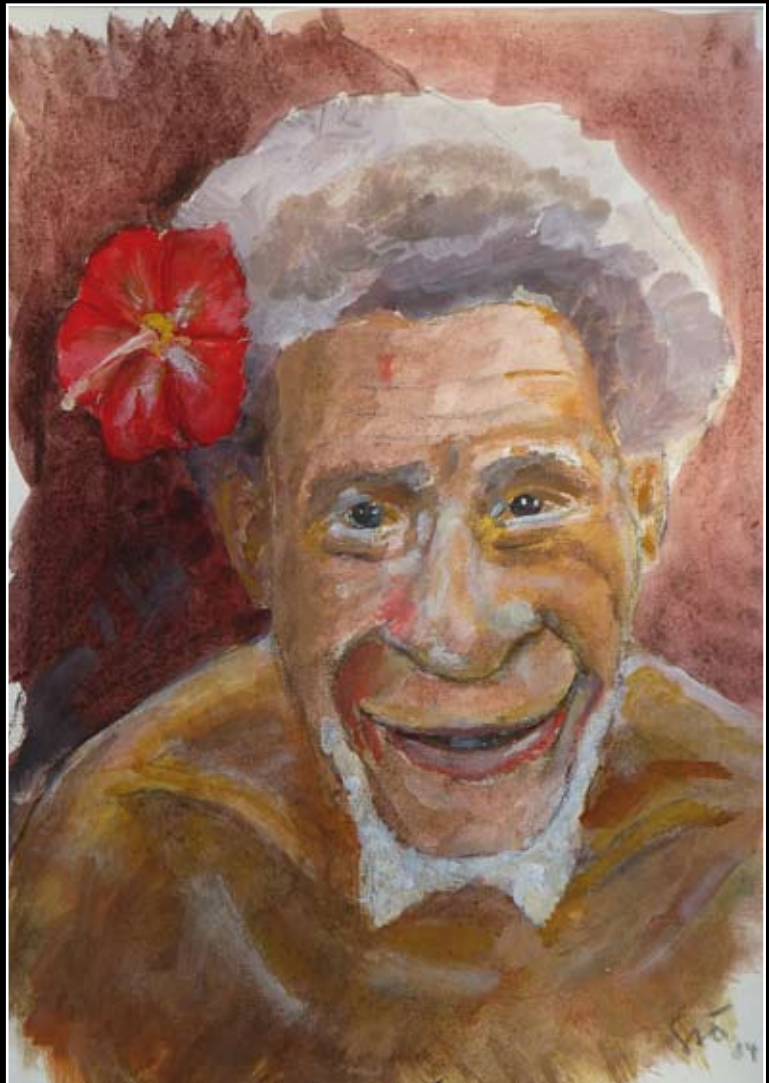


Anthropologie

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

**Objekte
sammeln,
sehen und
deuten.
Die Sprache
der Objekte**



Zum Titelbild/Front picture *Curare* 35(2012)4:

Der Basler Kinderarzt und Ethnomediziner Werner H. Stöcklin (1932–2012) war auch ein passionierter Maler. Vor allem ließ er sich von seinen Begegnungen als Tropenarzt in Papua-Neuguinea inspirieren, hier sein Portrait des berühmten Abelam-Malers Waiwu aus dem Dorf Kalabu.

The Abelam-artist Waiwu, painted by Werner H. Stöcklin (1932–2012), pediatricist from Basel, Switzerland, working as medical officer in the 1960s in the Sepik region, Papua-New Guinea.

Die letzten Hefte:

Curare 35(2012)1+2: Kultur, Medizin und Psychologie im „Triolog“ III. AGEM 1970–2010 und Transkulturelle Psychiatrie: Rückblicke und Ausblicke V, hrsg./ed. EKKEHARD SCHRÖDER

Curare 35(2012)3: „Wa(h)re Medizin. Zur Authentizität und Kommodifizierung von Gesundheit und Heilung“, Schwerpunktheft/Special Issue, hrsg./ed.: GABRIELE ALEX, BETTINA BEER & BERNHARD HADOLT

Die nächsten Hefte:

Curare 36(2013)1 Diskurse um Körpermodifikationen

Curare 36(2013)2 zur Ethnobotanik und Ethnopharmakologie

Curare 36(2013)3 zu Themen aus der Transkulturellen Psychologie

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – www.agem-ethnomedizin.de – AGEM, Herausgeber der *Curare*, Zeitschrift für Medizinethnologie • *Curare*, Journal of Medical Anthropology (gegründet/founded 1978)

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)



Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology

**Herausgeber im Auftrag der / Editor-in-chief on behalf of:**

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM
Ekkehard Schröder (auch V.i.S.d.P.) mit

Herausgeberteam / Editorial Board Vol. 33(2010) - 35(2012):

Gabriele Alex (Tübingen) gabriele.alex@uni-tuebingen.de // Hans-Jörg Assion (Dortmund) hans-joerg.assion@wkp-lwl.org // Ruth Kutalek (Wien) ruth.kutalek@meduniwien.ac.at // Bernd Rieken (Wien) bernd.rieken@univie.ac.at // Kristina Tiedje (Lyon) kristina@tiedje.com

Geschäftsadresse / office AGEM: AGEM-Curare

c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany
e-mail: ee.schroeder@t-online.de, Fax: +49-[0]331-704 46 82

Beirat/Advisory Board: Katarina Greifeld (Frankfurt) // Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // Sushrut Jadhav (London) // Annette Leibling (Montreal, CAN) // Danuta Penkala-Gawęcka (Poznań) // Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

Begründet von/Founding Editors: Beatrix Pfeleiderer (Hamburg) – Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Schiefenhövel (Andechs) – Ekkehard Schröder (Potsdam)

Ehrenbeirat/Honorary Editors: Hans-Jochen Diesfeld (Starnberg) – Horst H. Figge (Freiburg) – Dieter H. Frießem (Stuttgart) – Wolfgang G. Jilek (Vancouver) – Guy Mazars (Strasbourg)

IMPRESSUM 34(2011)4**Verlag und Vertrieb / Publishing House:**

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36
e-mail: info@vwb-verlag.com
<http://www.vwb-verlag.com>

Bezug / Supply:

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte können beim VWB-Verlag bezogen werden // *Curare* is included in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at VWB-Verlag.

