

Zur 3. Fachkonferenz Ethnomedizin: Familienkonzepte in ihrer Bedeutung als Elemente sozialer Sicherung, 6.–8.Mai 1977 Heidelberg
[Reprint aus *Curare* Vol. 16 (1993)3+4: 306-7, in *Zehn Fachkonferenzen „Ethnomedizin“ 1973–1990. Ein Spiegel der AGEM, S. 297–328*]
Dokumente zur Pressekonferenz am 7. Mai 1977

Übersicht über die Themen und Probleme der unter dem Aspekt „Familientherapie“ vorgetragenen Referate. Statement für die Presse.

Die Konferenz thematisiert Familie auch im Kontext mit der Therapie, mit der Familientherapie also. Damit wird eine Formel aufgegriffen, mit der in den letzten 20 Jahren neue Arten der Begegnung mit psychisch kranken Menschen beschrieben worden sind. Familientherapie ist danach weniger oder nicht nur und nicht in erster Linie als Behandlung realisiert, sondern mehr und grundsätzlicher als ein Bezugsrahmen benutzt worden, mit dem soziale und psychosoziale Gegebenheiten deutlicher sichtbar gemacht, neue Bedeutungen geschaffen, und wesentliche Perspektiven für die soziale Praxis entwickelt werden können. Dieser Rahmen betont besonders das Beziehungsnetz, worin das Individuum verflochten ist; er beschreibt aber gleichzeitig Qualitäten der Verpflichtung und Entpflichtung, Phänomene wie Loyalität, Solidarität und Isolation und die Positionen der Werte und der Wertsetzungen in Wahrnehmung, Erfahrung und im Erleben. Besonders in den historischen, transkulturellen und tiefenpsychologischen Dimensionen sozialer Realität können damit Zusammenhänge deutlich gemacht werden, die mit anderen Instrumenten gesellschaftsbezogener Wissenschaft bislang noch nicht hergestellt werden konnten. Familientherapie wird also einmal als facettenreiche Methode der Sozialforschung vorgestellt, zum anderen aber auch als eine Möglichkeit, Gesundheitsversorgung zu strukturieren, sei es nun in einem hochentwickelten Industrieland oder sei es in einem nicht oder nur wenig industrialisierten Bereich mit uns fremder Kultur. Indem die Beziehungs-, Organisations-, Verhaltens- und Kommunikationsformen der Familie als der kleinsten gesellschaftlichen Gruppe zum Bezugspunkt medizinischer Planung, Entwicklung und Intervention gemacht werden, wird eine eindimensionale (etwa naturwissenschaftlich-tech-

nologische) und womöglich nach rigoros ordnungspolitischen Gesichtspunkten (etwa zentralistische) Ausrichtung der Gesundheitsversorgung verhindert oder abgebaut. Denn die Berücksichtigung familienbezogener Faktoren gestörter Gesundheit, gestörten Verhaltens und verminderter Leistungsfähigkeit macht besonders differenzierte Umgangsformen und Vorgehensweisen bei der Entwicklung mehr und mehr präventiver Versorgungskonzepte erforderlich. Dem familientherapeutischen Ansatz ist wegen seiner mehrdimensionalen Wirkungsrichtung und wegen seines kommunikativen Anspruchs zudem eine Dynamik immanent, durch die erfahrungsgemäß auch ein erhebliches Selbsthilfepotential mobilisiert wird; die durch stereotypisierende Handlungsanweisungen in der modernen Arbeitswelt und in der konfektionierten Freizeitwelt gelähmten und vergessenen Selbstregulierungskräfte können so befreit und genutzt werden. Aber auch sogenannte primitive Sozialsysteme in kulturell und industriell wenig entwickelten Ländern erhalten mit dem familientherapeutischen Ansatz eine Entwicklungsperspektive und zwar dadurch, dass die spezifischen Beziehungs-, Kommunikations- und Verhaltensformen und -tendenzen aufgenommen und nicht einfach mit importierten Organisationsformen und Interventionstechniken konfrontiert werden. So erscheint es möglich, aus den für die Begegnung mit psychisch kranken Menschen entwickelten Umgangsformen und Vorgehensweisen in der familientherapeutischen Perspektive Methoden zu entwickeln, mit denen wir unsere Kenntnisse über die Bedingungen menschlicher Not und menschlicher Krankheit vervollständigen können, nämlich dann, wenn wir uns den uns fremden Ausdrucksformen menschlichen Verhaltens auf diese Weise mehr zu nähern versuchen.

