

# Curare

**Grenzgänge zwischen Ethnologie, Medizin  
und Psychologie. Für Ekkehard Schröder  
zum 75. Geburtstag**

**Herausgegeben von Katarina Greifeld,  
Wolfgang Krahl, Hans Jochen Diesfeld  
& Hannes Stubbe**

**WB**



## Impressum | Imprint

### **CURARE. ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINETHNOLOGIE 41 (2018) 3+4**

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)

ISSN 0344-8622 ISBN 978-3-86135-845-9

### **CURARE. JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY 41 (2018) 3+4**

Edited by the Association for Anthropology and Medicine (AGEM)

ISSN 0344-8622 ISBN 978-3-86135-845-9

#### **Herausgeber im Auftrag der AGEM e. V.**

##### **Editor-in-Chief on behalf of AGEM e. V.**

Ehler Voss (V.i.S.d.P.), ehler.voss@uni-siegen.de

www.agem.de, curare@agem.de

#### **Redaktion | Editorial Board**

Diana Egermann-Krebs (U Augsburg), Janina Kehr (U Bern), Helmar Kurz (U Münster), Mirko Uhlig (U Mainz), Ehler Voss (U Siegen)

#### **Postadresse | Postal Address**

Redaktion *Curare*, Postfach 10 04 04, D-57004 Siegen

#### **Wissenschaftlicher Beirat | Scientific Advisory Board**

Karl Baier (U Wien), Josep M. Comelles (URV Tarragona), Claus Deimel (Hamburg), Alice Desclaux (U Montpellier), Katarina Greifeld (Frankfurt), Antonio Guerci (U Genova), Mihály Hoppál (Budapest), Sushrut Jadhav (UC London), Peter Kaiser (U Bremen), Ruth Kutalek (MU Wien), Danuta Penkala-Gawęcka (U Poznań), Giovanni Pizza (U Perugia), Bernd Rieken (SFU Wien), William Sax (U Heidelberg), Hannes Stubbe (U Köln)

#### **Ehrenbeirat | Honorary Board**

Hans-Jochen Diesfeld, Horst H. Figge, Dieter H. Friefsem, Wolfgang G. Jilek

#### **Begründet von | Founding Editors**

Beatrix Pfeleiderer (†), Gerhard Rudnitzki, Wulf Schiefenhövel, Ekkehard Schröder (Editor of *Curare* 2001–2017)

#### **Verlag und Vertrieb | Publishing House**

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster, Postfach 11 03 68, D-10833 Berlin, Germany

Tel. +49-[0]30-251 04 15, Fax: +49-[0]30-251 11 36,

www.vwb-verlag.com, info@vwb-verlag.com

#### **Bezug | Subscription**

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) enthalten. Einzelne Ausgaben können über den Buchhandel oder direkt über den Verlag bezogen werden.

Subscription to *Curare* is included in the membership fee of the Association for Anthropology and Medicine (AGEM). Single copies can be purchased from booksellers or directly from the publisher.

#### **Copyright**

© Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) e. V.

#### **Layout und Typografie | Layout and Typography**

Nicolai Schmitt, nicolai.schmitt@mailbox.org

#### **Umschlaggestaltung | Cover Design**

Tropo Design, www.tropodesign.de

#### **Schriften | Fonts**

Source Serif & Source Sans (Paul D. Hunt).

#### **Begutachtungsverfahren | Peer Review Policy**

Alle eingesandten Forschungsartikel werden nach einer positiven Evaluation durch die Redaktion einer Begutachtung im Doppelblindverfahren unterzogen. Jeder begutachtete Artikel enthält am Ende eine Information über das Datum des Eingangs und der Annahme des Manuskripts.

Die vorliegende Ausgabe (Festschrift für Ekkehard Schröder) ist nicht begutachtet.

After a positive evaluation by the editorial board, all submitted research manuscripts will be reviewed in a double-blind procedure. Each peer-reviewed article contains information at the end about the date of receipt and acceptance of the manuscript.

This issue (Festschrift for Ekkehard Schröder) has not been peer-reviewed.

#### **Umschlagbild | Cover Picture**

Buddha Shakyamuni mit dem Gestus der Erdberührung vor dem Haupteingang des Völkerkundemuseums der Josephine & Eduard von Portheim-Stiftung in Heidelberg.

Buddha Shakyamuni in the earth-touching gesture in front of the main entrance of the anthropology museum of the Josephine & Eduard von Portheim Foundation in Heidelberg.



**ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINETHNOLOGIE**  
**JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY**

hg. von der **Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)**  
ed. by the Association for Anthropology and Medicine (AGEM)

**VOL. 41 (2018) 3+4**

**EDITORIAL**

**Herzlichen Glückwunsch, Ekkehard Schröder!** 5  
CURARE-REDAKTION, -BEIRAT & -EHRENBEIRAT,  
AGEM-VORSTAND & -BEIRAT

**FESTSCHRIFT**

**Grenzgänge zwischen Ethnologie, Medizin und  
Psychologie**

Für Ekkehard Schröder zum 75. Geburtstag  
HERAUSGEGEBEN VON KATARINA GREIFELD,  
WOLFGANG KRAHL, HANS JOCHEN DIESFELD  
& HANNES STUBBE

**Vorwort** 9  
KATARINA GREIFELD, WOLFGANG KRAHL,  
HANS JOCHEN DIESFELD & HANNES STUBBE

**Hommage à un passeur de frontières** 13  
JEAN BENOIST

**Medizin in Entwicklungsländern aus der  
Heidelberger Schule** 17  
WOLFGANG BICHMANN

**Ethnomedizin zwischen Gesundheit und  
Kultur. Etablierungsprobleme in der deutschen  
Medizin | Ein Beitrag zur Festschrift für Ekkehard  
Schröder** 23  
WALTER BRUCHHAUSEN

**Die Seele zum Laufen bringen** 35  
CLAUS DEIMEL

**Ekkehard Schröder, mein Freund und Wegge-  
fährte | Was ich ihm seit 50 Jahren verdanke** 37  
HANS JOCHEN DIESFELD

<b>Begegnung – Verflechtung – Erinnerung</b>   Das Habitations- und Berufungsverfahren Katesa Schlos- sers als Fluchtpunkt einer Verflechtungsgeschichte HARALD GRAUER	43
<b>Heldengeschichten aus der Konquista</b>   Zwei Basken in Nueva Granada im Wettstreit um die Gunst des kastilischen Königs: Lope de Aguirre und Pedro de Ursúa KATARINA GREIFELD	51
<b>„German Anthropology“</b>   Ein Interview mit Ekkehard Schröder DIETER HALLER	59
<b>75 Jahre Ekkehard Schröder</b>   Ein kleiner Gruß KLAUS HOFFMANN	73
<b>Transkulturelle Betrachtungen im Umgang mit Flüchtlingen</b> PETER KAISER	75
<b>Migranten aus der Türkei in Deutschland im Spiegel von Kunst und Kultur</b> ECKHARDT KOCH	87
<b>“Romantic Ayurveda”</b>   Perceptions of Health and Medicine in Germany in the Context of Ayurveda and Romantic Medicine LEONIE AGNES NOMI KRAHL	93
<b>Zeitenwandel</b>   Soziokulturelle Gedankensplitter zu Ekkehard Schröders 75. Geburtstag WOLFGANG KRAHL	103
<b>“Quo vadis, Global Health?”</b>   Perspektiven eines Lehr- und Forschungsfeldes FRANK KRESSING	113
<b>Medizinanthropologie in der medizinischen Aus- und Weiterbildung</b>   Erfahrungen aus Wien RUTH KUTALEK	123
<b>Talking about Violence</b>   Fieldwork on the Cambo- dian Revolution UTE LUIG	131

<b>Neurological Metaphors in Tibetan Medical Language</b>	<b>141</b>
KATHARINA SABERNIG	
<b>Culture Bound Syndromes Reconsidered</b>	<b>149</b>
WILLIAM SAX	
<b>Framing Experiences   Diagnosing and Explaining Dissociative Phenomena in Indian and Brazilian Mental Health-Care Institutions</b>	<b>159</b>
ANNIKA STRAUSS & HELMAR KURZ	
<b>Über ein frühes Bild des brasilianischen Urwaldes von Johann Moritz Rugendas</b>	<b>169</b>
HANNES STUBBE	
<b>“Das Ewige Gestern”   Conversing with Ekkehard Schröder</b>	<b>179</b>
SJAAK VAN DER GEEST	
<b>Würde in Bedrängnis – Wenn der Körper sich der politischen Ökonomie entzieht</b>	<b>183</b>
MARTINE VERWEY	
<b>Šojmanka   Women of Eastern Serbia who Communicate with Fairies</b>	<b>191</b>
MARIA VIVOD	
<b>Danksagung</b>	<b>201</b>
EKKEHARD SCHRÖDER	
<b>Bibliografische Notiz zu Ekkehard Schröder</b>	<b>207</b>
<b>Die Autorinnen und Autoren der Festschrift</b>	<b>209</b>



## Herzlichen Glückwunsch, Ekkehard Schröder!

CURARE-REDAKTION & -BEIRAT, AGEM-VORSTAND & -BEIRAT

Die vorliegende *Curare* erscheint zu Ehren von Ekkehard Schröder, der am 24. März 2019 seinen 75. Geburtstag feiert. Die Redaktion hat diese Ausgabe gänzlich seinen Weggefährt\*innen Hans Jochen Diesfeld, Katarina Greifeld, Wolfgang Krahl und Hannes Stubbe überlassen, welche dieses Heft als Festschrift initiiert, organisiert und lektoriert haben. Als Redaktion bedanken wir uns herzlich bei den Herausgeber\*innen und freuen uns über das gelungene Ergebnis, das in weiten Teilen ein sehr persönliches Bild von Ekkehard Schröder und seinem Wirken vermittelt.

