A., Doerr-Zegers, O. (2015): Transkulturelle Aspekte der depressiven Erkrankungen. In: Holm-Hadulla, R. M., Draguhn, A.: *Die vielen Gesichter der Depression. Ursachen. Erscheinungsformen und Behandlungsweisen*, 257-293.
- Hegeman, J.M., Kok, R.M., van der Mast, R.C., Giltay, E.J. (2012): Phenomology of depression in older compared to younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200: 275-281.
- Heine, S.J. (2012): *Cultural Psychology*. W.W. Norton & Company, New York, 2. Ausgabe.
- Heise, L.L. (1998): Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence against Women*, 4 (3): 262-290.
- Höck, K.(Hrsg.) (1999): *Gruppenpsychotherapieforschung. Psychotherapie und Grenzgebiete*. Barth, Leipzig, Band 2.
- Hoffmann, F., Glaeske, G., Petermann, F., Bachmann, C.J. (2012): Outpatient treatment in German adolescents with depression: an analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21 (9): 972-979.
- Hofstede, G., Hofstede, G.J., Minkov, M. (2010): *Cultures and organizations: software of the mind. Intercultural cooperation and its importance for survival*. McGraw Hill, New York.
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I, Weithaas, S., Angermeyer, M.C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 30 (7): 395-401.
- House, J. (2006a): Text and context in translation. *Journal of Pragmatics*, 38: 338-358.
- Hung, C.-I., Weng, L.-J., Su, Y.-J., Liu, C.-Y. (2006): Depression and somatic symptoms scale: A new scale with both depression and somatic symptoms emphasized. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60: 700–708.
- Hunsraj, S. (1998): *The hindu Prānā in oral tradition with reference to the Aramaic Rouhâh*. Masterarbeit an der University of Natal, Durban. http://ukzn-dspace.ukzn.ac.za/bitstream/handle/10413/6805/Hunsraj_Simla_1998.pdf (31.8.2020).
- Husain, M.M., Rush, A.J., Rivedi, M.H., McClintock, S.M., Wisniewski, S.R., Davis, L., Luther, J.F., Zisook, S., Fava, M. (2007): Pain in depression: STAR*D study findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 63: 113-122.
- Ibrahim, A.W., Jidda, M.S., Wakil M.A., Rabbebe, I.B., Omeiza, A.B., Yusuph, H., Ogunlesi, A., Suleiman, U.G. (2014): Prevalence, correlates and under-diagnosis of clinical depression among adults on highly active antiretroviral therapy in a Tertiary Health Institution in northeastern Nigeria. *Journal of Public Health in Africa*, 5 (2): 93-98.
- IHME Institute for Health Metrics and Evaluation (2019a): Nigeria. IHME, <http://www.healthdata.org/nigeria> (28.8.2019), o.S.
- IHME Institute for Health Metrics and Evaluation (2019b): Chile. IHME, <http://www.healthdata.org/chile> (28.8.2019), o.S.
- IHME Institute for Health Metrics and Evaluation (2019c): Germany. IHME, <http://www.healthdata.org/germany> (28.8.2019), o.S.