Abonnementspreis / Subscription Rate:

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet unter // Valid subscription rates you can find at the internet under: www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html

Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2012

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-769-8

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren unterzogen // This journal is peer reviewed.



Inhalt / Contents
Vol. 35 (2012) 4

Objekte sammeln, sehen und deuten.
Die Sprache der Objekte

EKKEHARD SCHRÖDER: Objekte sammeln, sehen und deuten im „interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“. Editorial	243
--	-----

Nachruf / Obituary

Nachruf auf WERNER H. STÖCKLIN (1932–2012), Basler Kinderarzt und Ethnomediziner der ersten Stunde (EKKEHARD SCHRÖDER)	246
--	-----

Forum

MARKUS SCHREIER: Guter und böser Blick bei Imigranten in der Schweiz. Resultate einer nicht repräsentativen Studie in einer Augenarztpraxis	247
---	-----

YVONNE SCHAFFLER: Die „Sammlung Ethnomedizin“ der Abteilung für Ethnomedizin und International Health der Medizinischen Universität Wien	251
--	-----

Artikel

WOLFGANG G. JILEK: Entwicklungsgeschichte der transkulturellen- und Ethno-Psychiatrie vom frühen 19. bis zum späten 20. Jahrhundert. Festvortrag Wien 2011	265
--	-----

Berichte / Reports

- “Facts beyond Figures: Communi-care for Migrants and Ethnic Minorities” – Eine Nachlese zur Konferenz vom 21.–23. Juni 2012 in Mailand (NEVIN ALTINTOP) – 276 • Frauen STÄRKEN: GfG-Jahrestagung in Bremen, 21.–23.09.2012 (KERSTIN VAZIRI) – 277 • Bericht über die Internationale Sommer-Akademie “Perspectives on Global Health in the 21st Century—Medical Tourism,” 16.–29.07.2012, Universität Ulm. (FRANK KRESSING) – 280.

Buchbesprechungen / Book Reviews

- DANIEL L. EVERETT 2008. *Don't sleep, there are Snakes. Life and Language in the Amazonian Jungle*. New York, London. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – 284 • JOHANNES BIRNINGER & JOSEPHINE FENGER (Hg) 2011. *Tanz und Wahnsinn. Dance and Choreomania*. Jahrbuch der GTF. Leipzig. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – 285 • WOLFGANG SCHNEIDER (Hg) 2011. *Theater und Migration – Herausforderungen für Kulturpolitik und Theaterpraxis*. Bielefeld. (ECKHARDT KOCH & LILIANE

KOCH) – 288 • RALF VOGT (Hg) 2010. *Ekel als Folge traumatischer Erfahrungen*. Gießen.
(MARKUS WIENCKE) – 289

Dokumentationen

<i>Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin</i> , Nr.1, September 1975 (Reprint MAGEM 1)	291
<i>Nimbine – heilender Hauch magischer Macht</i> . Protokoll und Tonbandmitschnitt aus einem vertiefenden Informationsgespräch zu Jachim Sterlys Beitrag mit Film „Krankenbehandlung in einer Dorfgemeinschaft im Hochland von Neuguinea“. (Erstveröffentlichung und Reprint 1977) ..	297
<i>Quo vadis?</i> AGEM-Mitgliederrundbriefe vom 11.11.1992 (Reprint)	301
Beiträge zur Transkulturellen Psychiatrie und verwandte Themen in <i>Curare</i> . Zeitschrift für Medizinethnologie, Vol. 31(2008)–35(2012)	318
MAGEM 33/2012	320
• AGEM 2011 • Geburtstage von Mitgliedern der AGEM im Jahr 2011: – Hermann de Vries 80 Jahre – Arthur Kleinman 70 Jahre – Ulf Lind 70 Jahre – Hannes Stubbe 70 Jahre • Der AGEM- Workshop auf der DGV-Tagung Wien 2011 • 24. Fachkonferenz Ethnomedizin, Wien 2011	
Zum 80sten Geburtstag von Louise Jilek-Aall (*21. April 1931) (WOLFGANG KRAHL)	324
Résumés des articles de <i>Curare</i> 35(2012)3 et 35(2012)4	326

Zum Titelbild & Impressum	U2
Hinweise für Autoren/Instructions to Authors	U3

Redaktionsschluss: 15.01.2013, Endlektorat EKKEHARD SCHRÖDER

Die Artikel der *Curare* werden einem Reviewprozess unterzogen / The journal *Curare* is a peer-reviewed journal