Die AGEM und die *Curare* haben Ekkehard Schröder große Teile seines Lebens begleitet. Schon in seiner Zeit als Student der Medizin und Ethnologie trat er im Gründungsjahr 1970 als erstes studentisches Mitglied der AGEM bei und war ab 1975 insgesamt rund 35 Jahre entweder als Schriftführer, erster oder zweiter Vorsitzender in ihr aktiv. 1978 war er Mitbegründer und Namensgeber der *Curare* und hat sie seitdem maßgeblich und zumeist in leitender Funktion gestaltet. Verein und Zeitschrift haben ihn in dieser langen Zeit vermutlich ebenso geprägt wie er sie bis zum letzten Jahr selbst geprägt hat. Die Geschichte der AGEM und der *Curare* und damit auch der Ethnomedizin in Deutschland, welche er zunehmend als „interdisziplinäres Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin“ beschrieben hat, ist ohne Ekkehard Schröder nicht zu denken.

Diese Geschichte wird in den vorliegenden Beiträgen ausführlich gewürdigt und wir wünschen allen Leser\*innen, die ihn bereits kennen, viel Freude bei den Erinnerungen. Denjenigen, die ihn nicht oder nicht so gut kennen, wünschen wir eine inspirierende und informative Lektüre.

Zusammen mit dem wissenschaftlichen Beirat der *Curare* sowie dem aktuellen AGEM-Vorstand und AGEM-Beirat gratulieren wir Ekkehard Schröder herzlich zum Geburtstag und wünschen alles Gute für die Zukunft.

### **Curare-Redaktion**

DIANA EGERMANN-KREBS (U Augsburg), JANINA KEHR (U Bern), HELMAR KURZ (U Münster), MIRKO UHLIG (U Mainz), EHLER VOSS (U Siegen)

### **Curare-Beirat**

KARL BAIER (U Wien), JOSEF M. COMELLES (URV Tarragona), CLAUS DEIMEL (Hamburg), ALICE DESCLAUX (U Montpellier), KATARINA GREIFELD (Frankfurt), ANTONIO GUERCI (U Genova), MIHÁLY HOPPÁL (Budapest), SUSHRUT JADHAV (UC London), PETER KAISER (U Bremen), RUTH KUTALEK (MU Wien), DANUTA PENKALAGAWĘCKA (U Poznań), GIOVANNI PIZZA (U Perugia), BERND RIEKEN (SFU Wien), WILLIAM SAX (U Heidelberg), HANNES STUBBE (U Köln)

### **Curare-Ehrenbeirat**

HANS JOCHEN DIESFELD (Starnberg), HORST H. FIGGE (Freiburg i. Br.), DIETER H. FRIESSEM (Stuttgart), WOLFGANG G. JILEK (Vancouver)

### **AGEM-Vorstand**

CORA BENDER (U Siegen), CLEMENS EISENMANN (U Konstanz), HELMAR KURZ (U Münster), STEFAN REINSCH (U Lübeck), ANNIKA STRAUSS (U Münster), MIRKO UHLIG (U Mainz), EHLER VOSS (U Siegen)

### **AGEM-Beirat**

CHRISTOPH ANTWEILER (U Bonn), CORNELIUS BORCK (U Lübeck), HANSJÖRG DILGER (FU Berlin), KATARINA GREIFELD (Frankfurt), MICHI KNECHT (U Bremen), ECKHARDT KOCH (U Marburg), WILLIAM SAX (U Heidelberg), ULRICH VAN LOYEN (U Siegen), EBERHARD WOLFF (U Basel), MARTIN ZILLINGER (U Köln)



---

**FESTSCHRIFT**

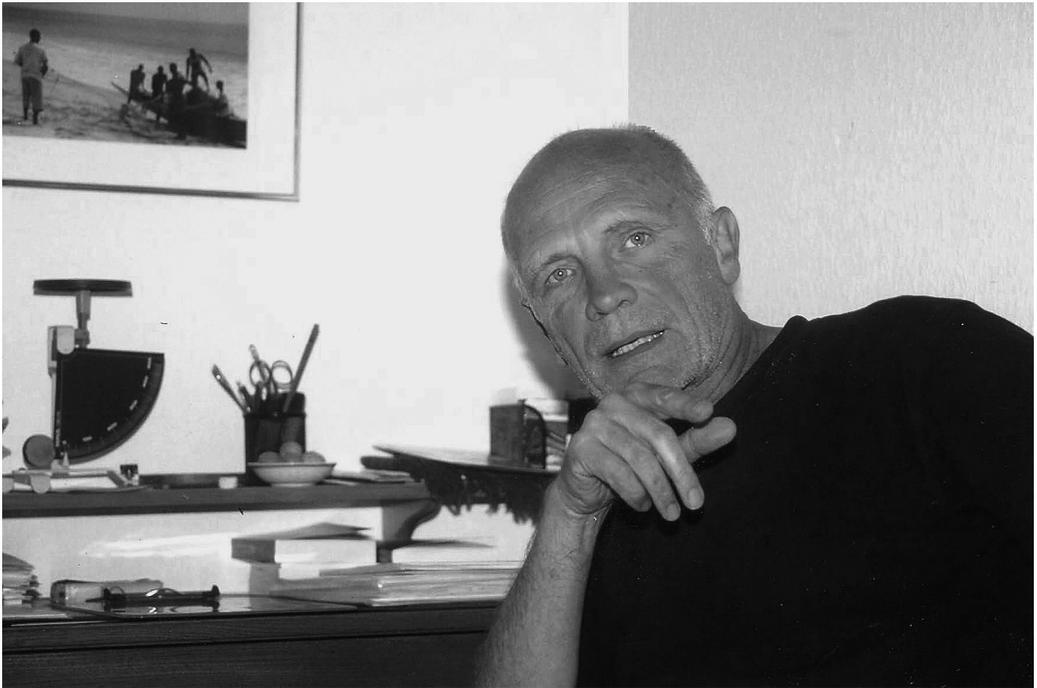
**Grenzgänge zwischen Ethnologie, Medizin und Psychologie**

Für Ekkehard Schröder zum 75. Geburtstag

HERAUSGEGEBEN VON  
KATARINA GREIFELD, WOLFGANG KRAHL,  
HANS JOCHEN DIESFELD & HANNES STUBBE







Die Vorderseite zeigt ein Ölgemälde des brasilianischen Urwaldes, Rugendas 1830  
(siehe auch Beitrag Hannes Stubbe, hier S. 183.

Das Portrait zeigt Ekkehard Schröder, aufgenommen am 24. Mai 2009 (Foto Sophie Kotanyi).

## Vorwort der Herausgeber

Mit großer Freude gratulieren wir Ekkehard Schröder zu seinem 75. Geburtstag (\*24. März 1944).

Er hat die Wichtigkeit und Wechselwirkung zwischen Kultur und Krankheit und Gesundheit schon vor über vierzig Jahren erkannt und formuliert. Wir, die Kolleginnen und Kollegen sowie Weggefährtinnen und -gefährten, haben uns zusammengetan und eine Festschrift erstellt. Sie soll Ausdruck unserer Anerkennung und unseres Dankes an Ekkehard Schröder sein.

Allerdings hat er es uns bei der Zusammenstellung der Beiträge nicht gerade leicht gemacht. Er hat in seiner langjährigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Tätigkeit als Kliniker und zuletzt Kassenarzt sowie als langjähriges Vorstandsmitglied der *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin* (AGEM, heute *Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin*) und als Mitbegründer und zumeist als Herausgeber ihrer Zeitschrift *Curare* eine so große Vielfalt an ethnologischen, medizinischen und psychologischen Themen bearbeitet, dass wir Mühe hatten, diese Leistung auch nur annähernd repräsentativ abzubilden.

Wie kam die Festschrift zustande? Im Sommer 2017 wurde die Idee einer Festschrift für Ekkehard Schröder im damaligen Vorstand diskutiert. Im Dezember 2017 folgte ein Aufruf an die Mitglieder der AGEM, sich an der Festschrift zu beteiligen. Auch wurden mögliche Autoren eingeladen, die nicht Mitglieder aber mit Ekkehard Schröder über seine Arbeit verbunden sind, Beiträge einzureichen. Innerhalb eines Monats erklärten sich rund dreißig Interessierte bereit, bis August 2018 einen Beitrag zu liefern. Bis Ende Oktober 2018 waren es letztendlich 23 Artikel, die nun in dieser Festschrift erscheinen.

Die Artikel konnten in deutscher, englischer, französischer oder schwäbisch-alemannischer Sprache abgefasst sein. Wir erhielten auch Beiträge in diesen Sprachen ausgenommen aus seinem von ihm geliebten heimatlichen Dialekt.

Wir überlegten, die Artikel nach verschiedenen Gesichtspunkten zu ordnen wie zum Beispiel spezifische Länder, ethnologische, historische oder psychologische Artikel. Wir haben uns aber entschieden, die Artikel wie einen Feldblumenstrauß zu binden – bunt, daher erscheinen die Beiträge in alphabetischer Reihenfolge.

Bei ihrer im Vergleich geringen und befristeten Belastung wurde es den Herausgebern während der Arbeit an dieser Festschrift klar, was für ein Lebenswerk es hier zu ehren gilt und was die AGEM-Mitglieder und darüber hinaus die medizinethnologische Wissenschaft insgesamt – über drei akademische Generationen – Ekkehard Schröder zu verdanken haben. Ekkehard Schröder hat dabei auch immer versucht, jungen Wissenschaftlern, die an den Schnittstellen der Ethnologie, Medizin und Psychologie interessiert sind, ein Forum zu bieten. Er hat dies sowohl in *Curare* als auch bei den *Fachkonferenzen Ethnomedizin* unter Beweis gestellt.

Welch einzigartiges Bindeglied durch sein Wirken – im wörtlichen Sinn von „Binden“ – fächerübergreifend und international die AGEM und ihre Zeitschrift *Curare* darstellen, lässt sich alleine aus dem breiten Spektrum der zu dieser Festschrift versammelten Beiträge erkennen.

