

Geht es psychisch kranken Menschen in armen Ländern besser?

VON MICHAEL HUPPERTZ

In dem Beitrag hinterfragt unser Autor den Mythos des günstigeren Verlaufs schwerer psychischer Erkrankungen in den Entwicklungsländern, der verbunden ist mit der Kritik an der Global-Mental-Health-Bewegung. Er verweist auf das Schicksal der weltweit Millionen Menschen, die keinen Zugang zu einer psychiatrischen Behandlung haben. Michael Huppertz schlägt vor, statt von einer vermeintlich destruktiven »westlichen Psychiatrie« zu sprechen und den traditionellen Umgang mit psychisch kranken Menschen zu romantisieren, eine wissenschaftliche Psychiatrie zu unterstützen, die sich als Heilkunst versteht, einem umfassenden Begriff von »Wissenschaft« folgt und die historischen und kulturellen Erfahrungen einbezieht.

Einleitung

Seit etwa 30 Jahren geistert ein Mythos durch die psychiatrische Landschaft, der Mythos des »durchgehenden bessere[n] Verlauf[s] von Psychosen in sogenannten Entwicklungsländern im Vergleich zu industrialisierten Ländern« ([1], S. 17). Psychisch kranken Menschen gehe es in den Ländern besser, in denen die »westliche« Psychiatrie noch keinen Einzug gehalten habe. Die »westliche« Psychiatrie bringe nicht nur nichts, sie schade sogar den Betroffenen, weil sie in ihrem Wesen biologistisch und pharmakologisch ausgerichtet sei und keinen Respekt vor fremden Kulturen habe. Sie unterschätze und verdränge traditionelle Heilmethoden.

Motiviert zu dem vorliegenden Text hat mich das Buch von Stephan Weinmann »Die Vermessung der Psychiatrie« (1), das 2019 erschienen ist und in dem er diese Annahmen vertritt. Sie führen ihn zu einer Kritik an der Global-Mental-Health-Bewegung, die sich seit 20 Jahren zunehmend bemüht, den Mangel an psychiatrischen Behandlungen in Ländern mit geringem Pro-Kopf-Einkommen zu beheben. Der Mythos der »Verschlimm-besserung« durch die »westliche Psychiatrie« ist mir aber auch immer wieder in anderen Texten und in Diskussionen zu den Themen »transkulturelle Psychiatrie« und »Global Mental Health« begegnet. Er ist so verbreitet, dass man z. B. in den »Leitlinien der DGSP zum Umgang mit Psychopharmaka« wie selbstverständlich lesen kann: »Trotz vergleichbar guter Behandlungsbedingungen und deutlich höherer medikamentöser Behandlungsfrequenz bleibt die Schizophrenie in den Industrieländern bezüglich Häufigkeit und Verlauf im Vergleich zu Entwicklungsländern eine Hochrisikoerkrankung.« ([2], S. 14)

Der Mythos des günstigeren Verlaufs

Der Mythos des günstigeren Verlaufs schwerer psychischer Erkrankungen in Entwicklungsländern beruht vor allem auf einer Studie, die von der WHO beauftragt und 1992 von Jablensky et al. (3) veröffentlicht wurde. Sie untersuchte, welchen Verlauf innerhalb von zwei Jahren schizophrene Neuerkrankungen bei Menschen hatten, die in psychiatrischen Zentren verschiedener Länder der Erde behandelt wurden. Die Autorinnen und Autoren unterschieden in ihrer Interpretation der Daten zwei Gruppen von Ländern: »developing« und »developed countries«. Unter den zwölf Zentren waren vier Zentren in drei »developing countries« (Kolumbien, Indien, Nigeria). Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die Patienten in den »developing countries« in diesem Zeitraum weniger lange und weniger häufig erkrankten und sich am Ende im Durchschnitt in einem besseren Zustand befanden. Nicht signifikant war der Unterschied bei sehr schweren Verläufen (4). Die Interpretation bezog sich also auf zwölf Zentren, die in verschiedenen Ländern stationär und ambulant mit den Konzepten und Mitteln der sogenannten westlichen Psychiatrie arbeiteten – unter den Augen der Wissenschaftler und der WHO.