- IHME Institute for Health Metrics and Evaluation (2019d): Japan. IHME, <http://www.healthdata.org/japan> (28.8.2019), o.S.
- IHME Institute for Health Metrics and Evaluation (2017): Global Health Data Exchange: GBD Results Tool. GHDx, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (3.4.2019).
- Instituto Nacional de Estadísticas (2018): Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. <http://www.censo2017.cl/> (28.8.2020).
- Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R.C. and the World Mental Health Japan Survey Collaborators (2016): Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25: 217–229.
- Internationaler Währungsfond (2019): Population of Nigeria. <https://www.imf.org/> (28.8.2019), o.S.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.U. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen; Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73: 651-658.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Busch, Ma., Hapke, U., Maske, U., Seifert, I., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3): 304-319.
- Jalali, S., Wohlin, C. (2012): Systematic literature studies: database searches vs. backward snowballing. *Proceedings of the ACM-IEEE international symposium on empirical software engineering and measurement*, 29-39.
- James, B.O., Jenkins, R., Lawani, A.O., Omoaregba, J.O. (2012): Depression in primary care: the knowledge, attitudes and practice of general practitioners in Benin City, Nigeria. *South African Family Practice*, 54 (1): 55-60.
- Japanisches Gesundheitsministerium (2017): Handbook of health and welfare statistics 2017. Ministry of Health, Labour and Welfare, <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/1-2.html> (29.8.2019), o.S.
- Jia, Y., Li, M., Cheng, Z., Cui, L., Zhao, J., Liu, Y., Leng, M., Li, F., Che, L. (2018): Morita Therapy for Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatry Research*, 269: 763-771 (Seitenangaben im Text folgen dem vorab publizierten Manuskript).
- Jurk, C. (2006): Der niedergeschlagene Mensch. Depression: eine sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose. Dissertation, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen. <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2711/pdf/JurkCharlotte-2006-02-13.pdf> (10.7.2019).
- Kane, O. (2008): Islamism: what is new, what is not? Lessons from West Africa. *African Journal of International Affairs*, 11 (2): 157-187.
- Kim, G., Torbay, R., Lawry, L. (2007): Basic health, women's health, and mental health among internally displaced persons in Nyala province, South Darfur, Sudan. *American Journal of Public Health*, 97 (2): 353-361.

- Kim, K.-H., Park, S.-A. (2018): Horticultural therapy program for middle-aged women's depression, anxiety, and self-identify. *Complementary Therapies in Medicine*, 39: 154-159.
- Kimura, B. (1995): *Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Kitchenham, B., Pretorius, R., Budgen, D., Brereton, O.P., Turner, M., Niazi, M., Linkman, S. (2010): Systematic literature reviews in software engineering – A tertiary study. *Information and Software Technology*, 52 (8), 792-805.
- Kirmayer, L.J. (2002): Psychopharmacology in a globalizing world: the use of antidepressants in Japan. *Transcultural Psychiatry*, 39 (3): 295-322.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., Dworkind, M., Yaffe, M.J. (1993): Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150 (5): 734-741.
- Kleinman, A. (2004): Culture and Depression. *The New England Journal of Medicine*, 351 (10): 951-953.
- Kleinmann, A., Good, B. (1984): Introduction: culture and depression. In: Kleinmann, A., Good, B. (1984): *Culture and depression*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London., 1-41.
- Knyazev, G.G., Kuznetsova, V.B., Savastyanov, A.N., Dorosheva, E.A. (2017): Does collectivism act as a protective factor for depression in Russia?. *Personality and Individual Differences*, 108: 36-31.
- Lang, C., Jansen, E. (2013): Appropriating depression: biomedicalizing Ayurvedic psychiatry in Kerala, India. *Medical Anthropology*, 32 (1): 25-45.
- Kritz, M.M., Makinwa-Adebusoye, P. (1999): Determinants of women's decision-making authority in Nigeria: the ethnic dimension. *Sociological Forum*, 14 (3): 399-424.
- Krumrei, E.J., Pirutinsky, S., Rosmarin, D.H. (2013): Jewish spirituality, depression, and health: an empirical test of a conceptual framework. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20 (3): 327-336.
- Lagnado, A.M., Gildchrist, K., Cvancarova Smastuen, M., Memon, A. (2017): Is subjective wellbeing associated with depression? A cross-sectional survey in southeast England. *European Journal of Public Health*, 27 (suppl. 3): 271.
- Lam, C.Y., Perrin, C.M., Ryabchenko, K.A. (2004): Cross identification of mood disorders in Asian American and Caucasian American college students. *Psychiatric Quarterly*, 75 (4): 361-373.
- Lambo, T.A. (1956): Neuropsychiatric observations in the western region of Nigeria. *British Medical Journal*, 15 (2): 1388-94.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001): Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1): 363-385.
- Lloyd, K.R., Jacob, K.S., Patel, V., St. Louis, L., Bhugra, D., Mann, A.H. (1998): The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine*, 28: 1231-1237.

- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Phillipot, P., Anseau, M. (2003): Socio-economic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2): 98-112.
- Ludermir, A.B., Lewis, G., Valongueiro, S.A., Barreto de Araújo, T.V., Araya, R. (2010): Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376: 9033-10.
- Maercker, A. (2001): Association of cross-cultural differences in psychiatric morbidity with cultural values: a secondary data analysis. *German Journal of Psychiatry*, 4: 19-23.
- Manson S.M., Shore, J.H., Bloom, J.D. (1985): The depression experience in American Indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis. In: Kleinman, A. und Good, B. (Hrsg.): *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, 331-368.
- Marin, G., Martínez, P., Cornejo, J.P., Díaz, B., Peralta, J., Tala, Á., Rojas, G. (2016): Chile: acceptability of a training program for depression management in primary care. *Frontiers in Psychology*, 7 (853): 1-6.
- Markkula, N., Zitko, P., Peña, S., Margozzini, P., Retamal C., P. (2017): Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52 (4): 399-409.
- Marsella, A.J. (1980): Depressive experience and disorder across cultures. In: H. C. Triandis, & J. G. Draguns (Hrsg.): *Handbook of cross cultural psychology* 6. Band: *Psychopathology*, Allyn and Bacon, Boston, 233-262.
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006): Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3 (11): 2011-2030.
- Matsumoto, D., Willingham, B., Olide, A. (2009): Sequential dynamics of culturally moderated facial expressions of emotion. *Psychological Science*, 20 (10): 1269-1274.
- Mauss, I.B., Cook, C.L., Gross, J.J. (2007): Automatic emotion regulation during anger provocation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43: 698–711.
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1): 53-76.
- McSweeney, B. (2002): Hofstede's model of national cultural differences and their consequences: A triumph of faith – a failure of analysis. *Human Relations*, 55 (1): 89-118.
- Melchior, H., Schukz, H., Härter, M. (2014): *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Bertelsmann Stiftung, https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf (17.7.2019), 1-144.
- Mishara, B.L., Weisstub, B.N. (2016): The legal status of suicide: A global review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44: 54-74.
- Mitscherlich, A., Mitscherlich, M. (1967): *Die Unfähigkeit zu trauern: Grundlagen kollektiven Verhaltens*. Piper, München.
- Mokgobi, M.G. (2014): Understanding traditional African healing. *Afr J Phys Health Educ Recreat Dance*, 20 (Suppl. 2): 24-34.