Die einzelnen Beiträge sind Ausschnitte aus der Vielfalt seines inspirierenden Wirkens. Ekkehard Schröder hat sich gewünscht, die Beiträge in einer Danksagung kurz zu kommentieren. Dem sind wir gerne nachgekommen. So hat er auch das Schlusswort.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele gesunde und erlebnisreiche Jahre ohne Termindruck.

Im Februar 2019

KATARINA GREIFELD, WOLFGANG KRAHL, HANS JOCHEN DIESFELD und HANNES STUBBE  
Frankfurt, München, Starnberg und Köln



## Hommage à un passeur de frontières

JEAN BENOIST

*Nous avons souvent une vision générale et abstraite de la vie intellectuelle. Or elle ne se sépare ni du lieu, ni de l'époque où elle se déroule. Elle est profondément ancrée dans l'organisation des sociétés et dans les rapports entre les nations. D'où l'importance des « passeurs de frontières » dans la marche de la connaissance.*

Les structures sociales, les langues, les spécificités culturelles, les religions, et tout autant les formes de gouvernance et les relations internationales, construisent bien des barrières à la circulation des idées, et à beaucoup de déformations de leur contenu. Passer du particulier à l'universel implique cependant que les frontières soient perméables. Car la pensée se développe dans la dialectique que permet l'universalité de la communication. Cette communication nécessaire se fait à travers des relais, entre les strates d'une société, entre les pays et par delà les diverses formes de frontière. Telle est la place des passeurs de frontières, dont le rôle s'affirme ainsi non seulement dans la circulation des idées mais surtout dans leur évolution, dans l'ampleur de leurs dynamiques.

Le développement de l'anthropologie médicale est un bon exemple de cette dialectique. Cette approche de la santé et de la maladie dans leur cadre social et culturel n'aurait pas pu naître sans la rupture de bien des barrières entre disciplines, rupture qui a ouvert des dialogues jusque-là très rares entre médecine et sciences sociales. L'anthropologie médicale s'est peu à peu affirmée sur le plan international, à travers des revues, des livres et des colloques. Echanges fructueux, mais souvent difficiles à mettre en œuvre car l'anthropologie médicale relie deux courants de pensée initialement très éloignés l'un de l'autre : celui de l'anthropologie, science sociale qui place au premier plan la perception, la représentation, la tradition, et celui de la médecine dont la démarche d'observation et d'expérimentation place au premier rang

de ses exigences celle de dépasser toute subjectivité et tout particularisme pour accéder à des règles scientifiques aussi universelles que possible.

Toutefois, l'anthropologie médicale est loin d'avoir atteint son unité; elle garde en son sein une grande diversité, selon les pays, selon les lieux de formation, selon les institutions où elle s'inscrit, selon le poids de telle ou telle discipline dans son développement. La communication indispensable à certains lieux, mais elle demeure incomplète et demande toujours une ouverture plus grande.

Et cependant, la convergence entre l'anthropologie et la médecine semble dans « la nature des choses » : elle s'est accomplie de façon presque spontanée de part et d'autre. Les anthropologues ont rencontré sur leur terrain la maladie, ses explications, sa prise en charge, tandis que les médecins ont rencontré la société et la culture à travers les conduites et les pratiques de leurs malades. Ils ont alors découvert que la culture intervenait dans l'expression des symptômes, que leurs propos et leurs actes étaient réinterprétés par ceux qu'ils soignaient selon des codes culturels qui leur étaient étrangers, que leurs soins eux-mêmes étaient combinés à d'autres formes de soin sur la demande des malades ou la pression de leurs proches. La médecine n'était pas, comme ils avaient eu tendance à le croire, indépendante de la société, mais elle se tenait souvent à distance d'elle, derrière une frontière longtemps invisible, qui s'est précisée à mesure que l'on y a porté attention. On a pu alors franchir cette frontière, en psychiatrie, en épidémiologie, si bien que la connaissance de la culture et celle de la société sont devenues des parties constitutives de grands secteurs de la médecine.

Mais pour cela il avait fallu ouvrir les communications et créer un langage commun, entre les institutions, entre les paradigmes, entre les pouvoirs sociaux. Aux yeux des soignants la société devait être perçue dans l'ampleur des conséquences de

ses orientations culturelles sur le vécu des maladies, sur l'observance des malades et, au-delà, sur la santé publique elle-même. Il est devenu clair que les structures sociales orientaient les courants épidémiologiques en créant ici des barrières aux transmissions alors que là elles les facilitaient : itinéraires de contagion, exposition à des produits toxiques, niveaux et modes de vie, cadres socio-politiques sont autant de forces qui interviennent sur les conditions épidémiologiques et dont les effets pathologiques s'enracinent dans la société et dans la culture.

Mais les rencontres ne sont pas faciles. Malgré ses efforts, le médecin ne rencontre pas la société telle que la perçoit l'ethnologue, et l'ethnologue ne conçoit que difficilement le point de vue du médecin sur la maladie, la « maladie du médecin ». Les rencontres ne peuvent se faire que si des individus sont capables de regarder au-delà de la frontière qui les enferme dans le territoire où ils ont été formés. Nécessaire interdisciplinarité qui permet de poser de nouvelles questions et de faire émerger des réponses jusque-là inaccessibles. Ekkehard Schröder est l'un des passeurs qui ont aidé à la construction de cette interdisciplinarité. C'est en sens qu'il est un « passeur de frontières ». Tout au long de ses activités, il a contribué à l'élargissement et au décloisonnement de la pensée.

La revue *Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* dans laquelle il a joué un rôle fondamental offre maints exemples de ce passage des frontières scientifiques. Non seulement la revue elle-même a-t-elle toujours accueilli des articles venant d'horizons divers, mais elle s'est attachée, par la série *Sonderbände Curare*, à favoriser des rencontres entre disciplines, entre champs de recherche, entre courants de pensée. Ekkehard Schröder a été l'organisateur de plusieurs de ces numéros spéciaux. Tel par exemple le volume spécial 6/1989 sur la douleur, dirigé par Katarina GREIFELD, Norbert KOHNEN & Ekkehard SCHRÖDER, *Schmerz. Interdisziplinäre Perspektiven* qui illustre le croisement de disciplines dans l'approche d'un problème commun. Nombre d'autres volumes, dirigés ou codirigés par Ekkehard Schröder témoignent aussi d'une constante préoccupation d'ouverture. On peut ainsi retenir les textes parus dans le volume 30 (2007), numéros 2+3, dirigé par Kristina TIEDJE & Ekkehard SCHRÖDER : *Medizinethnologie 'on the Move'. Lebenswelten unter medizin-*

*anthropologischen Perspektiven* (L'anthropologie médicale « on the move » : les « Mondes vécus » en ethnologie).

Le thème de deux volumes parus en 2009 (32/2009, numéros 1+2, puis 3+4), à la direction desquels a participé Ekkehard Schröder, exprime encore plus nettement le désir d'aider la rencontre entre des disciplines. Sous le titre général *Kultur, Medizin und Psychologie im 'Dialog'* (La culture, la médecine et la psychologie en dialogue) ces volumes offrent un bilan des recherches interdisciplinaires dans le champ de l'anthropologie et de la médecine et une large réflexion dans la suite des travaux de George DEVEREUX (1908–1985), thème que l'on retrouve dans le volume 33 (2010), numéros 1+2, présenté par Ekkehard Schröder *AGEM 1970–2010: 40 Jahre Forschen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin* (Les 40 ans de l'AGEM. 40 années de recherche interdisciplinaire entre l'ethnologie et la médecine).

L'effort se poursuit en 2013 (36/2013, numéro 1+2), quand il dirige *Medizinethnologische Diskurse um Körpermodifikationen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin* (Débats d'anthropologie médicale au sujet des modifications corporelles dans le domaine interdisciplinaire de l'ethnologie et de la médecine) puis en 2016 où l'obésité fait l'objet d'une démarche analogue. Dans tous ces volumes de la revue *Curare*, qui font souvent suite à des colloques, on retrouve une constante : des auteurs d'origines et de formations diverses, qui font converger leur attention sur un thème qui leur est commun, même s'ils l'ont rencontré dans des circonstances très différentes et si chacun l'aborde en priorité selon le paradigme de sa propre pensée. Et la préoccupation d'articulation entre eux, et de synthèse, de la part des animateurs des débats et de la revue.

\*\*\*

Il est une autre frontière à laquelle Ekkehard Schröder a permis de devenir plus perméable, celle entre la France et l'Allemagne. Certes, depuis très longtemps le courant intellectuel venu d'Allemagne et celui venu de France se rencontrent et les apports de chacun se sont intégrés largement dans le patrimoine de l'autre. Songeons aux philosophes, aux écrivains et aux scientifiques ! Mais la frontière de la langue ne laisse filtrer que les plus

grandes œuvres et souvent avec beaucoup de retard. Dans le domaine scientifique, les uns et les autres ne se retrouvent souvent que par leur partage de la langue anglaise. Mais cela laisse à l'écart bien des travaux intéressants, bien des idées dont les nuances sont ainsi appauvries. Ekkehard Schröder a été là aussi un passeur de frontières par son travail d'édition comme par sa présence dans des rencontres internationales.

Ekkehard Schröder a aussi eu le souci de faire publier dans chaque numéro de *Curare* des résumés en français. On se réjouit maintenant que l'ensemble de ces résumés soit accessible en ligne en un fichier unique\* qui se télécharge aisément, sur un site québécois qui irrigue scientifiquement toute la francophonie et dont l'audience s'étend bien au-delà : les Classiques des sciences sociales.

Le lecteur qui n'a pas accès aux textes en langue allemande peut, grâce au rassemblement de ces résumés, évaluer les constantes dans la pensée des chercheurs mais aussi découvrir combien les écoles nationales peuvent différer quant à certaines de leurs orientations. Ainsi, la place très importante que la pathologie mentale a dans la revue *Curare*, qui est cependant une revue où d'autres champs de l'anthropologie médicale sont bien représentés, contraste-t-elle avec celle que lui accordent des revues française comme *Sciences sociales et santé* ou de langue anglaise telles que *Medical Anthropology Quarterly* ou *Social Sciences and Medicine*. On note aussi à la lecture des articles ou des annonces de colloques de *Curare* que la place faite aux acteurs des thérapies traditionnelles est plus grande qu'ailleurs et surtout qu'elle est plus souvent celle de partenaires que celles de sujets que l'on étudie. Cela traduit sans doute des spécificités des courants de pensée qu'il serait intéressant d'expliciter dans une rencontre internationale.