Die Autoren dieses Heftes

NEVIN ALTINTOP, M.A., Pflegewissenschaftlerin (Wien), S. 276 – Diplarb2009@gmx.at • ASSIA MARIA
HARWAZINSKI, Dr. phil., Islam- und Religionswissenschaftlerin (Tübingen), S. 284, 285 – ajidomo@web.de
• WOLFGANG G. JILEK*, Prof. Dr. med., Psychiater (South Delta, B. C., Canada), S. 265 – jilek01@telus.net
• ECKHARDT KOCH*, Dr. med, Psychiater (Marburg), S. 288 – eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de •
LILIANE KOCH, Studentin der Dramaturgie, siehe E. Koch, S. 288 • WOLFGANG KRAHL*, Dr. med, Psychiater
und Psychologe (München), S. 324 – drwkrahl@yahoo.de • FRANK KRESSING*, Dr. hil, Ethnologe, Univ.
Ulm, S. 180 – Frank.kressing@uni-ulm.de • YVONNE SCHAFFLER*, Dr. phil, Ethnologin, (Med. Univ. Wien),
S. 151 – yvonne.schaffler@meduniwien.ac.at • MARKUS O. SCHREIER*, Dr. med., Augenarzt (CH-4562 Bi-
berist), S. 147 – m.schreier@bluewin.ch • EKKEHARD SCHRÖDER*, Psychiater, Medizinethnologe (Redaktion
Curare, Potsdam), S. 243, 246, 320 – ee.schroeder@t-online.de • KERSTIN VAZIRI, Diplom-Verwaltungswir-
tin (Geschäftsstelle der Ges. f. Geburtsvorbereitung, Bundesverband e. V., Berlin), S. 277 – gfg@gfg-bv.de
• MARKUS WIENCKE*, Dr. phil., Psychologe und Ethnologe (Berlin), S. 289 – markuswiencke@yahoo.com •
Die zahlreichen Autoren der Reprint-Teile (Dokumentationen) sind nicht aufgeführt.

* Mitglieder der AGEM

Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*

Nummer 1
September 1975

Liebe Mitglieder,

wir werden für die Arbeitsgemeinschaft viermal im Jahr ein Mitteilungsblatt herausgeben. Das Mitteilungsblatt wird jeweils zwischen zwölf und zwanzig Seiten umfassen. Nach der Vorstellung der letzten Mitgliederversammlung am 21. Juni 1975 in Heidelberg soll diese Neuerung Folgendem dienen: Gedankenaustausch und Kommunikation in Zukunft innerhalb der AG schneller laufen zu lassen; auch einzelne Projekte von Mitgliedern sollten stichwortartig mitgeteilt werden: Reisen, Forschung, Publikationen; Hinweise auf Bücher, Kongresse, Arbeitstreffen, die nicht in die Zeitschrift Ethnomedizin aufgenommen werden können; Hinweise auf Veröffentlichungen in Funk, Fernsehen, als Film, in Zeitungen, auf Platte, in Illustrierten und anderen Medien dieser Art; Briefwechsel der Mitglieder zu ethnomedizinischen Themen; kleine konkrete Beiträge, die sonst vielleicht nicht gewichtig genug sind, um publiziert zu werden; das, was man Miszellen nennt; Vorstellung neuer Mitglieder; Anregungen.

Das Mitteilungsblatt dient der internen Information. Sie werden nur insoweit informiert werden, wie Sie selbst auch informieren. Allzu oft unterschätzt man selbst das Wissenswerte eigener Informationen. Lieber eine kleine Nachricht mehr. Man sollte auch keine Scheu davor haben, das Mitteilungsblatt dazu zu benutzen, die anderen Mitglieder um Informationen zu bitten, die sonst umständlicher zu beschaffen sind. Wenn nur einigermaßen die Bereitschaft dazu besteht, das Mitteilungsblatt sozusagen mit in das normale Leben zu integrieren, dann könnte es als Plattform, auf der die auf den Fachkonferenzen doch so einfach entstehenden Kontakte nun weitergepflegt werden und nicht jedes Jahr neu begonnen werden müssen, der Ethnomedizin dienlich sein.

Nichts weiter wünschen wir.

PETER LADIGES, *Schriftführer*

EKKEHARD SCHRÖDER, *2. Vorsitzender*

[*Reprint als Motto und Einladung in Mitteilungsblatt 7/1977, Curare 8(1985)1:2, Curare 15(1992)3: 205 und Curare 25(2002)1+2: 298*]

Auszüge aus dem Protokoll der 1. außerordentlichen Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin am 21.6.75 in Heidelberg (S. 2–4)

Anwesende Mitglieder: Roswitha Huber, Peter Michel Ladiges, Ulf Lind, José Ramirez, Grete Schiefenhövel, Ekkehard Schröder, Helmtraut Sheikh-Dilthey, Edith Velten-Schuberth, Gerhard Rudnitzki. Gäste: G. Moser und W. Böhning. Die erste a. o. MV wird von Herrn Rudnitzki, dem amtierenden Vorsitzenden der AgE eröffnet, Protokoll führt E. Schröder.

Top 1. Rückblick durch Herrn Rudnitzki: Besprechung des Protokolls der letzten 4. MV vom 8.12.74 in Heidelberg. Dieses wurde vom damaligen Vorstand, Herrn Sterly, nicht mehr unterschrieben. Die MV weist auf ihren Beschluss hin, dass der jeweilige Vorsitzende der AgE die Protokolle urkundlich zu unterzeichnen habe. Sollte er durch Feldforschung z. B. oder anderweitig verhindert sein, nimmt diese Aufgabe der satzungsmäßige Vertreter wahr. Das Protokoll der 4. MV und dieses, der ersten a. o. MV, sollen schnellstens beim Amtsgericht Hamburg (Vereinsregister) zur Einsicht vorge-