- Moreira, V. (2007): Critical phenomenology of depression in Brazil, Chile and the United States. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, 7 (2): 193-218.
- Mulligan, J; Fox-Rushby, J; Johns, TAB; Mills, A (2003) Unit costs of health care inputs in low and middle income regions. Working Paper No. 9, Disease Control Priorities Project. Technical Report. Fogarty International Centre, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.
- Murdock, G.P. (1980): *Theories of illness: A world survey*. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
- Naito, T., Gielen, U.P. (1992): *Tatemaie and honne: a study of moral relativism in Japanese culture*. In: Gielen, U.P., Loeb-Adler, L., Milgram, N. (Hrsg.): *Psychology in international perspective*, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 161-172.
- National Bureau of Statistics (2010): *The national literacy survey*. National Bureau of Statistics, <https://nigerianstat.gov.ng/download/43> (21.7.2019), 1-87.
- Natiional Bureau of Statistics (2017): *Demographic statistics bulletin*. National Bureau of Statistics, <https://nigerianstat.gov.ng/download/775> (21. Juli 2019), 1-26.
- National Bureau of Statistics (undatiert): *National poverty reates for Nigeria: 203-4 (revised) and 2009-10 (abridged report)*. National Bureau of Statistics, <https://nigerianstat.gov.ng/download/544> (21.7.2019), 1-5.
- Nieuwsma, J.A., Pepoper, C.M., Maack, D.J., Birkenheir, D.G. (2011): *Indigenous perspectives on depression in rural regions of India and the United States*. *Transcultural Psychiatry*, 48 (5): 539-568.
- Nisbett, R.E., Cohen, D. (1996): *Culture of honor: the psychology of violence in the south*. Routledge, New York, London.
- National Bureau of Statistics (2018): *Labour force statistics – volume 1: unemployment and underemployment report (Q4 2017- Q3 2018)*. National Bureau of Statistics, <https://nigerianstat.gov.ng/download/856> (21.7.2019), 1-78.
- Obeyesekere, G. (1985): *Depression, Buddhism and the work of culture in Sri Lanka*. In: Kleinman, A., (Hrsg.): *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, Oakland, 134-152.
- Oderinde, K.O., Dada, M.U., Ogun, O.C., Awuno, N.S., Kundi, B.M., Ahmed, H.K., Tsung, A.B., Tanko, S.T., Yussuf, A.A. (2018): *Prevalence and predictors of depression among adolescents in Ido Ekiti, South West Nigeria*. *International Journal of Clinical Medicine*, 9: 187-202.
- OECD Organsation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2019): *Suicide rates*. OECD, <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm> (27.8.2019), o.S.
- Ohaeri, J.U., Otote, D.I. (2005): *Family history, life events, and the factorial structure of depression in an Nigerian sample of inpatients*. *Psychopathology*, 35: 210-219.
- Ola, B., Crabb, J., Adewuya, A., Olugbile, F., Abosede, O.A. (2014): *The state of readiness of Lagos state primary health care physicians to embrace the care of depression in Nigeria*. *Community Mental Health Journal*, 50: 239-244.

- Olisah, V.O., Baiyewu, O., Sheikh, T.L. (2010): Adherence to highly active antiretroviral therapy in depressed patients with HIV/AIDS attending a Nigerian university teaching hospital clinic. *African Journal of Psychiatry*, 13: 275-279.
- Omoiu, O.E., Abraham, T.W. (2014): Youth bulge and demographic dividend in Nigeria. *African Population Studies*, 27 (2) Suppl: 352-360.
- Onishi, K. (2015): Risk factors and social background associated with suicide in Japan: a review. *Japan Hospitals*, 34: 35-50.
- Ormel, J., Von Korff, M., Ustun, B., Pini, S., Korten, A., Oldehinkel, T. (1994): Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA*, 272 (22): 1741-1748.
- Oshodi, Y. O., Abdulmailk, J., Ola, B., James, B. O., Bonetto, C., Cristofalo, D., van Bortel, T., Sartorius, N., Thornicroft, G. (2013): Pattern of experienced and anticipated discrimination among people with depression in Nigeria: a cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49 (2): 259-266.
- Otote, D.I., Ohaeri, J.U. (2000): Depressive symptomatology and short-term stability at a Nigerian psychiatric care facility. *Psychopathology*, 33: 314-323.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2001): The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30: 107-115.
- Peltzer, K. (2007): Krankheitsdeutung und Gesundheitsverhalten im Kulturvergleich. In: Trommsdorff, G., Konradt, H.-J. (Hrsg.): *Anwendungsfelder der kulturvergleichenden Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Themenbereich C (Theorie und Forschung), Serie VII (Kulturvergleichende Psychologie), Band 3: 489-525.
- Perris, C. (1988): A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78 (S344): 93-101.
- Pilars de Pilar, M., Abholz, H.H., Becker, N., Sielk, M. (2011): Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? Eine qualitative Studie. *Psychiatrische Praxis*, 39: 71-78.
- Prince, R. (1967): The changing picture of depressive syndroms in Africa: is it fact or diagnostic fashion?. *Canadian Journal of African Studies*, 1 (2): 177-192.
- Psychotherapeutenkammer NRW (2016): Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Psychotherapeutenkammer NRW, <https://www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/publikationen/ptk-newsletter/archiv/ptk-newsletter-32016/reform-der-psychotherapie-richtlinie.html> (15.7.2019).
- Ravelli, A., van den Brink, W. (1999): Consequences of the use of different classification systems: a comparison of the DSM-III-R and the ICD-10 for depression. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8 (4): 192-203.
- Realí, F., Soriano, T., Rodríguez, D. (2016 (online 2015)): How we think about depression: The role of linguistic framing. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48 (2): 127-136.
- Realí, F., Soriano, T., Rodríguez, D. (2016): How we think about depression: the role of linguistic framing. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48 (2): 127-136.

- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K.-Y., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., Ries Merikangas, K. (2009): Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression. *JAMA*, 301 (23): 2462-2471. Erratum in: *JAMA* (2009), 302 (5): 492.
- Roberts, B., Ocaka, K.F., Brown, J., Oyok, T., Sondorp, E. (2008): Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 8: 38-46.
- Roelcke, V. (2012): Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945: Brüche, Kontinuitäten, Thematisierungen und Reflexionen zur nationalsozialistischen Vergangenheit. *Psychotherapeut*, 57: 103-112.
- Rojas Vistorte, A.O., Ribeiro, W., Ziebold, C., Asevedo, E., Evans-Lacko, S., Keeley, J.W., Almeida Gonçavez, D., Guitierrez, Palacios, N., de Jesus Marie, J. (2018): Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PLoS One*, 13 (11): e0206440.
- Ryder, A.G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S.J., Bagby, R.M. (2008): The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America?. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (2): 300-313.
- Ryder, A.G., Ban, L.M., Chentsova-Dutton, Y.E. (2011): Towards a cultural-clinical psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 5 (12): 960-975.
- Saito, M., Iwata, N., Kawakami, N., Matsuyama, Y., Ono, Y., Nakanae, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., Uda, H., Nakane, H., Watanabe, M., Naganuma, Y., Furukawa, T.A., Hata, Y., Kobayashi, M., Miyake, Y., Takeshima, T., Kikkawa, T. (2010): Evaluation of the DSM-IV and ICD-10 Criteria for Depressive Disorders in a Community Population in Japan Using Item Response Theory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19 (4): 211-222.
- Sale, S., Gadanya, M. (2008): Prevalence and factors associated with depression in HIV/AIDS patients aged 15–25 years at Aminu Kano Teaching Hospital, Nigeria. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 20 (2): 95-99.
- Sartorius, N., Davidian, H., Ernberg, G., Fenton, F.R., Fujii, I., Gastpar, M., Gulbinat, W., Jablensky, A., Kielholz, P., Lehmann, H.E., Naraghi, M., Shimizu, M., Shinjuku, N., Takahashi, R. (1983): Depressive disorders in different cultures: Report on the WHO collaborative study on standardized assessment of depressive disorders. *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37139> (28.5.2019), 1-161.
- Sastry, J., Ross, C.E. (1998): Asian Ethnicity and the Sense of Personal Control. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2): 101-120.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2006): Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: Are there indications of discrimination against those with mental disorders?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (5): 369-377.
- Schulz, K. (2004): Did antidepressants depress Japan?. *The New York Times Magazine*, <https://www.nytimes.com/2004/08/22/magazine/did-antidepressants-depress-japan.html> (29.8.2019), o.S.