Anders als Weinmann schreibt, »verschwand der Befund« nicht »einfach aus dem kollektiven Gedächtnis der Psychiater« ([1], S. 18), sondern er wurde Gegenstand einer ausführlichen Kontroverse. Das ist nicht verwunderlich, denn sie wurde als wesentlicher Beleg für die Bedeutung kultureller Einflüsse auf den Verlauf aller schweren psychischen Erkrankungen verstanden und war eine

Herausforderung für das Selbstverständnis einer Psychiatrie, die sich zumindest teilweise als kulturübergreifende Heilkunst versteht. In dieser lebhaften Diskussion wurden zahlreiche methodische Mängel der Studie angesprochen, die auch in Folgestudien nicht ausgeräumt werden konnten. Ich möchte zunächst einige von ihnen darstellen, bevor ich mich in einem zweiten Teil der Frage zuwende, wieweit die Begriffe, die diese Auseinandersetzung prägen, überhaupt noch tragfähig sind.

Methodische Probleme

1. Die *Diagnose* einer schizophrenen Erkrankung wurde in der Untersuchung sehr weit verstanden. Die Patienten unterschieden sich bzgl. ihrer Vorgeschichten, ihrer Symptomatik und ihrer Subtypen erheblich und quer durch alle Zentren. Prognostisch ungünstige Krankheitsbilder und Multimorbidität waren ebenso wie die Komorbidität mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit in den industrialisierten Ländern deutlich häufiger. ([3]–[7])

2. Die *Messung des Verlaufs* war fragwürdig. Wenn schon grundsätzlich der psychopathologische und der funktionale Befund (Alltagstauglichkeit) häufig nicht übereinstimmen (8), so wurde dies durch die kulturellen Unterschiede verschärft. Zum Beispiel wurden mehr verheiratete Patienten in Entwicklungsländern gezählt. Der Status der Ehe galt als Kriterium eines positiven Verlaufs. Allerdings sind die Menschen in »developing countries« in einem früheren Alter viel häufiger verheiratet. Vergleich man innerhalb des kulturell Üblichen, sah man auch in diesen Ländern wesentlich mehr allein- oder getrenntlebende Menschen unter den psychisch Erkrankten als in der Normalbevölkerung.

([8], [9]) Auch »Arbeit« ist kein kulturell neutraler Begriff. Mehr Patienten galten in den »developing countries« als beschäftigt, weil einfache Mitarbeit im Haushalt und in der Landwirtschaft mitgerechnet wurde. Derartige Arbeitsmöglichkeiten stehen in Industrieländern weniger zur Verfügung (9). Auch die Häufigkeit von stationären Behandlungen als Kriterium negativer Verläufe verzerrt die Ergebnisse, weil solche Behandlungen wegen der höheren Verfügbarkeit von Betten in reichen Ländern wahrscheinlicher sind (6).

3. Sehr viele Patienten wurden am Ende der Untersuchungsperiode nicht mehr erfasst (in Nigeria z.B. 31 Prozent, auf Hawaii [USA] 57 Prozent), wobei die *Drop-out-Raten* in den Zentren extrem variierten. Bei hohen Drop-out-Quoten besteht einerseits die Möglichkeit, dass die gesunden Patienten aus der Behandlung ausgeschieden sind und deshalb die verbliebenen eine höhere Pathologie aufweisen (7), es kann z.B. auch sein, dass mehr Patienten verstorben oder einfach verschollen sind, ein wichtiger Punkt angesichts der massiv erhöhten Mortalität schwer psychisch kranker Menschen ([9]–[11]). In der Untersuchung von Jablensky et al. fielen auch verstorbene Patienten einfach aus der Auswertung heraus.

4. Der entscheidende und grundsätzlich bedeutsame Einwand aber betrifft die *Repräsentativität*. Zum einen wird die Bildung zweier Ländergruppen von den Daten nicht getragen. Die Ergebnisse zeigten extreme Unterschiede zwischen allen Zentren, die aber nicht zwei Gruppen zugeordnet werden können. Zentren in »developed« und »developing countries« standen sich in den Ergebnissen näher als Zentren der gleichen Kategorie. So hätte man Prag und Nottingham in die Gruppe der Entwicklungsländer einordnen können, Cali in Kolumbien in die Gruppe der industrialisierten Länder. Die vier Zentren in den »developing countries« repräsentierten aufgrund der minimalen Anzahl und der willkürlichen Auswahl der Zentren und Länder (Nigeria ist das zweitreichste Land Afrikas, das Zentrum lag in einer Großstadt) in keiner Weise ihre Länder, Kontinente oder gar alle Entwicklungsländer.