* so hieß die erste 12-seitige ungeheftete Broschüre der „Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin“ (MAGEM ab Nummer 5), anfangs noch ohne ISSN. Ab Nr. 15 wurden die Mitteilungen in die *Curare* integriert. Diese erste Nummer hatte eine Auflage von 300 Stück und lag auch auf der DGV-Tagung 1975 in Coburg aus. Die Auflagen schwankten und waren aktuellen Bedürfnissen angepasst. Es ist geplant, die weiteren zum Teil sehr lebendigen Nummern 2 bis 14 in einer der nächsten *Curare*-Ausgaben zu dokumentieren wie dies mit den *Mitteilungen der AfE* (Arbeitsstelle für Ethnomedizin in Hamburg für die drei Ausgaben 1969 und 1970 geschah, vgl. *Curare* 33[2010]1+2: 135–152). Diese erste Nummer fasst die Diskussionen des 2. RUNDGESPRÄCHS ETHNOMEDIZIN – so der von der fördernden DFG vorgegebene Terminus technicus – mit dem Titel „Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien“, Heidelberg 29.+30.11.1974, prägnant zusammen. Minimale Redaktionelle Überarbeitung in Form von kleineren Auslassungen [...] oder in *kursiv* gesetzte einzelne Worte zum besseren heutigen Verständnis. Bearbeitung durch EKKEHARD SCHRÖDER.

legt werden. – Anfang d.J. ist ein Doppelheft der Zeitschrift „Ethnomedizin“ erschienen. Wie Herr Sterly noch vor seiner Abreise wissen ließ, sei für eine weitere Nummer die Vorbereitung weitgehend abgeschlossen. – In Laufe der Durchführungsarbeiten des zweiten Rundgespräches „Ethnomedizin“ im Nov. 74 im Südasien-Inst. der Univ. Heidelberg diskutierten die für die Organisation verantwortlichen Mitglieder der AgE Sheikh, Schröder und Rudnitzki die Chancen und möglichen Themen der permanenten Arbeitsgruppe über Ethnomedizin in Heidelberg. – Überlegungen zu Publikationen des Rundgesprächsmaterials sind noch in Diskussion.

Top 2. Neue Mitglieder: Einstimmige Annahme von Dr. Winfried Henninger, Facharzt für Pädiatrie und Anästhesie, München, und Gerhard Moser, Soziologe, Heidelberg. Mit dem anwesenden Herrn Moser hat damit die a. o. MV 10 stimmberechtigte Teilnehmer.

Top 3. Wahl des neuen Vorstandes: Zum ersten Vorsitzenden wurde in Abwesenheit der Arzt Wulf Schiefenhövel, Esslingen, gewählt. Sein Einverständnis für die evtl. Wahl wurde brieflich eingeholt, die anwesende Frau Sch. bestätigte dieses. Zum zweiten Vorsitzenden wurde der Arzt Ekkehard Schröder, Heidelberg, gewählt, zum Schriftführer der Schriftsteller Peter M. Ladiges aus Frankfurt. Herr E. Schröder löst als amtierender Vorsitzender den geschäftsführenden Vorsitzenden, Herrn G. Rudnitzki, ab. Adressen [...]

Top 4. Anschrift, Mitteilungsblatt: Mit dem neuen Vorstand erhält die Arbeitsgemeinschaft eine neue

Anschrift: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e. V. in Hamburg, 6900 Heidelberg, Hauptstraße 235, Völkerkundemuseum der von-Portheim-Stiftung.

Herr Walter Böhning, der Leiter des Museums, hat sich bereit erklärt, dass die AG ihren offiziellen Briefverkehr und ihre Informationsaufgabe über diese Adresse führen kann. Ethnomedizinische Literatur soll hier gesammelt werden. Die MV begrüßt die neue ständige Anschrift, die von dem jeweiligen Vorstand damit personal getrennt ist. Der neue Vorstand hat zuerst ein weiteres Konto in Heidelberg zu eröffnen. Er erklärt sich bereit, das in der MV vorgeschlagene und gewünschte interne Mitteilungsblatt zu redigieren und zu versenden. Es soll mehrere Male pro Jahr kurz die Mitglieder und Korrespondenten über Aktivitäten der AgE, ihrer Mitglieder und über Geschäftliches sowie mit kürzeren Rezeptionen informieren. Dadurch wird die Zeitschrift „Ethnomedizin“ entlastet, die diese Aufgabe durch ihr selteneres Erscheinen nicht erfüllen kann. Die weitere Diskussion über den künftig zu verbessernden Vertrieb der Zeitschrift „Ethnomedizin“ der AgE wird der nächsten MV vorbehalten.

Top 5: Die nächste, fünfte ordentliche MV soll am 13.3.76 um 14.00 Uhr in Heidelberg stattfinden.

Top 7: Organisation einer weiteren Fachkonferenz. Von Herrn Dr. Horst Göttig, Göttingen, ist ein Thema aus der Entwicklungshilfe vorgeschlagen worden. Die a. o. MV diskutiert mögliche Themen aus dem Bereich der Familienkonzepte in der Gesundheitsplanung und der sozialen Sicherung. Terminlich ist an den Herbst 1976 gedacht.