- Sengoku, M., Murate, H., Kawahara, T., Imamura, K., Nakagome, K. (2010): Does daily Naikan therapy maintain the efficacy of intensive Naikan therapy against depression?. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64: 44-51.
- Sheikh, T.L., Mohammed, A., Agunbiade, S., Ike, J., Ebiti, W.N., Adekeye, O. (2014): Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons in Kaduna, Northwestern Nigeria. *Frontiers in Psychiatry*, 5 (127): 1-5.
- Sielk, M., Abholz, H.-H. (2005): Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81 (11): 486-490.
- Simon, G.E., Goldberg, D.P., von Korff, M., Üstün, T.B. (2002): Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32 (4): 585-594.
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A.-R., Skoog, I., Fratiglioni, L., Wang, H.-X. (2017): Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 221: 121-131 (im Text zitiert nach akzeptiertem Manuskript).
- Smith, P.B., Easterbrook, M.J., Celikkol, G.C., Xiaohua Chen, S., Ping, H., Rizwan, M. (2016): Cultural Variations in the Relationship Between Anger Coping Styles, Depression, and Life Satisfaction. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47 (3): 441-456.
- Smith, T.B., McCullough, M.E. (2003): Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129 (4): 614-636 (Seitenangaben im Text folgen dem vorab publizierten Manuskript). Erratum in: *Psychological Bulletin* 2014, 130 (1): S. 65.
- Soto, J.A., Perez, C.R., Kim, Y.-H., Lee, E.A., Minnick, M.R. (2011): Is expressive suppression always associated with poorer psychological functioning? A cross-cultural comparison between European Americans and Hong Kong Chinese. *Emotion*, 11 (6): 1450-1455.
- Spencer-Rodgers, J., Williams, M.J., Peng, K. (2010): Cultural Differences in Expectations of Change and Tolerance for Contradiction: A Decade of Empirical Research. *Personality and Social Psychology Review*, 14 (3): 296-312.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Kroenke, K. (undatiert): Instruction Manual: Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 measures. Pfizer, <https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf> (23.4.2019), 1-9.
- Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheit: Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Statistisches Bundesamt (Destatis), Fachserie 12, Reihe 7.2, Ausgabe 2015: 1-51.
- Statistisches Bundesamt (2019): Anzahl der Ausländer in Deutschland (gemäß Bevölkerungsfortschreibung) von 1970 bis 2017 (in 1.000). Statista, <https://de-statista.com/statistik/daten/studie/1219/umfrage/anzahl-der-auslaender-in-deutschland-seit-dem-jahr-1970/> (abgerufen am 20. Januar 2019).
- Statistisches Bundesamt (undatiert-a): Todesursachen – Suizide. Destatis, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (28.8.2020).

- Statistisches Bundesamt (undatiert-b): Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Geschlecht. Destatis, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/liste-migrationshintergrund-geschlecht.html> (17. Juli 2019).
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Chaudhry, H.R., Friedmann, H., Wenzel, T., Schanda, H. (2001): Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathologie* 34: 289-298.
- Straub, D., Loch, K., Evaristo, R., Karahanna, E., Srite, M. (2002): Toward a theory-based measurement of culture. *Journal of Global Information Management*, Jan-Mar: 13-23.
- Suh, E.M. (2002): Culture, Identity Consistency, and Subjective Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (6): 1378–1391.
- Süss, S. (1995): Psychiater im Dienste des MfS. In: Behnke, K., Fuch, J., (Hrsg.): *Zersetzung der Seele*, Rotbuch Verlag, Hamburg, 255-283.
- Tändler, M. (2016): *Das therapeutische Jahrzehnt: Psychoboom, Politik und Subjektivität in den 1970er Jahren*. Wallstein Verlag, Göttingen.
- Triandis, H.C. (2001): Individualism–collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69 (6): 907-924.
- Tsai, J.L., Simeonova, D.I., Watanabe, J.T. (2004): Somatic and social: Chinese Americans talk about emotion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30: 1226–1238.
- Tse, P.S.T., González, DA., Jenkins, S.R. (2018): Validating the Structure of the Depression and Somatic Symptoms Scale. *Psychosomatics*, 59: 277-282.
- Tung, M.P.M. (1994): Symbolic meanings of the body in Chinese culture and „somatization“. *Culture, medicine and psychiatry*, 18 (4): 483-493.
- Tyrer, P. (2014): A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20: 280-285.
- Ukiwo, U. (2005): The study of ethnicity in Nigeria. *Oxford Development Studies*, 33 (1): 7-22.
- UN AIDS (2018): Country factsheets Nigeria 2018. Vereinte Nationen, <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/nigeria> (21.7.2019), o.S.
- UNdata (2019): Total population, both sexes combined (thousands), <http://data.un.org/Data.aspx?q=world+population&d=PopDiv&f=variableID:12;crID:900> (28.8.2020)
- UNDP United Nations Development Programme (2013): Human development reports: Income Gini coefficient. UNDP, <http://hdr.undp.org/en/content/income-gini-coefficient> (22.7.2019), o.S.
- UNDP United Nations Development Programme (2019): Human development reports: table 2 human development index trends, 1990-2017. UNDP, <http://hdr.undp.org/en/composite/trends> (26.8.2019).
- UNDP United Nations Development Programme (2019b): Human development data (1990-2017): Gender Inequality Index (GII). UNDP, <http://hdr.undp.org/en/data#> (28.8.2019).