Patientin in einem »Gebetscamp« in der Nähe von Bouaké/Elfenbeinküste, 2019

Foto: »Samentacom«-Team / Bouaké

Aber es gibt ein grundsätzlicheres und bedeutsameres Problem der Repräsentativität: Die Beschränkung der Untersuchung von Jablensky et al. und ihrer Vor- und Nachstudien auf Patienten, die Zugang zu psychiatrischen Zentren oder anderen versorgenden Einrichtungen gefunden haben ([5], [6], [17]). Wenn man eine Verallgemeinerung auf dieser beschränkten Datenbasis vollzieht, folgt man in tragischer Weise dem Prinzip, den Schlüssel dort zu suchen, wohin das Licht fällt, nicht aber dort, wo er vermutlich liegt. In den LLMIC (die sogenannten »Low and Lower Middle Income Countries« nach den Kriterien der Weltbank, in denen etwa die Hälfte der Weltbevölkerung lebt) haben aber etwa 200 Mio. Menschen, die an schweren psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen leiden, keinerlei Zugang zu einer psychiatrischen Behandlung. Das betrifft in manchen Ländern 99 Prozent der Betroffenen (12). Sie werden von den Studien nicht repräsentiert und ihre persönlichen und kulturellen Besonderheiten werden nicht in Betracht gezogen (7).

Mythos und Wirklichkeit

Zögerlich beginnen sich in den letzten 15 Jahren die Wissenschaft und die internationale Öffentlichkeit, v.a. durch erschütternde Berichte investigativer Journalistinnen und Journalisten, Dokumentarfilmerinnen und -filmer und NGOs (13), für diese vergessenen Patientinnen und Patienten zu interessieren. Dadurch erblicken sie wie in den Zeiten

Pinels überhaupt erst wieder das Licht der Öffentlichkeit. Sie leben in vielen Staaten Afrikas und Asiens. In Westafrika werden viele zunächst zu traditionellen Heilern gebracht, die mit Ritualen, Kräutern, Massagen, Heilsprüchen und anderen Methoden arbeiten, manchmal auch mit roher Gewalt (Schlägen, Verätzen der Augen und Ähnlichem). Diese Heiler sind für die Familien oft teuer und verschlimmern ihre materielle Situation. Wenn diese Behandlungsversuche gescheitert und die Angehörigen überfordert sind, werden die Erkrankten in den Dörfern eingesperrt und/oder angekettet (manchmal werden ihre Extremitäten über Jahre in Holzblöcken gefesselt) oder in sogenannten Gebetscamps (Camps de Prière) gebracht. Viele leben auch auf der Straße, v.a. in den Städten.

Gebetscamps sind dörfliche Gemeinschaften, die auch ein spirituelles Zentrum darstellen. Sie werden in der Regel von evangelikalen Geistlichen oder selbsternannten spirituellen Autoritäten geleitet, seltener auch von muslimischen Geistlichen oder von traditionellen Heilern. Sie interpretieren die psychischen Erkrankungen als Folge eines spirituellen Irrwegs oder eines Tabubruchs, die zu einer Besessenheit geführt haben. Sie »behandeln« die Betroffenen mit Gebeten, aber auch mit Schlägen, Hungern- oder Dursten-Lassen und Schlimmerem – in der Hoffnung, dass die bösen Geister die Körper der Patientinnen und Patienten verlassen. In den Camps werden unterschiedlich viele, von wenigen bis zu über

100, psychisch Kranke aufgenommen. Viele Patienten werden im Freien an Bäume gefesselt und bleiben dort u.U. über Jahre. Sie haben keinen Schutz vor Tieren, Hitze, Wolkenbrüchen, Menschen, keine Beschäftigung. Die Camps sind rechtsfreie Räume. Solche Gebetscamps gibt es weltweit. Sie haben eine Asylfunktion in Regionen, in denen keine Alternativen existieren.

In Ländern wie Sri Lanka, Indien oder auch mittelamerikanischen Ländern spielen auch psychiatrische Krankenhäuser eine größere Rolle. Aber diese sind oft in einem sehr schlechten Zustand und therapeutisch wie menschenrechtlich fragwürdig.