Bien au-delà des publications, c'est par sa présence active qu'Ekkehard Schröder a également été un passeur de frontières, dans des colloques en langue française, en particulier autour de la Société française d'ethnopharmacologie (SFE), dont il est l'un des membres très actifs avec quelques autres collègues de langue allemande.

Un hommage ? Certes, nous le rendons, car il est très mérité. Mais ce qui précède est aussi

un constat qui souligne l'ampleur de l'influence d'Ekkehard Schröder dans le milieu scientifique et au-delà. Influence qu'il doit évidemment à son travail et à son ouverture d'esprit, mais aussi à son affabilité, à ses capacités de contact et d'amitié. Au cours de sa carrière, il incarne vraiment le passage des frontières et, en l'incarnant, il l'a transposé à un horizon de la pensée.

\*\*\*

Ces efforts ne sont pas arrivés à leur terme. Il existe encore de sérieuses limitations à l'intégration des disciplines comme à la parfaite communication entre les particularités nationales. En effet, dans les relations entre disciplines, le spécialiste d'une discipline n'a trop souvent qu'une connaissance approximative ou partielle des disciplines de ses interlocuteurs. C'est ainsi que les médecins, souvent autodidactes des sciences sociales, se croient souvent « anthropologues » alors qu'ils n'ont qu'une idée superficielle des faits sociaux et qu'ils manient mal les concepts nécessaires pour les analyser. De leur côté, les anthropologues qui travaillent dans le champ de la santé, partagent bien souvent sous le masque savant de leurs propos et sans s'en rendre compte, des conceptions populaires de la santé et de la maladie, tout en ignorant la démarche et l'esprit d'une médecine scientifique, tandis que psychiatres et psychologues généralisent souvent leurs observations ethnomédicales, faites à partir de leur domaine, à des questions de pathologie somatique qui relèvent d'autres logiques.

Au delà des efforts et de la bonne volonté de chacun, c'est une véritable formation des passeurs de frontières qui est nécessaire, une formation non pas interdisciplinaire, mais codisciplinaire, où les disciplines antérieurement séparées soient apprises à égalité.

Des limites existent aussi dans la communication internationale. La naissance de l'anthropologie et de l'ethnologie au long du XIX<sup>e</sup> siècle et leur développement au cours du XX<sup>e</sup> siècle se sont faits selon une trajectoire propre à chaque pays. L'Allemagne et la France, marquées par la paléontologie humaine à laquelle leurs territoires avaient apporté de riches documents, ont attaché d'emblée de l'importance aux dimensions physiques de l'homme, d'abord de son squelette, puis de son

\* [http://classiques.uqac.ca/contemporains/anthropologie\\_medicale/index.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/anthropologie_medicale/index.html)

corps en général. C'est sur ces bases que s'y est édifiée une anthropologie physique qui a peu à peu dépassé ses limites biologiques et qui a tenté d'expliquer l'histoire et l'évolution humaines en s'appuyant largement sur cette approche. Classifications raciales, discussions sur le monophylétisme ou le polyphylétisme, analyse de l'évolution de sociétés humaines à travers la transposition du darwinisme, ont prévalu sur les études de la culture (sauf sous ses aspects matériels, folkloriques ou en tant que sources d'indices historiques). Ce sont d'autres disciplines, souvent liées à la philologie et à l'histoire, qui ont étudié les civilisations du monde, mais avec un regard éloigné de celui d'un anthropologue.

De tout cela il subsiste des traces qui marquent l'orientation nationale de l'anthropologie médicale. Certaines de ces traces, maintenant assez estompées, viennent des courants de pensée que l'on vient d'évoquer. D'autres, au contraire, se révèlent comme une réaction, qui conduit à s'éloigner au maximum des explications naturalistes, en s'intéressant aux représentations, aux phénomènes mentaux, voire spirituels et en puisant dans la philosophie leur principale source d'inspiration. En France, cela a abouti à une tension autour du terme « anthropologie médicale » qui a paru à bien des ethnologues exprimer une sorte de prépondérance de la médecine, de la « biomédecine ». Le terme « ethnomédecine » a vite été contesté car il semblait rappeler un exotisme dépassé, si bien que l'on parle d'« anthropologie de la santé », voire « anthropologie de la maladie », et cela que la problématique soit issue de questions anthropologiques posées par des systèmes médicaux divers, ou de questions issues de la demande de notre médecine face à des pathologies où le social et le culturel sont fortement engagés (comme le sida, l'alcoolisme, les addictions).

L'anthropologie anglo-saxonne s'est tournée bien plus tôt vers l'observation, sur le terrain, de sociétés réelles et la mise au point des méthodes de leur observation. L'anthropologie britannique, distante dès son origine des dimensions biologiques de l'homme, a gardé jusqu'à nos jours cette position et l'anthropologie sociale qui a marqué

tout son cours se retrouve dans beaucoup de ses travaux en anthropologie médicale.

Autre grand courant : celui des USA et du Canada, où anthropologie biologique, anthropologie sociale et anthropologie culturelle sont en général très liées, tant dans la formation des étudiants que dans le programme des congrès et dans le sommaire des revues. Ce contexte se prête bien au décloisonnement. C'est là qu'ont pu prendre leur essor des travaux qui n'auraient pas pu se dérouler sans la rencontre de plusieurs courants et de plusieurs méthodes de recherche.

Pensons, en anthropologie biologique, à l'étude de l'incidence des structures sociales sur les structures génétiques et leur action sur la microévolution. Il en va de même en archéologie où la recherche ethnologique a renouvelé l'interprétation des résultats de fouilles. Il en va aussi de même dans d'autres domaines, tel celui qui a émergé de la rencontre entre l'anthropologie, la psychiatrie et la psychologie, que ce soit dans l'école « Culture et personnalité », dans l'œuvre de Georges Devereux, ou dans celle d'Arthur Kleinman.

Les voix des écoles nationales sont, certes, de plus en plus largement écoutées au-delà des frontières, mais les différences de formation des chercheurs maintiennent toujours des différences, parfois très grandes, entre les concepts et entre les priorités de recherche.

\*\*\*

Les ouvertures, les passages de frontières auxquels a tant contribué Ekkehard Schröder sont considérables. Ils ont participé au renouvellement durable des perspectives, et permis le développement de nouveaux champs de recherches, de nouveaux échanges entre disciplines et entre pays. Mais les défis se répètent. A mesure que l'horizon s'élargit, de nouvelles frontières se révèlent. D'autres apparaissent, entre écoles, entre tendances, et sans cesse l'esprit d'ouverture doit veiller à ne pas laisser triompher l'esprit de fermeture. Le travail d'AGEM et de sa revue donne l'image de la meilleure façon d'y contribuer.

# Medizin in Entwicklungsländern aus der Heidelberger Schule<sup>1</sup>

WOLFGANG BICHMANN

In den frühen siebziger Jahren war das Klima an den deutschen Universitäten stark politisiert. Die Auswirkungen der „68er Studentenbewegung“ speisten einerseits eine kritische Auseinandersetzung mit der Rolle der „Elterngeneration“ im Nationalsozialismus und beim Aufbau der Bundesrepublik. Andererseits entstanden internationalistische Gruppierungen und Solidarität mit Befreiungsbewegungen in den letzten antikolonialen Kriegen Portugals: Angola, Mozambique, Kapverde, Guinea-Bissau und Timor-Leste standen im Mittelpunkt des Interesses – später abgelöst von Zimbabwe, Namibia und Südafrika sowie Äthiopien, Tigre und Eritrea. Mangelhafte Gesundheitssysteme und der Bedarf an medizinischer Versorgung in den Befreiungsbewegungen sensibilisierten viele junge Mediziner und Studierende. In Mittel- und Südamerika wurde die Landbevölkerung unterdrückt, es herrschten Diktatoren: In Chile fand ein Umsturz statt, der die Hoffnungen auf demokratische Entwicklung im Land beseitigte. Die scheinbaren Erfolge beim Aufbau einer besseren medizinischen Versorgung in Kuba und die chinesischen „Barfußärzte“ galten Vielen als wegweisende Modelle des Aufbaus von Basisgesundheitsystemen in Ländern der „Dritten Welt“ – in einer Zeit, in der die medizinische „Entwicklungshilfe“ noch wenig von „entwicklungspolitischer Zusammenarbeit“ oder Gesundheitssystementwicklung sprach.

Der mit nachhaltigen persönlichen Erfahrungen aus seiner ärztlichen Tätigkeit in Äthiopien und Indien 1969 neu zum Leiter des Instituts für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen (ITHÖG) am Südasien-Institut der Universität Heidelberg berufene Hans-Jochen Diesfeld trat – wie er in der Würdigung Ekkehard Schröders zu dessen 65. Geburtstag<sup>2</sup> sagte –

mit dem Ziel an, die Lehre der „Tropenmedizin“ aus ihrer damals konservativen, stark eurozen-

trisch-kolonialmedizinischen Perspektive herauszuholen und in eine zeitgemäße „Medizin in den Tropen“ umzubauen. Die damit zwangsläufig verbundene politische Dimension kam bei den Kollegen, vor allem in Hamburg, einer Blasphemie gleich, fiel aber bei den Studenten in Heidelberg auf fruchtbaren Boden und wurde sogar massiv eingefordert. Es war die Zeit der „kritischen Studenten“, die die Dozenten stark herausforderten.