Zum Rundgespräch „Ethnomedizin“ – Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien“ in Heidelberg (S. 4–12)

Am 29. Und 30. November 1974 wurde im Südasieninstitut der Univ. Heidelberg mit Unterstützung der DFG das Rundgespräch „Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien“ durchgeführt. Das „Ethnologische Seminar“ (Prof. Jettmar), das „Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen“ (Prof. Diesfeld), beide *Südasieninstitute der Universität*, sowie die „Psychosomatische Klinik“ (Prof. Bräutigam) fungierten als Gastgeber. Die 50 Teilnehmer und 20 hospitierenden Studenten trafen sich an den beiden Tagen zu gemeinsamen Veranstaltungen und teilten sich in vier Arbeitsgruppen auf, die verschiedene Aspekte

des Themas erörterten. Das Rundgespräch endete in einer Plenumsdiskussion, deren Grundlage die Berichte aus den Gruppen bildeten. Angeregt und organisatorisch vorbereitet wurde das Gespräch von den Mitgliedern der AgE Schröder, Sheikh-Dilthey und Rudnitzki, besondere Unterstützung erfuhr es von dem Tropenmediziner Prof. Diesfeld.

Zu Beginn des gemeinsamen Programmes zeigte HORST UHLIG aus Kiel, zwei Filme: „Heilbehandlung einer jungen Zulufrau durch eine Zauberdoktorin“ und „Brauchtum, Geburtshilfe und Gebärverhalten der Zulufrau“. Ergänzt wurden die Filme durch ein Manuskript aus gynäkologischer Sicht von

HEINZ KIRCHHOFF, Göttingen. Frau EDITH VELTEN-SCHUBERTH, Köln, referierte über die „Erhaltung der Gesundheit in traditionellen Gesellschaften“, wobei verschiedene Kulte in alten Hochkulturen in Australien unter dem Aspekt der Wiedererlangung von Gesundheit betrachtet wurden. Gemeinsames Samstagprogramm bildeten die Referate „Der Einbau traditioneller Gesundheitssysteme in den Rahmen der nationalen Entwicklungsstrategien – Möglichkeiten und Schwierigkeiten“ von HANS-JOCHEN DIESFELD aus Heidelberg und „Stadtmedizin, Landmedizin und subkultureles Krankheitsverhalten“ von RUDOLF SCHENDA, Göttingen. Da sie für die Diskussion besonders anregend wirkten, soll an anderer Stelle gesondert auf sie eingegangen werden [*anderes Mitteilungsblatt*]. Der folgende leicht überarbeitete Auszug aus dem Bericht an die DFG informiert über die Referate zu den Arbeitsgruppen.

Bericht der Gruppe I und II: Gesundwerden in traditionellen Gruppen und in Übergangsgesellschaften.

1) Herr JOACHIM STERLY, Hamburg, berichtete exemplarisch über die Einbettung des Kranken in das traditionelle Gesundheitssystem aus einer Clanlinie am oberen Chimbu (Neuguinea). Eine Krankenbehandlung geschieht unter Mithilfe der Familienmitglieder, ggf. der Angehörigen des Clans oder der spezifischen Untergruppen. Als Faktor des Genesens wirkt die soziale Geborgenheit des Kranken in der Gruppe. Die Krankheitsursache wird nicht immer gruppenextern gedacht. Es entstehen auch Krankheitsfälle, die von einem Gruppenmitglied angestiftet wurden. Sie verletzen jedoch nicht die Vorstellung von Geborgenheit in der Gruppe.

Der Medizinmann gehört – anders als in den Hospitälern – ebenso der betreffenden Sozialgruppe, dem Clan oder seinen Untergruppen an. Alte und Säuglinge werden weniger versorgt, da sie keine vollen Mitglieder der Gruppe sind. Es wird im Verlauf klar, dass die Hilfe, die Medizinmann und Gruppenmitglieder dem Kranken zuteil werden lassen, der Gruppe, d. h. „meinem Blut“, gilt und nicht dem Einzelnen. Ein Unterschied zwischen Therapie und Diagnostik wird nicht gemacht, während man behandelt, stellt man fest. Es wurde festgehalten, dass in ähnlichen Gruppen wie der beschriebenen, Krankheit und Gesundwerden in vorgeformten Verhaltensmustern erlebt, entäußert und dargestellt wird, im Gegensatz zur Vergegenständlichung der

Heilung im Kontext europäischer Medizin. Gesundwerden ist ein „pattern“, in dem sich die Gruppe erkennt, Suggestivfragen im medizinischen Kult zum Beispiel sind daher typisch.

2) Herr ULF LIND, Neuwied, berichtete über die Wirkung traditioneller Heilkunst bei den Ayore-Indianern im nördlichen Chaco Paraguays. Jede Krankheit wird ansteckend gedacht und ist durch Fremdkörper oder krankheitserregende Geister ausgelöst. Der Erfolg des Heilkundigen entsteht vor allem durch seine Manipulation der Angst vor Tabubrüchen. Abwehrkräfte gegen Infektionen können auf psychosomatischem Wege herabgesetzt oder gestärkt werden. Neben naturkundlich zu bezeichnenden Techniken werden Zauberhandlungen und schamanistische Praktiken angewandt. Die Heilung wird dabei durch gewissenhafte Einhaltung der Regeln bewirkt. Heilende Faktoren sind also vor allem die Überwindung der Ansteckungsangst und die Übernahme der Pflege. Ähnlich wie in der Gesprächspsychotherapie ist das Ziel der Behandlung die Wiederherstellung eines für normal angesehenen Selbstbildes. Die religiöse Krankenbehandlung neutralisiert schädliche Vorstellungen und verstärkt spontane Heiltendenzen. In der Diskussion wird die Wirkung schamanischer Techniken mit jenen der modernen medizinischen Apparate auf den Durchschnittspatienten verglichen. Unter dem Aspekt eines medizinsoziologischen-transkulturellen Vergleiches scheint die „Droge Arzt“ in unserer Gesellschaft, charakterisiert durch Laboratoriumsmedizin, als unentwickelt im Gegensatz zum traditionellen Heilkundigen.