Patel et al. folgern daher: »Wir [haben] zahlreiche Beweise dafür, dass der Kurs und die Prognose für Schizophrenie in Ländern mit niedrigem Einkommen schlechter sein könnten. Wir wissen zum Beispiel, dass schwere Stigmatisierung, mangelnde Behandlung und Menschenrechtsverletzungen in großen kustodialen Asylen – alles in vielen Ländern mit niedrigem Einkommen gut dokumentiert – mit einem ungünstigen Verlauf verbunden sind.« ([6], S. 150, eig. Übers.) Inzwischen gibt es immer mehr wissenschaftliche Untersuchungen, die versuchen, die Lage der psychisch kranken Menschen außerhalb der psychiatrischen Zentren in den unterschiedlichen Kulturen zu erfassen (für viele: [9], [5], [13], [18]).

Sind wenigstens die traditionellen Heiler ein Trost? Was wissen wir über ihren Erfolg bei psychischen Erkrankungen? 2016 wurden in einem systematischen Überblick 32 Untersuchungen aus 20 Ländern zu diesem Thema zusammengefasst. Die Autoren kommen zu folgendem Ergebnis: »Einige Hinweise deuten darauf hin, dass die traditionellen Heiler eine wirksame psychosoziale Intervention durchführen können. Ihre Interventionen könnten helfen, das Leid zu lindern und milde Symptome wie Depressionen und Angstzustände bei leichteren psychischen Störungen zu mindern. Allerdings gibt es wenig Hinweise, die nahelegen würden, dass sie den Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen wie bipolarer und psychotischer Störungen beeinflussen.« ([15], S. 154, eig. Übers.) Diese Auffassung wird von allen Fachleuten,

einheimischen und »westlichen«, die mir bekannt sind, geteilt. Auf der Basis einer guten Diagnostik und Arbeitsteilung ist eine Kooperation mit traditionellen Heilern allerdings gut vorstellbar und wird auch praktiziert (20).

Die Idee der »westlichen« Psychiatrie

Hinter dem Mythos der »Verschlimm-besserung« durch die Global-Mental-Health-Bewegung steckt die Idee einer »westlichen Psychiatrie«. Sie beruht auf dem Missverständnis, die Psychiatrie sei zunächst eine Sammlung von spezifischen Begriffen, Annahmen und Forschungsstrategien, die dann in die Praxis umgesetzt werden. Die Psychiatrie ist aber zunächst ein Handwerk. Sie verwendet alltägliche Deutungsmuster und verfolgt praktische Ziele. Sie besteht aus zahlreichen psychosozialen Praktiken, die – wie in der Chirurgie, der Kochkunst oder dem Bau von Häusern – theoretisch, wissenschaftlich und ethisch reflektiert und weiterentwickelt werden können. Konkret: Wenn wir mit unseren Kolleginnen und Kollegen in der Elfenbeinküste unterwegs sind (16), so besteht die Psychiatrie aus Menschen mit unterschiedlicher Sozialisation und Muttersprache, die sich auf Französisch verständigen, aus Übersetzerinnen und Übersetzern vor Ort (die wegen der 60 Sprachen im Land auch für die ivoirischen Kollegen notwendig sind), aus afrikanischen Pisten, die entscheiden, welche Patientinnen und Patienten man überhaupt erreichen kann, aus einem tropischen Klima, einem japanischen Jeep und koreanischen Handys, aus Dorfplätzen und überfüllten Gesundheitszentren, zuhörenden und oft mitredenden Dorfbewohnern und Angehörigen, Patienten, die sich kaum trauen, ein Wort zu sprechen, aus Heilern und Prayer Camps, aus Medikamenten aus Indien, diagnostischen Gewohnheiten, die für uns nicht alle nachvollziehbar sind, aus erfahrenen Krankenschwestern und -pflegern, aus »agents de santé«, die bei geringer Ausbildung und Bezahlung mit ihren Motorrädern die Patienten aufsuchen. Diese Psychiatrie ist ivoirisch und ein wenig international. »Westlich«

ist an ihr die Geschichte der psychiatrischen Begrifflichkeit und die Geschichte der Entwicklung der Psychopharmaka. Aber weder die aktuelle Praxis der Medikation (verfügbar und populär sind Chlorpromazin und Phenobarbital) noch die tatsächliche Bedeutung der psychiatrischen Begriffe vor Ort sind »westlich«. Und hier sind wir noch gar nicht bei der Frage, was in anderen Kulturen »Arbeit«, »Familie«, »Selbstständigkeit«, »Unabhängigkeit« oder »Rehabilitation« bedeuten. Diese Unterschiede aber machen die Psychiatrie aus – viel mehr als entfernte Labore, aktuelle Hypothesen oder das neueste Medikament, das in armen Ländern vielleicht in 20 Jahren oder auch nie ankommt.