Das interdisziplinäre Umfeld des Südasien-Instituts, in dessen Rahmen Ethnologie, Wirtschafts-, Geistes- und Sozialwissenschaften gemeinsam mit Tropenmedizin und Public Health in einen Kontext von Forschung und Lehre eingebunden waren, begünstigte neue kreative Denk-, Forschungs- und Kooperationsansätze. Interdisziplinarität stellte gleichzeitig auch eine Herausforderung dar, „wo sich Medizin gegenüber Kulturwissenschaften rechtfertigen musste“.

Durch seine Zusatzausbildung (Diploma of Tropical Public Health, DTP) an der London School of Hygiene and Tropical Medicine Mitte der sechziger Jahre war Diesfeld auch für Fragestellungen sensibilisiert worden, die von der angelsächsischen – damals überwiegend der amerikanischen – „Medical Anthropology“ aufgeworfen wurden:<sup>3</sup> Wie wirkt die institutionalisierte Medizin auf Patienten/Klienten? Was erwarten die Nutzer von Gesundheitsdiensten? Wie kommunizieren Ärzte, Therapeuten und Gesundheitspersonal mit Patienten über Symptome und Krankheiten? Diese Themen spielten in der klassischen Tropenmedizin mit ihrem Fokus auf Erregern, Parasiten und Krankheitsbildern ebenso wenig eine Rolle wie ein epidemiologisch ausgerichtetes Denken, das Fragen nach Risiken, Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten stellt.

Diese Fragestellungen beschäftigten damals zunehmend Ärzte mit praktischer Erfahrung in der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, in welchen Gesundheitssysteme nur rudi-

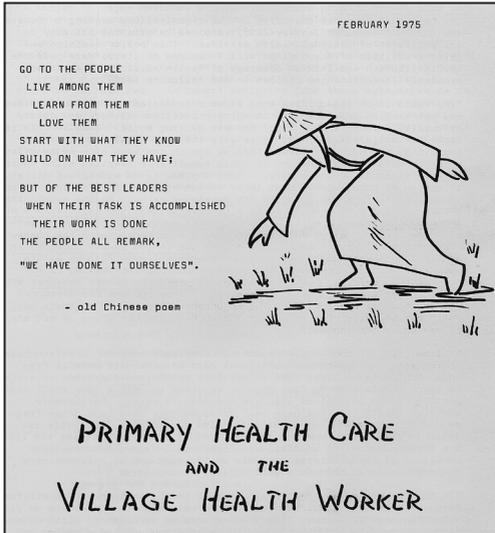


Abb. 1 Aus Titelseite *contact* 25, Febr. 1975, CMC, Genève.

mentär vorhanden waren (KING 1966, BRYANT 1969, NEWELL 1975). Ein Think Tank im Umkreis der *Christian Medical Commission* (CMC) des Weltkirchenrats in Genf verfügte über Netzwerke und Kontakte zu engagierten Medizinerinnen, tropenmedizinischen und Public Health Instituten und zur Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Zeitschrift der CMC *contact* spiegelt in ihren Heften ab Beginn der 1970er Jahre die Diskussionen wider, die schließlich, 1978, im „Primary Health Care Konzept“ (PHC) (WHO/UNICEF 1988) und der Deklaration von Alma Ata ihren Niederschlag fanden (Abb. 1).

Ekkehard war mit seinem Studienhintergrund von Ethnologie und Medizin in diesem anregenden Heidelberger Umfeld zu Beginn der 1970er Jahre zuhause. Er war im Kreis der Initiatoren der erneuerten Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) in Heidelberg ebenso aktiv wie als Student und späterer Mitarbeiter Diesfelds. In seiner schon genannten Würdigung vor 10 Jahren sagte dieser:

Ekkehard Schröder hat sich hierbei als außerordentlich konstruktiv gezeigt und mir beim Aufbau meiner neuen Vorlesung „Medizin und Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern“ inhaltlich und konzeptionell sehr geholfen. Dies war der Beginn einer jahrelangen fruchtbaren Zusammenarbeit, die langfristig eine konzeptio-

nelle Wechselwirkung zwischen dem, was wir aus „Tropenmedizin“ neu gestalteten und dem, was sich als neue „Ethnomedizin“ entwickeln sollte, beinhaltete.

Der Aufbau des Heidelberger Vorbereitungskurses für Ärztinnen und Ärzte, die von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in Entwicklungsländer entsandt wurden, unterschied sich daher konzeptionell grundsätzlich von klassischen Kursen der Tropenmedizin<sup>4</sup>, indem hier sowohl Fachkenntnisse durch Referenten mit praktischer Berufserfahrung in diesen Ländern vermittelt wurden als auch eine Sensibilisierung für die berufliche Tätigkeit in einem völlig anderen kulturellen Umfeld als dem des deutschen Klinikalltags stattfand. Hierzu gehörte insbesondere auch die Einführung in das damals aktuelle „Grundbedürfnis-Konzept“, die Betonung des kulturabhängigen Patientenverhaltens und die Vermittlung von Erfahrungen aus der medizinanthropologischen („ethnomedizinischen“) Forschung über Probleme der Rezeption westlicher Medizin in anderen Kulturen.<sup>5</sup> Heute ist die Berücksichtigung soziokultureller Faktoren in der medizinischen Praxis noch immer nicht selbstverständlich, aber damals war dies weitgehend unbekannt. Ekkehard war als Institutsmitarbeiter auch „Kurs-Assistent“, d. h. gemeinsam mit Diesfeld verantwortlich für das Kurskonzept – die inhaltliche Themengestaltung –, die Referentenauswahl und die persönliche Betreuung der Kursteilnehmer. Internationale Referenten aus Diesfelds langjährig aufgebautem Netzwerk<sup>6</sup> und ärztliche Rückkehrer aus Einsätzen der Entwicklungszusammenarbeit vermittelten hier frühzeitig Kenntnisse und Einsichten, die sich später auch im PHC-Konzept der WHO niederschlugen.

Ekkehards besonderes Verdienst war es, die Skripten der Referenten systematisch zu sammeln und aufzubereiten und daraus „das Ringbuch“, ein Loseblatt-Werk (Abb. 2) mit auflockernden Karikaturen, zu entwickeln, aus dem später sechs Auflagen eines *Handbuchs zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer* und schließlich – 1996 – für *medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive* hervorgingen (DIESFELD *et al.* 2001 [1996]). „Medizin in Entwicklungsländern“ wurde so zu einem Begriff, ja: einem spezifischen Produkt des Heidelberger Instituts<sup>7</sup>, das die vielfältigen Themen, die die WHO

IV KURSSKRIPTEN "Medizin in Entwicklungsländern" RINGBUCH

IV

Kursteilnehmer sowie Interessenten können die dem allgemeinen Teil des Kurses "Medizin in Entwicklungsländern" zugeordneten Skripten erwerben. Die Skripten wollen nicht die empfohlenen Lehrbücher (vgl. S. XIII) ersetzen, sondern Unterlagen für die einzelnen Unterrichtseinheiten zur Vorbereitung und zum Nachschlagen an die Hand geben, wie sie in den Lehrbüchern zur Tropenmedizin nicht behandelt werden, sich gemäß der Kursziele (vgl. S. III) als Rüstzeug für einen in den Entwicklungsländern arbeitenden Arzt aber als notwendige Basisinformation ergeben. Es werden der Umschlag, die Registereinlagen, die zum Teil diesen Programmseiten entsprechen, sowie die gelochten Skripten getrennt dem Benutzer ausgegeben, der sie entsprechend der Nomenklatur A bis O (siehe auch Hinweise auf den Einlagen oben außen) in den Ringhefter einordnen und die Registerleiste beschriften möchte.

Das Ringbuch kann über das Kurssekretariat bezogen werden, Schutzgebühr: 17,50 DM bei Versand incl. Porto 20,- DM Umfang: ca 550 Seiten + 32 Einlageseiten  
 Kurssekretariat: Medizin in Entwicklungsländern am Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Im Neuenheimer Feld 324, 6900 Heidelberg

Wegweiser zur Benutzung des Ringbuches (vgl. auch allgemeine Programmpunkte)

- A = Einführung, Inhaltsverzeichnis
- B = Ökologische und sozioökonomische Merkmale der Entwicklungsländer 1.1.
- C = Sozio-kulturelle Merkmale, Weltbild, traditionelle Heilkunst 1.2. + 2.7.
- D = Gesundheitsplanung, Typen der Gesundheitsgesetzgebung, Epidemiol. 2.1. + 2.2.
- E = Hygiene der Umwelt, Wasserver- und entsorgung 2.3.
- F = Basisgesundheitsversorgung, Aufgaben des ländlichen Krankenhauses 2.4. + 2.5.
- G = Die Rolle des Arztes als Ausbilder 2.6.
- H = Pädiatrische Aspekte aus der Praxis 3.1.
- I = Gynäkologie und Geburtshilfe unter einfachen Bedingungen 3.2.
- K = Grenzen der Chirurgie 3.3.
- L = Innere Propädeutik, Augenheilkunde, Dermatologie und Venerologie 3.4. - 3.6.
- M = Probleme psychiatrischer Tätigkeit in Entwicklungsländern 3.7.
- N = Community Health: Tbc, Ernährung, Prävention in der Praxis 3.8. - 3.10.
- O = ggf. Nachträge und Notizen

IMPRESSUM

ISBN - 3 - 88085 - 058 - 5

Hergestellt im Rahmen des Kurses "Medizin in Entwicklungsländern" als Arbeitsbuch zum Kurs (GTZ Projekt-Nr. 74.1401.4). Programm siehe Seiten V bis VIII.

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Postfach 5180, 6236 Eschborn 1

ZUSAMMENSTELLUNG

(compilation) der Texte:

H. J. DIESFELD und  
 E. SCHRÖDER am

Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 324, 69 Heidelberg.