Dr. GERHARD RUDNITZKI
 Stiftung Rehabilitation, Heidelberg

schreibt z. B. die bekannte amerikanische Kulturanthropologin Margaret Mead: „Bis zu einem gewissen Grad wird die Struktur des menschlichen Körpers das Muster des kulturellen Symbolismus bestimmen. So sehen wir, dass eine Kultur, die sich weitgehend auf das Essen als Schlüsselposition verlässt, diese Position in vielerlei Hinsicht differenziert; eine solche Kultur (z. B. die Arapesh auf Neuguinea) konzipiert die Beziehung zwischen Eltern und Kindern, zwischen Ehepartnern und zwischen Älteren und Jüngeren im Zusammenhang mit dem Füttern. Stuhlentleerung wird zur automatischen Reaktion auf extreme Abscheu. Diese Einstellungen zeigen ein Muster, das Körperstruktur und Physiologie des Essens in Beziehung gesetzt werden können.“

So berichtet auch ein Referent der Gruppe 2 z. B., dass die symptomatologischen und nosologischen Kategorien einer untersuchten Gruppe in Nepal Bestandteil des Sozialisierungsprozesses sind und damit fest verankert im Kausalitäts- bzw. kognitiven System der Gruppe stehen. Die Krankheiten der Gruppe, ihre angenommenen Ursachen, ihre Symptomliste und ihre dazugehörigen Therapieerwartungen werden in einem kulturspezifischen Schema einer Kalt-Heiß-Dichotomie gesehen, die dem westlichen Heiler als geschlossenes System präsentiert werden, wenn sie nicht seiner kulturspezifischen Vorstellung von dieser Krankheit entsprechen.

Wir müssen also feststellen, dass während des Sozialisierungsprozesses ein bestimmtes Verhalten in den Körper eingepägt wird und im Laufe des Wachstums ein Teil des Organismus wird. Wobei nun zu unterscheiden wäre zwischen der Formbarkeit der Krankheit einerseits durch das zugrunde liegende kognitive System, das alle Wahrnehmungen und Empfindungen selektiv steuert, und damit auch das Krankheitserleben, was man mit kulturspezifischer Nosologie bezeichnet. Dieses Gedankengut hat in der modernen Medizin noch wenig Niederschlag gefunden. Andererseits formen Kulturen Krankheiten, in dem sie eine kulturspezifische Ätiologie bilden, die bestimmte Krankheitsbilder entstehen lässt und andere eher unterdrückt.

Dr. phil. BEATRIX BECKER
Südasieninstitut, Universität Heidelberg

Redaktionelle Anmerkung

An der Konferenz nahmen 70 Teilnehmer teil, davon die Hälfte aktiv. Es wurde mehrere Monate bzw. Wochen zuvor eine umfangreiche Literaturliste zum Thema verschickt,

die dankenswerterweise Dieter H. Friessem zusammenstellte, sowie die Zusammenfassung aller Referate.

Eine Auswahl aus den Referaten der Fachkonferenz bildete den Grundstock für die ersten beiden Jahrgänge der *Curare* 1(1978) und 2(1979). Zwei Beiträge finden sich als Reprint: LORENZ LÖFFLER in *Curare* 25 (2002)1+2: 243–259 (ergänzt) und GEORGES DEVEREUX in *Curare* 31(2008)2+3: 264–268.

Zehn Fachkonferenzen Ethnomedizin 1973 – 1990.

3. Fachkonferenz Ethnomedizin: Familienkonzepte in ihrer Bedeutung als Elemente sozialer Sicherung. 6.–8.5. 1977 Heidelberg

Dieter H. FRIESSEM: Thesen zum soziologischen Stellenwert der Institution Familie in der Bundesrepublik Deutschland (1,51) / Ernst E. BOESCH: Die Flucht in den Rezeptblock. Wie der Arzt die Familie ausklammert (1,55) / M. WIRSCHING: Beziehungsstrukturen in BRD-Familien (2,35) / G. RUDNITZKI: Aus der Werkstatt: Bemerkungen zum Kontext Krise - Kritik - Ethnomedizin. Notes from a workshop: Crisis - Criticism - Ethnomedicine (2,47) / R. SCHWARZ: Kulturwandel, (Wieder-)Anpassungsfähigkeit und psychische Störung am Beispiel von Patienten der Großen Kabylei (Nordalgerien) (2,50) / H. SCHMITZ: Was leistet das Wohnen für die emotionale Stabilität? (2,57) / Nicolae DUNĂRE: Die familialen Funktionen der Frau als traditionelle Elemente von Gesundheit und ethno-kultureller Stabilität (2,105) / Lorenz G. LÖFFLER: Bevölkerungswachstum und Systeme sozialer Sicherung (2,141) / H. W. SCHÖNMEIER: Animismus, Krankheit und sozialer Wandel bei den Bergkirdi (2,163) / Armin M. F. GOLDSCHMIDT: Ausgewählte Verhaltens- und Einstellungsaspekte von thailändischen Patienten (2,173) / Georges DEVEREUX: Die Verunsicherung der Geisteskranken (2,215) / Helmut SHEIKH-DILTHEY: Normatives Verhalten und die Gesundheit des Einzelnen am Beispiel der Punjabi-Muslim in Ostafrika (2,221) / Ulf LIND: Familienplanung bei den akkulturierten Lengua-Indianern im Chaco von Paraguay (2,225)

Abb. aus *Curare* 16(1993)3+4