Die Idee der destruktiven »westlichen Psychiatrie« korrespondiert mit der Vorstellung der Gutartigkeit der traditionellen Kulturen im Umgang mit Menschen mit psychosozialen Auffälligkeiten, eine Art psychiatrischer Rousseauismus, der der romantischen Psychiatrie ebenso nahesteht wie rassistischen Vorstellungen. Der nigerianische Psychiater Gureje zitiert einen Autor, der bereits 1948 in einer medizinischen Fachzeitschrift diesem Mythos folgte: »Carothers drückte einen frühen Mythos aus, als er schrieb: »Die Inzidenz des Wahnsinns unter Afrikanern, die in ihrer natürlichen Umgebung leben, ist wahrscheinlich sehr gering. Und das mag daran liegen, dass es keine Probleme im sozialen, sexuellen und wirtschaftlichen Bereich gibt« ([11], S. 12, eig. Übers.).

Es gibt tatsächlich Berichte über Kulturen, die mit psychisch kranken Menschen ungewöhnlich tolerant und hilfsbereit umgehen (18), jedenfalls dann, wenn sie keine Bedrohung darstellen (19). Aber diese Beispiele rechtfertigen keine Verallgemeinerung über die zahllosen Kulturen des globalen Südens hinweg (17). Eine solche Generalisierung setzt eher die Tradition fort, fremde Völker wahlweise zu idealisieren, zu entwerten oder einfach zu ignorieren, wenn es denn höheren Zwecken dient. Bitterkeit über diese Zuschreibungen findet sich gerade bei afrikanischen Autoren: »Die Idealisierung des unterentwickelten Südens als Zufluchtsort für Schizophrenie Kranke wird die ohnehin schon schwere Last, die

diese Menschen, ihre Familien und diese Gesellschaften bei der Bewältigung dieser einschränkenden Krankheit zu tragen haben, nur noch verstärken.« ([17], S. 200; [11]) »An afrikanischen und asiatischen Standorten haben Forschungsarbeiten einen Zusammenbruch der familiären Unterstützung und ein hohes Maß an Stigmatisierung festgestellt, die vermutlich mit dem Risiko verbunden sind, dass Familien psychisch kranke Mitglieder im Stich lassen.« ([17], S. 202) Wenn man die Bedeutung kultureller Einflüsse auf die Häufigkeit (die gleiche Häufigkeit der Schizophrenie in verschiedenen Kulturen ist ein weiterer Mythos [10]) und den Verlauf schizophrener Erkrankungen würdigen will, muss man nicht nur eventuelle Schutzfaktoren wie sozialer Zusammenhalt und Beschäftigungsmöglichkeiten in Betracht ziehen, sondern auch Armut, Globalisierung, Gewalt, Krieg, Migration, Landflucht und magisches Denken.

Begraben wir die Idee einer »westlichen Psychiatrie« ebenso wie die Idee einer irgendwie einheitlichen »traditionellen Kultur«. Beide Ideen sind anmaßend gegenüber den Betroffenen und den Akteurinnen und Akteuren in Afrika und Asien. Sie sind ignorant gegenüber ihren Lebens- und Arbeitsbedingungen. Sprechen wir lieber von einer »wissenschaftlichen« Psychiatrie in dem bescheidenen Sinne, dass sie historische und praktische Erfahrungen umsetzt, wissenschaftliche Forschung fördert und berücksichtigt, sich bemüht, Erfahrungen und Behauptungen kritisch zu überprüfen und rational zu argumentieren. So wenig wie »rational« »wissenschaftlich« bedeutet, kann »wissenschaftlich« mit »naturwissenschaftlich« und »psychiatrisch« mit »biologisch« gleichgesetzt werden. Auch das Erleben der Patienten und die Milieus, in denen sie leben, waren und sind Gegenstand psychiatrischer Forschung (21). Schauen wir gemeinsam kritisch und kreativ auf Handlungen, Unterlassungen, Ideen, ihre Implikationen, ihre Effektivität, ihre Moral – mit allen, die betroffen, engagiert und guten Willens sind. ■