1978

Redaktion und Gestaltung: Ekkehard Schröder  
 Zeichnungen: Achim Frey, Tübingen, Druck: Firma Wolf, Heppenheim

Titel: Kursringbuch  
 Medizin in  
 Entwicklungsländern

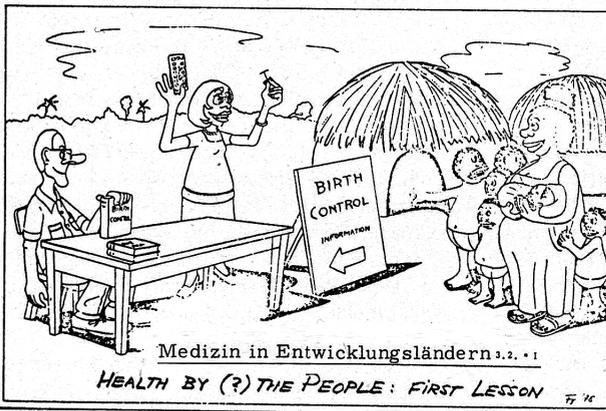


Abb. 2

später im Kontext von PHC ausarbeitete (z. B. Epidemiologie auf Distriktebene, Gesundheitsplanung und -management, Kommunikation und Gesundheitserziehung) in Deutschland schon früh jungen Medizinerinnen und anderen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung zugänglich machte!

Am ITHÖG wurden auf diesem Kurs-basierten Grundpfeiler einer Medizin in Entwicklungsländern in den Jahren nach 1980 weiter aufgebaut. Die Themen Tropical Epidemiology, Gesundheitssystem- und Gesundheitsverhaltensforschung<sup>8</sup> und die Entwicklung einer speziellen „kulturvergleichenden medizinischen Anthropologie“ (KMA) durch Dorothea Sich prägten das Institut in Lehre und Forschung auch nach Ekkehards beruflicher Orientierung zum Neurologen und Psychiater (SICH *et al.* 1993). Unter Diesfelds Leitung entstand eine Schriftenreihe *Medizin in Entwicklungsländern*<sup>9</sup>, ein Modellversuch zur Entwicklung eines speziellen ergänzenden Ausbildungsangebots für ausländische Medizinstudenten (DIESELD *et al.* 1998), die später auch einen ergänzenden dreimonatigen Diplomkurs im Rahmen eines von der Bundesregierung geförderten Reintegrationsprogramms absolvieren konnten. Gekrönt wurde die Aufbauarbeit 1990 durch Ausrichtung des ersten englischsprachigen M. Sc.-Kurses an einer deutschen Medizinfakultät<sup>10</sup>, der unter Diesfelds Nachfolgern als „M. Sc. in International Health“ am heutigen Heidelberg Institute of Public Health (HIPH) fortgeführt wird.

In seiner langjährigen Tätigkeit im Vorstand der AGEM und als Schriftleiter der Zeitschrift *Curare* achtete Ekkehard darauf, dass Themen der Ethnomedizin/Medizinanthropologie mit praktischem Bezug zur medizinischen Versorgung und Gesundheitssystemforschung in armen Ländern publiziert und diskutiert (Abb. 3) und der Standortvorteil einer gemeinsamen Beheimatung von AGEM (damals im Völkerkundemuseum der von Portheim-Stiftung) und ITHÖG in Heidelberg bei Vorträgen, Tagungen und Fachkonferenzen produktiv genutzt wurden.

Ekkehard gelang es gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen in Vorstand, Beirat und Redaktion, die AGEM und ihre Zeitschrift *Curare* durch schwierige Zeiten zu steuern sowie einen Generationenwechsel und eine thematische Verbreiterung des Aufgabengebiets einzuleiten, die sich nicht zuletzt in den Änderungen der Namen von

Verein – künftig *Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin* – und Zeitschrift – seit 2008 *Zeitschrift für Medizinethnologie* – niedergeschlagen haben.

Dafür sei ihm am 75. Geburtstag besonders gedankt!

## Anmerkungen

**1** Beitrag auf Basis der gemeinsam mit Ekkehard Schröder gehaltenen – und Hans-Jochen Diesfeld gewidmeten – Präsentation beim Medizinhistoriker-Workshop *Global Health by Academia: the Contribution of Northern Universities and Research after 1945*, RWTH Aachen University, 21.–22.11.2013 mit dem Titel: *The German University at International Health: an eye witness perspective—from training medical development workers to medical anthropologically-based international community health: the seventies and eighties at Heidelberg University*.

**2** Vgl. MAGEM 31/2010, *Curare* 34(2010)3+4: 165–171, hier S. 168.

**3** Er selbst verweist auf BENJAMIN PAUL (ed), 1955.

**4** In Zusammenarbeit mit den tropenmedizinischen Instituten in Hamburg und Tübingen fand gleichwohl im Anschluss an den bevölkerungsmedizinisch ausgerichteten längeren Kursteil auch eine kurze klinisch-parasitologische Ausbildung statt.

**5** s. hierzu auch unseren jüngst in *Curare* neu veröffentlichten Tagungsbeitrag bei der X. Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft in Heidelberg aus dem Jahr 1979 (SCHROEDER & BICHMANN 2017).

**6** Hierzu gehörten einflussreiche Persönlichkeiten wie Art van Soest, John McGilvray, Maurice King, Paul Unschuld u. a.

**7** an dem gleichzeitig auch naturwissenschaftliche tropenmedizinisch-parasitologische Forschung auf hohem, international vernetztem, akademischem Niveau zu Filariosen (Schistosomiasis, Onchocercose) in Kooperation mit WHO-TDR stattfand.

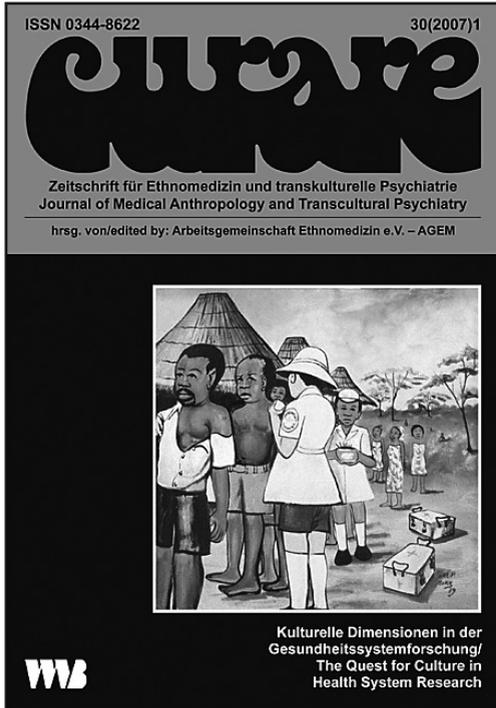
**8** Das Institut wurde 1990 *WHO Collaborating Center* für Gesundheitssystemforschung in Entwicklungsländern.

**9** Insg. 50 Bände; Fortsetzung der Reihe ab Bd. 51 als *Challenges in Public Health* durch OLIVER RAZUM, Bielefeld.

**10** *Community Health and Health Management in Developing Countries* [M. Sc. CHDC, Heidelberg].

## Literatur

- BRYANT J. (ed) 1969. *Health in the Developing World*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- DIESELD H. J., FALKENHORST G., RAZUM O. & HAMPEL D. (Hg) 2001 (2. Aufl.). *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- DIESELD H. J., BICHMANN W., GÖRGEN R. & SICH D. (Hg) 1998. *Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern*. Baden-Baden: Nomos.



KING M. (ed) 1966. *Medical Care in Developing Countries*. Nairobi: Oxford University Press.

NEWELL K. (ed) 1975. *Health by the People*. Geneva: World Health Organization.

PAUL B. D. (ed) 1955. *Health, Culture, and Community*. New York: Russel Sage Foundation.

SCHRÖDER E. & BICHMANN W. 2017. Überlegungen zum kulturanthropologischen Beitrag einer „Medizin in Entwicklungsländern“ im Rahmen von Lehrveranstaltungen. *Curare* 40, 1+2: 8–10.

SICH D., DIESFELD H. J., DEIGNER A. & HABERMANN M. 1993. *Medizin und Kultur. Eine Propädeutik*. Frankfurt: Peter Lang.

WHO/UNICEF 1978. *Primary Health Care: Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, 6–12 Sept. 1978*. Geneva: WHO

**Abb. 3** „Impfkampagne“/„Vaccination Campaign“, sozialkritisches Gemälde von Moke (1979 Kinshasa, vgl. *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 4,1 (2001).



# Ethnomedizin zwischen Gesundheit und Kultur: Etablierungsprobleme in der deutschen Medizin

Ein Beitrag zur Festschrift für Ekkehard Schröder

WALTER BRUCHHAUSEN

*Es ist schon eine höchst bemerkenswerte und erklärungsbedürftige Tatsache, dass in der deutschen Medizin die kultur- und sozialanthropologische Perspektive nicht durch eine Professorenschaft wie in den USA oder Großbritannien, sondern in einem so großen Maß durch das inspirierende organisatorische und redaktionelle Lebenswerk eines einzelnen, der zudem Jahrzehnte in eigener Praxis statt durchgängig an der Universität gearbeitet hat, am Leben erhalten wurde. Deshalb soll mein Beitrag zum Geburtstag von Ekkehard Schröder der Frage nach diesem weiteren deutschen Sonderweg nachgehen, zugleich aber auch über Deutschland hinaus reichende Herausforderungen der Ethnomedizin ansprechen – um jetzt durchgehend diesen Begriff zu verwenden, der Ekkehard Schröder den größten Teil seines Lebens begleitet hat.*