- UNDP United Nations Development Programme (2019c): Gender Inequality Index (GII). UNDP, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii> (28.8.2019).
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L (2004): Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184 (5): 386-392.
- von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Kofahl, C., Makowski, A.C., Lambert, M., Karow, A., Bock, T., Härter, M., Angermeyer, M.C. (2013): Estimated prevalence of mental disorders and the desire for social distance – Results from population surveys in two large German cities. *Psychiatry Research*, 209: 670-674.
- van Quekelberghe, R. (2007): Transkulturelle Psychopathologie und Psychotherapie im kulturellen Kontext. In: Trommsdorff, G., Konradt, H.-J. (Hrsg.): *Anwendungsfelder der kulturvergleichenden Psychologie*. Enzyklopädie der Psychologie. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Themenbereich C (Theorie und Forschung), Serie VII (Kulturvergleichende Psychologie), Band 3: 527-572.
- Vereinte Nationen (2018): *World Urbanization Prospects 2018: Annual Rural Population at Mid-Year (thousands)*. Vereinte Nationen, <https://population.un.org/wup/DataQuery/> (20. Juli 2019).
- Vitriol, V., Cancino, A., Weil, K., Salgado, C., Asenjo, M.A., Potthoff, S. (2014): Depression and psychological trauma: an overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depression Research and Treatment*, 608671: 1-10.
- Weiner, B., Perry, R.P., Magnusson, J. (1988): An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and social psychology*, 55 (5): 738-748.
- Weiss, M. (1997): Explanatory model interview catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry*, 34 (2): 325-263.
- Weiss, M.G., Doongaji, D.R., Siddharta, S., Wypij, D., Pathare, S. Bhatwadekar, M., Bhawe, A., Sheth, A., Fernandes, R. (1992): The explanatory model interview catalogue (EMIC): contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 160: 819-830.
- Weiss, M.G., Raguram, R., Channabasavanna, S.M. (1995): Cultural dimensions of psychiatric diagnosis: a comparison of DSM-III-R and illness explanatory models in South India. *British Journal of Psychiatry*, 166: 353-359.
- Weltbank (2019a): *Worldwide governance indicators*. Weltbank, <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports> (21.7.2019), o.S.
- Weltbank (2019b): *The Worldbank in Chile*. The Worldbank, <https://www.worldbank.org/en/country/chile/overview> (26.8.2019).
- Weltbank (2019c): *World development indicators*. The World Bank, <https://data-bank.worldbank.org/reports.aspx?source=world-development-indicators> (29.8.2019), o.S.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (1993): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Diagnostic criteria for research*. WHO, <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (abgerufen am 21.1.2019), 1-263.