3) In dem Referat von Frau HELMTRAUT SHEIKH-DILTHEY, Heidelberg, wird Leiden in psychisches, physisches und soziales Leiden aufgeteilt und als möglicher Gesundungsfaktor dargestellt, wenn es durch Ritualisierung gesteuert ist. Die soziale Funktion des Leidens ist die Rehabilitation des Leidenden in seiner Gruppe. An Beispielen individueller und kollektiver Riten aus verschiedenen Epochen und Kulturen wird eine phänomenologische Einteilung ritualisierten Leidens entworfen. In diesem Zusammenhang wird weiter gefragt, wann und wie Leidensritualisierung entsteht, welche Faktoren des Bewusstseins bzw. des Unbewussten dabei eine Rolle spielen.

Der Stereotypie kollektiver Leidensritualisierung wird die Mannigfaltigkeit individueller Leidensritualisierung gegenüber gestellt. Verschiedene Bei-

spiele aus der Psychotherapie werden erörtert. Beide Formen der Leidensritualisierung, die kollektive sowie die individuelle, stehen in Bezug zueinander und beeinflussen sich. Welche der beiden Formen in den Vordergrund rückt, entscheidet das jeweilige Gesellschaftsgefüge. Hierfür wurde im Verlauf der Diskussion eine Reihe von Beispielen aus unserer eigenen Kultur gebracht. Im Plenum wurde der Begriff „Leiden“ weiterdiskutiert. Die Einteilung in leibliches, seelisches und soziales Leiden soll nur arbeitshypothetisch sein. Betont wurde, dass Leiden in unserer eigenen Gesellschaft bestenfalls als Forschungsgegenstand verdinglicht zu sein scheint. Als bedeutsamer Erlebnisfaktor im Eigenleben und möglicher konstituierender Faktor in unserer eigenen Gesellschaft sollte er nicht verdrängt, sondern neu überdacht werden und eine bewusste Verankerung erfahren. Hier wurde vor allem auf Formen institutionalisierten Mitleides hingewiesen. Ethnomedizinische Studien können zur Vertiefung eines neuen Selbstverständnisses beitragen.

4) Herr PAUL KAPAPA, MH Hannover, berichtete über die unterschiedliche Stellung von Personen bei zwei Bantustämmen in Malawi, die Kontakte zu Ahnengeistern hatten. Bei den Ayao wird ein solches Erlebnis hoch geschätzt, und der Betroffene hat Aussicht, nach einem längeren Prüfungsprozess zum Singanga (Mittler zur jenseitigen Welt) erhoben zu werden. Bei den benachbarten Angoni wird der Betroffene dagegen als Wamisala (geistesgestört) angesehen und fällt für die Zeit des Verändertseins der Ausstoßung anheim. So werden Menschen mit gleichartigem Ausgangserlebnis in der einen ethnischen Einheit als Berufene, in der anderen als Geistesgestörte bestimmt.

5) Danach stellte Frau DAGMAR WAGNER-ROBERTZ, München, am Beispiel des Schamanismus bei den Hei//om – wohl dem einzigen in Afrika südlich der Sahara bekannten Fall eines typischen Schamanismus (*aus damaliger Sicht*) – die Unterscheidung von natürlichen und „übernatürlichen“ Ursachen von Krankheiten dar sowie den Einfluss dieser Unterscheidung auf das therapeutische Vorgehen. Während Krankheiten natürlicher Verursachung durch Heilkundige behandelt werden, bedürfen Krankheiten „übernatürlicher“ Verursachung der Anwendung schamanistischer Praktiken. Dabei wurde das enge Zusammenspiel zwischen Schamanen und Gruppe im Heilritual hervorgehoben.

6) Herr HORST FIGGE, Freiburg, zeigte an Hand der Umbanda-Religion ein Modell der Verschmelzung afrikanischer und volkskatholischer Traditionen. In diesem Rahmen werden Krankheiten als spirituell verursachte Phänomene betrachtet und entsprechend durch Einflussnahme auf Geister und Fluiden behandelt, wobei der induzierten Besessenheit besondere Bedeutung zukommt.

In der Diskussion erwies sich eine Definition des Krankheitsbegriffes nicht als möglich, weil sogar in der einzelnen Kultur damit unterschiedliche Gegebenheiten bezeichnet werden. Auch haben für das therapeutische Vorgehen Begriffe wie Unglück, Problem, Leid größere Bedeutung als unser Krankheitsbegriff. In Bezug auf psychiatrische Erkrankungen wurde bei einem Teil der Diskutanten eine ausgeprägte kulturellrelativistische Auffassung deutlich (Geisteskrankheit durch die Gesellschaft verursacht und bestimmt), welcher das Konzept der Psychosen als kulturübergreifenden noologischen Entitäten gegenübersteht. Ein wesentlicher Unterschied zeichnete sich in der Lokalisation der Konflikte ab: während unsere einsichtsorientierten psychotherapeutischen Methoden den Konflikt im Menschen selbst suchen und ihn für sein Leiden und seine Heilung selbst verantwortlich machen, werden die Kranken in den angeführten Beispielen dadurch entlastet, dass die Verursachung des Leidens und der Heilung außerhalb der betroffenen Person liegt.