## **Das Dilemma an der (deutschen) Universität: Interdisziplinarität als Segen und Fluch**

Was die Ethnomedizin ebenso attraktiv wie schwierig machte, ist ihre ausgeprägte Interdisziplinarität. Denn die betrifft nicht nur die Unterschiedlichkeit von Fakultäten, Methoden oder Theorien, was sie mit vielen, ja den meisten anderen interdisziplinären Feldern teilt, sondern sogar in besonders extremer Weise den Universalisierungsgrad: Während – zumindest vor der heute beschworenen Ära der „individualisierten“, fälschlich bzw. missverständlich auch „personalisiert“ genannten Medizin – die medizinische Wissenschaft vor allem auf universale Gültigkeit abzielte, bestanden spätestens seit Beginn der klassischen Feldforschung nach dem Ersten Weltkrieg viele Ethnologen darauf, dass ihre Aussagen sozial und kulturell begrenzt, vielleicht sogar nur für die von ihnen untersuchten Gruppen gelten. Dieser Einwand gegen vorschnelle Verallgemeinerungen gehört auch weiterhin zum zentralen Beitrag, wie er sich aktuell ausgeprägt in der allgegenwärtigen Skepsis der *Medical Anthropology*

gegenüber den großen Zahlenwerken von Global Health erneut zeigt (ADAMS 2016). Denn dem Unberücksichtigten, statistisch in Durchschnittswerten und aggregierten Zahlen Verschwindenden, sozial Marginalisierten und aus dem Bewusstsein Verdrängten Sichtbarkeit zu verschaffen, empfinden nicht wenige als eigentliche Aufgabe ethnographischer Forschung und ethnologischer Theoriebildung. Als Wissenschaft vom Einzelnen, die es definitionsgemäß gar nicht geben kann, versteht sich Ethnologie trotzdem nicht, denn sie vermag durch den methodischen Aufweis nicht berücksichtigter Phänomene auch eine angemessene Theoretisierung, und d. h. allgemein gültige Aussagen, zu bieten. Die Widerständigkeit, die darin liegt, dass eine uniforme Medizin offenbar nie alle Gesundheitsprobleme optimal lösen kann und deshalb weitere Medizinformen immer mindestens ihre Nische, wenn nicht ganze Räume besetzen, kann auch einer weltweit erfolgreichen, ja dominierenden Medizinform zu einer realitätsge-rechteren Wahrnehmung verhelfen.

Doch eine solche offenbar segensreiche Interdisziplinarität wie die der Ethnomedizin ist zugleich prekär, immer von verschiedenen Seiten bedroht. Diese Bedrohung ist kein konjunkturabhängiges Auf und Ab, sondern ein strukturelles Problem. Das gilt insbesondere für deutsche Universitäten mit ihren Ordnungs- und Anreizvorstellungen, die inhaltlich mehr auf das, was man kann und gerne macht, als auf das, was man müsste, abzielen. Das Verhältnis von Grundlagen- und angewandter Forschung ebenso wie die Disziplinbildung entwickeln hier eine Dynamik, die Gebieten wie der Ethnomedizin das (Über-)Leben schwer macht. Diese Schließungsprozesse haben eine jüngere Geschichte, die neben großen Erfolgen universitärer Forschung auch systematische Hindernisse erkennen lässt. Um diese Geschichte von anhaltenden Gefährdungen und verpassten Chancen soll es in diesem Beitrag hauptsächlich gehen.

Obwohl sich die Moderne nach ihrem Selbstverständnis als Abbau von Hierarchien versteht, was ihr im sozialen Bereich durch Abschaffung der Ständegesellschaft gelang, hat sie durch ihr Organisationsbestreben („Bürokratisierung“) und ihr Systematisierungsbemühen nicht zuletzt im wissenschaftlichen Bereich die Über- und Unterordnungen sogar noch vermehrt. An die Stelle von spezifischen Verantwortlichkeiten der vier mittelalterlichen Fakultäten Philosophie, Recht, Medizin und Theologie, – für geistiges, soziales, physisches und ewiges Leben –, die sich im universitären Sonderfall der Staatsexamensstudiengängen von Lehramt, Jura und Medizin bzw. des kirchlichen Examens auch in den Zeiten des Bologna-Prozesses noch widerspiegeln, sind zunehmend methodisch-theoretische Strukturierungen der Wissenschaft getreten. Ein entsprechender Wissenschaftler oder Absolvent wurde immer weniger durch seinen umfassenden Gegenstand, das Materialobjekt, als vielmehr durch die vorherrschende Methodik, also das Formalobjekt, charakterisiert, in unseren Fällen: Der Arzt als Naturwissenschaftler, der Ethnologe als Kulturwissenschaftler.

Die Verhärtungen aufzubrechen, die aus derartigen methodischen Engführungen entstehen, war das Ziel vieler interdisziplinärer Initiativen. Im Zeitalter des einsamen Gelehrten hatte das noch notwendigerweise in Personalunion durch mehrfach qualifizierte zu geschehen: Theologen waren (schon immer) gleichzeitig Philosophen und zunehmend auch Historiker und Philologen, einzelne Naturwissenschaftler mehr oder weniger qualifizierte Philosophen, manche Ärzte zugleich Naturwissenschaftler oder vereinzelt auch Philosophen, Philologen oder Historiker. Doch Exzellenz auf mehreren methodisch-theoretischen Gebieten wurde spätestens im 19. Jahrhundert praktisch unmöglich. Und gleichzeitig wurde die Zusammenarbeit über Fakultätsgrenzen hinweg schwieriger, z. B. aus weltanschaulichen Gründen zwischen den Theologien und den Fächern der Philosophischen Fakultät oder aus Konkurrenz zwischen Medizin und neuen naturwissenschaftlichen Fächern. Wichtige interdisziplinäre Entdeckungen verdanken sich deshalb eher punktuellen Kontakten als gemeinsamer Arbeit, so beispielsweise 1905 die Gewinnung des Materials vom Patienten durch den Arzt Erich Hoff-

mann, in dem dann der Biologe Fritz Schaudinn die Syphilis-Spirochäte nachwies. Erst die industrielle oder industriebezogene Forschung, emblematisch verkörpert in der Entwicklung ausreichender Produktionskapazitäten für Penicillin im Zweiten Weltkrieg in den USA, hat zu interdisziplinären Arbeitsgruppen statt bloß vereinzelter Kooperation zwischen sehr verschiedenen Wissenschaftskulturen geführt. Obwohl Interdisziplinarität seitdem zunehmend zu den Forderungen des Wissenschaftssystems gehört, bleibt die praktische Verwirklichung ungenügend: Gutachter oder Institutionen aus den verschiedenen Disziplinen tendieren bei Vorhaben, Publikationen oder Personen mit interdisziplinärer Ausrichtung dazu, die mangelnde Berücksichtigung ihrer jeweiligen Disziplin in den Vordergrund zu stellen und sie deshalb im Vergleich mit der monodisziplinären Konkurrenz abzuwerten.

### **Unterschied und Verhältnis zu anderen nicht-naturwissenschaftlichen Gebieten der Medizin**

Doch es ist nicht nur ihre Interdisziplinarität, die dazu führt, dass die fehlende Verankerung der Ethnomedizin oder ähnlicher auf gegenwärtige Kultur bezogener Perspektiven innerhalb der deutschen Medizin als Wissenschaft, als Aus- und Weiterbildung und als Praxis notorisch ist (BRUCHHAUSEN 2011: 135–142). Denn sie steht mit ihrer ungesicherten Position in auffallendem Gegensatz zur vergleichsweise stärkeren Stellung von anderen ebenfalls interdisziplinären und nicht-naturwissenschaftlichen Bereichen der Medizin. Das gilt zunächst für philosophische Ansätze, etwa in Form der Medizinischen Anthropologie bzw. Anthropologischen Medizin der Zwischenkriegszeit oder für die kybernetisch inspirierte Medizinteorie der alten Bundesrepublik, beide mit Auswirkungen auf die durchaus nicht weltweit gleiche Etablierung der Psychosomatik. Medizinteorie und Psychosomatik haben es zumindest nominell in die ärztliche Approbationsordnung geschafft. Institutionell weitaus erfolgreicher als die Medizinteorie war die stark philologische Medizingeschichte seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Sie übernahm in dieser Transformationsphase der Medizin zur stärkeren Naturwissenschaftsförmigkeit eine legitimatorische Funktion für die Medizin gegenüber dem

damaligen gesellschaftlichen Bildungsideal der humanistischen Tradition (LEVEN 2008) und unterschied sich damit von der früheren, noch stark propädeutischen Aufgabe bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts: antike und frühneuzeitliche Medizintexte als Einführung in ärztliches Denken. Die gegen Ende des 20. Jahrhunderts vereinzelt versuchte Neuformierung der deutschen Medizingeschichte durch Aufnahme alltagsgeschichtlicher Themen und kulturtheoretischer Reflexion scheiterte nicht zuletzt am starken Faktenbedarf zu Täufern und Opfern der aufblühenden NS-Geschichte, an einer Marginalisierung außereuropäischer Themen und vor allem an einer breiten Rezeption der wenig kulturell interessierten US-Bioethik. Letztere löste mit ihrer neoliberalen Fokussierung der rechtsförmig verstandenen Arzt-Patient-Beziehung auch jahrzehntelange deutschsprachige Diskurse ärztlicher Ethik ab, die gesellschaftliche Verantwortung und Patientenbedürfnisse als Ausgangspunkt ärztlichen Handelns sahen (BRUCHHAUSEN 2010: 96) und damit – meist wenig explizit – auch Fragen nach dominierenden und eventuell veränderungsbedürftigen kulturellen Mustern stellten.

Als Gebiet mit betontem Kulturbezug, was sie von der *US* und *UK Medical Anthropology* mit ihren Anteilen an zugleich *Cultural* und *Social Anthropology* unterscheidet, konnte die Ethnomedizin auch nur sehr begrenzt vom zwischenzeitlichen Aufschwung der Sozialwissenschaften in der Medizin profitieren. An einzelnen Hochschulorten, wie in Hamburg, ließen sich ethnomedizinische Themen in der Medizinsoziologie unterbringen, an den meisten Orten, die ohnehin keine institutionell eigenständige Medizinsoziologie haben, verhinderte die Konzentration auf wenige, eher quantifizierend erforschte und gelehrte Kernthemen die Integration kultureller Perspektiven. Zudem war gerade die Etablierungszeit von Medizinischer Soziologie und Sozialmedizin um die 1970er Jahre von heftigen Debatten um Rolle und Unterschiedenheit von Kultur und Gesellschaft geprägt, wobei der Kultur häufig das Reaktionäre im Gegensatz zu sozialer Progressivität zugeordnet wurde. Nachdem sozialwissenschaftliche Ansätze in der Medizin zwischenzeitlich stark zurückgedrängt waren und sich zu einem nicht geringen Teil in die neuen Gesundheitswissenschaften verlagert hatten, erfahren sie heute durch ihre

teilweise Berücksichtigung in jüngeren Fächern wie Palliativmedizin und Pflegewissenschaften, insbesondere aber als Grundlage der boomenden Versorgungsforschung neue Aufmerksamkeit. Das hat für eine auch berufliche Mitarbeit aus den empirischen Kulturwissenschaften Möglichkeiten geschaffen, aber nicht zu einer großen Sichtbarkeit dieser Beiträge geführt, was im letzten Teil dieses Beitrags zu „verpassten Chancen“ anzusprechen ist.