Dr. phil. Dipl.-Soz. Michael Huppertz, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Darmstadt
E-Mail: mihup@web.de



Foto: »Samentacom«-Team / Bouaké

Konsultation in einem Gesundheitszentrum in der Nähe von Bouaké/Elfenbeinküste, rechts: Fr. Dr. Heetderks (Mindful-Change-Foundation), 2019

Literatur

- Weinmann, S. (2019) Die Vermessung der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag
- DGSP (2012) Memorandum zur Anwendung von Neuroleptika. Köln, S. 14
- Jablensky, A.; Sartorius, N.; Ernberg, G.; Anker, M.; Korten, A.; Cooper, J.E. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. In: Psychol Med Monogr, Suppl, 20, 1–97
- Hopper, K.; Wanderling, J. (2000) Revisiting the Developed Versus Developing Country Distinction in Course and Outcome in Schizophrenia: Results From ISO5, the WHO Collaborative Followup Project. In: Schizophrenia Bulletin, Vol. 26, Issue 4, 835–846
- Shibre, T.; Medhin, A.; Alem, A.; Kebede, D. et al. (2015) Long-term clinical course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: 10-year follow-up of a population-based cohort. In: Schizophrenia Research, Vol. 161, No. 2–3, 414–420
- Patel, V.; Cohen, A.; Thara, R.; Gureje, O. (2006) Is the outcome of schizophrenia really better in developing countries? Rev Bras Psiquiatr, Vol. 28, No. 2, São Paulo. Online: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n2/29784.pdf> (letzter Zugriff: 28.04.2020)
- Edgerton, R.B.; Cohen, A. (1994) Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. In: Br J Psychiatry, 164, 222–231
- Gureje, O.; Cohen, A. (2011) Differential outcome of schizophrenia: where we are and where we would like to be. In: The British Journal of Psychiatry, Vol. 199, Issue 3, 173–175
- Cohen, A.; Patel, V.; Thara, R.; Gureje, O. (2008) Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing world? In: Schizophr Bull, 34, 229–244
- McGrath, J.; Saha, S.; Chant, D.; Welham, J. (2008) Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. In: Epidemiologic Reviews, Vol. 30, Issue 1, 67–76
- Gureje, O. (2007) Psychiatry in Africa: the myths, the exotic, and the realities. In: S Afr Psychiatry Review, Vol. 10, 11–14
- WHO (2017) Mental Health Atlas-2017 country profiles. Online: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/ (letzter Zugriff: 28.04.2020)
- Kurihara, T.; Kato, M.; Reverger, R.; Tirta, I.G.R. (2011) Seventeen-year clinical outcome of schizophrenia in Bali. In: European Psychiatry, Vol. 26, Issue 5, 333–338
- www.mental-health-and-human-rights.org/challenges
- Nortje, G. et al. (2016) Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: a systematic review. In: Lancet Psychiatry, 3, 154–170
- <https://mindful-change.org/2019/04/26/bericht-ueber-unsere-reise-in-die-elfenbeinkueste-im-april-2019/> (letzter Zugriff: 28.04.2020)
- Burns, J. (2009) Dispelling a myth: developing world poverty, inequality, violence and social fragmentation are not good for outcome in schizophrenia. In: Afr J Psychiatry, Vol. 12, 200–205
- Sethabouppha, H.; Kane, C. (2005) Caring for the Seriously Mentally Ill in Thailand: Buddhist Family Caregiving. In: Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 19, Issue 2, 44–57
- Zaumseil, M. (2006) Der »alltägliche Umgang« mit Schizophrenie in Zentraljava. In: Wohlfahrt, E.; Zaumseil, M. (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 331–360
- Gureje, O.; Nortje, G.; Makanjuola, V.; Oladeji, B.D. et al. (2015) The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. In: The Lancet Psychiatry, Vol. 2, Issue 2, 168–177
- Patel, V.; Saxena, S. et al. (2018) The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. In: Lancet Commissions, Vol. 392, Issue 10157, 1553–1598, Oct. 27