In Verbindung mit dem jeweils anderen Gehalt des Krankheitsbegriffes unterscheiden sich die Funktionen des Heilers von Kultur zu Kultur. Im Ganzen erscheint seine Tätigkeit stärker von der Gruppe getragen als die des europäischen Arztes. In den schriftlosen Kulturen findet sich ein therapeutisches Potential, das Beachtung beim Aufbau von Gesundheitseinrichtungen erfordert. Die Beschäftigung mit solchen Therapieformen vermag kritische Distanz zu unseren eigenen Verhältnissen zu schaffen und uns Anregungen für unser eigenes therapeutisches Vorgehen zu geben. Freilich lässt sich nur ein Teil der heilkundlichen Traditionen mit der naturwissenschaftlichen Medizin verbinden, weil Krankheitsverständnis und Heilungsmethoden in einen geistig-religiösen Kontext eingefügt sind. Dies schränkt auch die Möglichkeit ein, therapeutische Praktiken aus anderen Kulturen in unsere Kultur zu übernehmen. Gerade an den vorgetragenen Beispielen wurde deutlich, wie sehr Krankheit Ausdruck einer Störung in der sozialen Beziehung

sein kann und sich Therapie entsprechend auch auf soziale Reintegration zu richten hat.

Bericht aus Gruppe III: Möglichkeiten des Einbaus traditionellen Gesundheitsverhaltens in modernen Gesundheitssystemen

Es wurden drei Strategien geschildert, mit denen Gesundheitsversorgung in verschiedenen Regionen verbessert werden sollte. In einer Hospitalstudie findet Herr WERNER STÖCKLIN, Basel, einen Maßstab für steigende Heilerfolge auf, indem er das partnerschaftliche Nebeneinander eines westlichen Arztes und eines eingeborenen Heilers bei den Abelam auf eine Zeitmatrize setzt. Herr PAUL HINDERLING, Saarbrücken, differenziert schichtenspezifische Einstellungen zum Gesundheitsverhalten in einer thailändischen Übergangsgesellschaft, in der durch eine Modernisierung des vorhandenen Heilinventars ohne dessen organisatorische Weiterentwicklung die Schichtspezifität zugleich ein Maßstab für ungleiche Zugangschancen zur Erlangung der gewünschten Gesundheit wird. Im Referat von FrI. URSULA BERNAUER, Freiburg, über Volksmedizin in Chile steht die Reflexion eines moralischen Impetus im wissenschaftlichen Konzept, der der geschilderten Gesundheitsstrategie unterliegt, im Mittelpunkt.

In der **Diskussion** wurde deutlich, dass strukturelle Unzulänglichkeiten gebessert werden können, wenn bewährte medizinische Traditionen in ein neues Sozialsystem eingebracht werden bzw. westliche Erkenntnisse traditionelle Systeme anreichern. Insofern sollten sie Gegenstand ethnomedizinischer Untersuchung sein. Dadurch werden die Probleme der Unterversorgung jedoch nicht gelöst. Der Begriff der **Unterversorgung** ist durch das Referat von RUDOLF SCHENDA in die Diskussion eingeführt worden, der Begriff der **sozialen Geborgenheit** bei der Gesundheitsplanung von HANS-JOCHEN DIESFELD.

Zum Beispiel ist die einzige Therapie bei den Abelam eine kümmerliche Dampfbehandlung. Sie bringt aber eher soziale Geborgenheit als bei lebensbedrohenden Krankheiten Heilung. Ohne Anwesenheit eines traditionellen Mediziners mit seiner Methode sind aber lebensbedrohliche Krankheiten, die nur durch westliche Medizin beherrscht werden können, nicht angebar. Technokratische Veränderungen allein können also nicht die Kontakte schaffen, durch die die sich auftürmenden Kulturbarrieren beseitigt werden. Diese werden in der Diskussion als Probleme der Wahrnehmung aufge-

fasst. **Unter dem Stichwort Ethnozentrismus wird von der Ethnomedizin eine Kritik an der eigenen wissenschaftlichen Sichtweise erwartet.** Es wird verdeutlicht, dass in einem ethnomedizinischen Studienkonzept der Arzt und Forscher über der Neugier am Fremdartigen ein sinnkonstituierendes Erkenntnisinteresse an den Gegenstand herantragen muss. Es wird festgehalten, dass Forschung, die reines Gegenstandsbewusstsein vermehrt, noch keinen Sinn ergibt. Ein sinnkonstituierendes Erkenntnisinteresse sei unter anderem auch durch die Notwendigkeit einer moralisch relevanten Praxis bestimmt. Von dieser wird gefordert, dass sie eine solche Sinnkonstitution aufstellt, die intersubjektive Gültigkeit besitzt, d. h., die echte Zusammenarbeit zwischen Heilern verschiedener Traditionen ermöglicht. Für uns hieße dies, zu erarbeiten, wie Ärzte der naturwissenschaftlich-europäischen Medizin zusätzlich ausgebildet werden müssen. Für nichteuropäische Heiler gelten die gleichen qualifizierten Kriterien. Neokolonialismus im medizinischen Sektor lässt sich nur vermeiden, wenn es gelingt, Sinnverstehen eigener und fremder Traditionen zu vermitteln. Ohne hierfür methodische Abstraktionen detailliert zu entwickeln, wird als Diskussionsergebnis deren Notwendigkeit für die Ethnomedizin festgehalten.

Der zu untersuchende „Mikroaspekt“, die jeweilige Ethnie, deren soziale Lebensform aus der autochthonen Sinndeutung der Welt in Religion, Kunst und Weisheit begriffen wird, soll im „Makroaspekt“ ethnomedizinische Forschung zur Überwindung von Unterversorgung einsetzen. Im geschilderten Fall von Chile wird nicht einer abstrakten Institution, z. B. der Staat, die Verantwortung für reformierende Praxis delegiert. Solch einem üblichen Konzept von oben wird ein Konzept von unten entgegengestellt, in dem gezeigt wird, dass unterprivilegierte Schichten traditionelle Medizin praktizieren, da keine Alternative erreichbar ist. Im Selbsthilfemodell wird traditionelle Medizin zum Teil einer neuen Gesundheitsstrategie gemacht, indem über Anknüpfung an Akteure dieser Medizin Volksagenten geschaffen werden, die das therapeutische Potential durch eine Massenmobilisierung aktivieren. In dieser Strategie steht der westliche Arzt als Medium des partnerschaftlichen Traditionsaustausches. Selbsthilfformen können Gegenstand ethnomedizinischer Betrachtungen sein.