- WHO, Weltgesundheitsorganisation (2001): The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. WHO, https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf (abgerufen am 16.1.2019), 1-177.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2004): The global burden of disease: 2004 update. WHO, 1-160.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2006): WHO-AIMS report in mental health system in Nigeria. WHO, 1-36.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2011a): Mental Health Atlas: Nigeria. WHO, https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/nga_mh_profile.pdf (23.8.2019), 1-4.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2014): Social determinants of mental health. WHO, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=4B8B122DCBB50E55B3C3356082A27052?sequence=1 (22.7.2019), 1-54.
- WHO, Weltgesundheitsorganisation (2017): Depression and other common mental disorders: global health estimates. WHO, https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ (3.4.2019), 1-24.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2019): Global Health Observatory data repository: Suicide rate estimates, age-standardized; estimates by country. WHO, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en> (27.8.2019), o.S.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. Klose, M., Ryl, L. (2010): Depressive Erkrankungen. Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile (10.7.2019), Heft 51: 1-46.
- Xiaohua Chen, S., Chan, W., Harris Bond, M., Stewart, S.M. (2006): The effects of self-efficacy and relationship harmony on depression across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37 (6): 643-658.
- Yao, J., Raminéz-Marín, J., Brett, J., Aslani, S., Semnani-Azad, Z. (2017): A Measurement Model for Dignity, Face, and Honor Cultural Norms. *Management and Organization Review*, 13 (4): 713-738.
- Yen, S., Robins, C.J., Lin, N. (2000): A Cross-Cultural Comparison of Depressive Symptom Manifestation: China and the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6): 993-999.
- Yeung, A., Chang, D., Gresham, R.L., Nierenberg, A.A., Fava, M. (2005): Illness Beliefs of Depressed Chinese-American Patients in Primary Care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (4): 324-327.
- Wyndham, M., Read, P. (2010): From state terrorism to state errorism: post-Pinochet Chile's long search for truth and justice. *The Public Historian*, 32 (1): 31-44.

Danksagung

An erster Stelle bin ich meiner Doktormutter Prof. Dr. Corinna Reck und meinem Betreuer Herrn Priv. Doz. Dr. Peter Zill sowie meiner Betreuerin Frau Priv. Doz. Dr. Gabriele Koller unendlich dankbar für die optimalen Arbeitsbedingungen und die Möglichkeit, nach Jahren klinischer Tätigkeit (mittlerweile als niedergelassene Fachärztin) und mit drei wundervollen, sehr aktiven Kindern (John (13), Otis (12) und Quentin(4)) nun doch noch zu promovieren. Einen ganz besonderen Dank möchte ich Dr. Verena Labonte und Christian Woll für Ihren Zuspruch, Geduld mit meiner Art und Weise sowie die Herzlichkeit und aufbauende Atmosphäre im Compare Team aussprechen. Danke an meinen Lehranalytiker Dr. Peter Bründl sowie Prof. Andreas Heinz für die seelische und praktische Unterstützung meiner persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung über die Jahre. Ebenfalls: Grazie! An meine schöne intelligente Stieftochter Dilara Gözalan die mir bei der Formatierung sehr zur Seite stand. Dr. Wolfgang Schmidbauer mein wundervoller Mentor seit 10 Jahren hat mir Mut gemacht, mich fortwährend inspiriert und mir das Thema der Dissertation ans Herz gelegt. Vielen Dank! Meine Eltern Dr. Chudi und Mrs. Christa Udeogu die mir und meinen Geschwistern die Chancen ermöglicht haben deutsche und nigerianische Kultur zu leben und einen breiten inneren Horizont zu entwickeln. Dalu!

Zu guter Letzt geht maximaler Dank an meinen außergewöhnlichen Ehemann Johannes Sevket Gözalan. Schatz, danke dass Du im vorigen Sommer so resolut und liebevoll die Jungs durchgehend beschäftigt hast damit ich schreiben konnte und dass Du auch sonst immer für uns da bist. I love you.

August 2021

Affidavit



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Promotionsbüro
Medizinische Fakultät



Eidesstattliche Versicherung

Udeogu-Gözalan, Christiana

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

Transkulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung, Diagnostik und Therapie von depressiven Störungen

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 26.01.2023

Ort, Datum

Christiana Udeogu-Gözalan

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand

Publikationsliste

Kluge, U., Aichberger, M.C., Heinz, E., Udeogu-Göžalan, C., Abdel-Fatah, D.
Rassismus und psychische Gesundheit. *Nervenarzt* **91**, 1017–1024 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00990-1>