Bericht der Gruppe IV: Faktoren und Grundmuster des Gesundwerdens in Kommunikationsmodellen

In einem ausführlichen Referat von Herrn DIETER FRIESSEM*, Stuttgart, wurde der Versuch unternommen, medizinsoziologische Arbeitsmethoden und Terminologien an ethnomedizinischem Material zu erfassen. Es konnte gezeigt werden, dass durch die Formalisierung von Interaktionen zwischen Patient, Arzt und Kollektiv ein wissenschaftliches Medium geschaffen wird, durch das bei isolierender Beschreibung sehr differenzierte Systeme der Heilung vergleichbar werden. Zum Beispiel könnte als Faktor im Prozess des Gesundwerdens die Wirkung des Kriteriums Entlohnung, die Zeit und Effekt in der Arzt-Patienten-Beziehung steuert, verglichen werden.

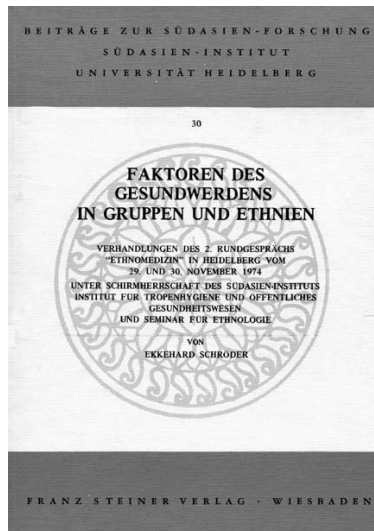
In der Fortführung der Diskussion an den Fallbeispielen aus der familienzentrierten Therapie der Akan durch Herrn YAW OSEI, Marl, und der Einstellungsmotivationsstudien der Angehörigen psychisch Kranker in der BRD durch Rudnitzki und Huber wurde verdeutlicht, wie jeder Kranke zu seiner Umgebung Bezug aufnimmt, aber verschieden reagiert. Zur Analyse und für den Vergleich müssen folgende Schritte nachvollzogen werden: 1. Erlebnis des Kranken von seiner Krankheit selbst; 2. Zuweisung als Kranker, als der er in seiner Gruppe aufgenommen wird; 3. Krankheitsart; 4. deren Verlauf und 5. die Wiedereingliederung in die Gesellschaft als Gesunder.

Während am Akan Beispiel der Kranke sich als Kranker offenbart, indem er sich dem Familienrat anvertraut, wird in Deutschland durch die Krankenhauseinweisung die Verbindung zwischen Familie und Gesundheitsinstitution unterbrochen. Krankheit und Tod werden im Erleben der Gesellschaft hier

sequestriert, während im Akan Beispiel der Familienrat zur Therapieinstitution wird. Er beschließt über die Anwendung von Familienmethoden oder die Einbeziehung von Hilfe von außen oder über Sterbehilfe.

Für die Optimierung des Heilungserfolges sind daher für den Arzt, der von außen auf eine hilfessuchende Gruppe stößt, folgende Schritte notwendig: 1. Bewusstwerden, d. h. Verstehen des Soziokontextes, in dem ein Kranksein agiert wird; 2. Akzeptierung dieser Krankheitsart aus der Sicht der Gruppe; 3. Integration in die Gruppe, indem er im Auftrag der Familie dieses Kranksein beseitigt. Hier kann er sein eventuelles Spezialwissen, durch das er das Krankheitsgeschehen in eine Nosologie (z. B. europäisch-naturwissenschaftliche Medizin) einordnet, mit Erfolg im Sinne des Auftrages verwenden. Solch ein Vorgehen hätte nicht nur Konsequenzen beim Anwenden europäischer Medizinwissenschaft in außereuropäischen Ethnien, sondern würde auch die Faktoren des Gesundwerdens in der BRD beeinflussen. Eine grundlegende Behandlung sei nur möglich, wenn das jeweilige soziale Bezugssystem in den Heilungsprozess einbezogen wird. Die jeweilige Einstellung zur Krankheitswelt anderer müsse veränderlich sein, ebenso das institutionelle Inventar als Heilungsträger, andererseits muss der Einzelne in seiner Einstellung zu den Phänomenen Tod und Krankheit zeitlich veränderbar sein. Im Heilauftrag durch Gruppen könne Selbstmedikation unter ärztlicher Beratung das Ziel sein, gezielte punktuelle Interventionen für weitreichende therapeutische Veränderungen durch den Arzt sind genauso denkbar. [Ende des Berichtauszuges an die DFG]

[S.12 des Mitteilungsblattes noch ... zu Mitgliedsbeiträgen, Redaktionsschluss etc.]



* Das Rundgespräch wurde veröffentlicht, dieser Beitrag siehe FRIESSEM D.H. 1977. Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen. Ein medizinisch-soziologischer Abriss. In SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. (Beiträge zur Südasiensforschung, Südasiensinstitut, Universität Heidelberg, Band 30). Wiesbaden: Steiner: 43–48, Reprint in *Curare* 30(2007)2+3: 255–258.