Ein weiterer entscheidender Grund, warum sich innerhalb der genannten medizinisch etablierten Fachgebiete ethnomedizinische Themen kaum etablieren konnten, liegt in der ausgeprägten nordatlantischen Ethnozentrik dieser Fachgebiete und ihrer Vertreter. Während klinische Versorgung und Laborforschung in Europa und Nordamerika mit der in Ostasien oder Südamerika weitgehende Ähnlichkeiten aufweisen und über Publikationen und Kongresse in engstem Austausch stehen, sind Geschichte, Ethik, Soziologie und Psychologie als stärker auf bestimmte Gesellschaften bezogene Fächer eher national oder in Sprachräumen organisiert. Das zeigt sich auch in der großen Bedeutung von anderen Sprachen als dem Englischen in den Fachorganen und bedeutet für den deutschen Sprachraum mit seiner geringen globalen Rezeption eine spürbare Einengung. Die insgesamt weniger ausgeprägte Globalität dieser Fachdiskurse grenzt damit soziale und kulturelle Entwicklungen in Lateinamerika, Afrika, Asien oder Ozeanien systematisch aus.

### **Zielkonflikte: Die Anliegen der Kulturwissenschaft und die Wünsche der Medizin**

Eine generelle Schwierigkeit von Grundlagen- und Reflexionswissenschaften in der Medizin ist die grundsätzliche Ausrichtung auf Erkenntnis bei der Wissenschaft und auf Handeln bei der Medizin. Der Philosoph und Arzt Wolfgang Wieland hat diese Spannungen, mit Verweis auf die aristotelische Unterscheidung von Theoria, Poiesis und Praxis, mit dem Unterschied zwischen theoretischen, angewandten und praktischen Wissenschaften erklärt (WIELAND 2014).

Was Entscheidungsträger auf allen Ebenen suchen, sind nicht weitere Reflexionen, es ist Komplexitätsreduktion und nicht -steigerung. Bei der Ethnomedizin gehört es zur Selbstachtung, dass

sie sich einfachen Antwortversuchen entzieht. Andere Fachgebiete in der Medizin wirken hier hilfreicher, überdecken dabei aber eben auch allzu leicht die nicht zu leugnende letzte Differenz zwischen Theorie, Anwendung und Praxis. Naturwissenschaftliche und klinische Fächer in der Medizin können die ärztliche Diagnose- und Indikationsstellung zwar erheblich verbessern und absichern, aber nicht ersetzen. Ethik kann Argumente prüfen und sogar bewerten, aber nicht an Stelle der moralischen Entscheidung treten. Genauso kann Ethnomedizin nicht sagen, wie eine Patientin mit Migrationsgeschichte zu behandeln oder ein Dorfgesundheitsprojekt umzusetzen ist, aber die jeweiligen Entscheidungsprozesse informieren und so zumeist besser machen.

Dadurch, dass ethnographische Forschung – vor ihrem Gang ins Labor in den frühen *laboratory studies* (LATOURE & WOOLGAR 1986) und späteren *cultural studies of science* oder *science and technology studies* – zumeist Behandlungssituationen erforscht hat, z. B. Entscheidungsprozesse zwischen Therapieoptionen (JANZEN 1978), könnte sie sogar als besonders praxisrelevante theoretische bzw. Sozial- und Kulturwissenschaft angesehen werden. Doch die eventuelle Erwartung, durch diese Aufmerksamkeit für ärztliche Routineversorgung in komplexen Situationen in den Fächerkanon medizinischer Fakultäten zu gelangen, musste enttäuscht werden. Denn bei ihrer eigenen Konzentration auf Fortschritte der Supramaximalversorgung und klinische oder naturwissenschaftliche Forschung erwartet die Universitätsmedizin auch von geisteswissenschaftlichen Fächern in der Medizin zumeist eher die Beschäftigung mit solchen Fragen medizinischer Spezialgebiete und Wissenschaft. Erfahrungsgemäß haben in den fakultären Auswahlprozessen dann auch bei den Geisteswissenschaften in der Medizin diejenigen Themen besonders hohe Erfolgchancen, die sich nicht an allgemeiner ärztlicher Tätigkeit, sondern an medizinischen Forschungsprioritäten orientieren, also z. B. Genetik, Zell- und Molekularbiologie, klinischen Studien.

Allerdings wäre es auch wiederum irreführend, hinter den Entscheidungsprozessen, welche Fächer und Fachvertreter für medizinische Fakultäten ausgewählt werden und welche nicht, konsistente und grundsatzorientierte Reflexionsprozesse der angesprochenen Art zu ver-

muten. Insbesondere seitdem inhaltliche politische Vorgaben aus den Landesministerien durch die gestiegene Hochschulautonomie weitgehend verschwunden sind, gibt es außerhalb sehr begrenzter Teile der Forschungsförderung für die Medizin kaum einen Ort für Entscheidungen aus gesellschaftsbezogenen Überlegungen. Dass die Ethnomedizin so schlechte Chancen hat, liegt also wohl weniger an inhaltlicher Ablehnung als am Verzicht auf inhaltliche Befassung in Entscheidungsgremien. Systemtheoretisch motivierter Glaube an die Selbstregulierung in der fortschreitenden funktionalen Differenzierung und neoliberal inspiriertes Wettbewerbsdenken gehen hier auch in Wissenschaft und Medizin eine bemerkenswerte Allianz ein: Sollen doch Drittmittelinwerbungen, Studierendenströme und Arbeitsmarkt darüber entscheiden, welche Disziplin welchen Einfluss gewinnt. Dass so die Bedarfe und Bedürfnisse derjenigen ohne Marktmacht, der Verlierer in den Aufmerksamkeitsökonomien, nicht erfüllt werden können, liegt auf der Hand. Das betrifft verschiedene Gruppen in Deutschland, aber eben auch den größten Teil der Menschheit, der ja außerhalb Europas lebt.

### **Institutionelle Schwierigkeiten: Approbationsordnungen, Studienreformen und ihre Auswirkungen**

Die Schwierigkeiten der Ethnomedizin oder *Medical Anthropology*, sich an Medizinischen Fakultäten in Deutschland zu etablieren, hängen zu einem großen Teil mit der übermächtigen Steuerungsfunktion der Approbationsordnung als einer Bundesverordnung für die ärztliche Ausbildung zusammen. Fächer oder Lehrangebote, die in der Approbationsordnung eingeführt werden, erreichen zumeist über kurz oder lang entsprechende Institutionalisierungen, selbst wenn zu diesem Zeitpunkt in Bedarf, Forschungsaktivitäten oder akademischem Personal die entsprechenden Voraussetzungen auch nicht ansatzweise gegeben sind. So wurden und werden dann sehr schnell Professuren und Institute eingeführt, die schon allein durch ihre Bezeichnungen andere Entwicklungen benachbarter Gebiete abschneiden. Die für die Ethnomedizin besonders relevanten Beispiele betreffen die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in der

Approbationsordnung von 1970 (BUNDESGESETZBLATT I 1970: 1458–1478) und den Querschnittsbebereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin in der von 2002 (BUNDESGESETZBLATT I 2002: 2405–2435). Zu den inhaltlichen Fragen all dieser fünf Fächer, die in studentischen Evaluationen häufig nicht die vordersten Plätze belegen, hätte die Ethnomedizin sehr viele besonders spannende und anschauliche Themen beizutragen, die im Rahmen von freiwilligen oder Wahlpflicht-Lehrveranstaltungen Spitzenbewertungen erfahren.

Aber für die Aufnahme in die Approbationsordnung bedarf es eines erheblichen politischen oder ärztlichen Drucks, wie ihn um 1968 Psychologie und Soziologie oder um 2000 Medizinethik und etwas später Palliativmedizin entfalten konnten. Und selbst dann kann die Institutionalisierung schwach bleiben. Die Medizinische Psychologie wurde oft der Psychiatrie zugeschlagen, was die Aufnahme transkultureller Themen keineswegs förderte. Medizinethik siedelte sich zumeist in der Medizingeschichte an oder übernahm sie sogar, was einen großen Einfluss stark universalistischer statt kulturrelativer Perspektiven bedeutete. Medizinische Soziologie und Sozialmedizin werden allzu häufig durch Lehrbeauftragte unterrichtet, von deren nebenberuflicher Tätigkeit man eine Einarbeitung auch in die anspruchsvolle kulturelle Dimension kaum erwarten kann. Nur klinische Fächer mit eigenen Betten, wie die Psychosomatik und die Palliativmedizin, haben größere Chancen auf echte Eigenständigkeit. *Medical Anthropology* oder Ethnomedizin hat in Deutschland keine entsprechende Lobby und sieht sich zudem der Konkurrenz mit den genannten bereits etablierten, zumindest anteilig geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Fächern ausgesetzt. Sie wird von diesen teilweise beherbergt, wie in Medizinsoziologie und Medizingeschichte, Public Health und Medizinethik, aber wohl nur so lange, wie sie dort nicht zu erfolgreich wird.

Außerdem kommt der Schwenk von der Fächerzur Methoden- und Gegenstandsorientierung in medizinischer Lehre und Forschung der Ausbildung eines eigenen ethnomedizinischen Profils nicht gerade entgegen. Mehr und mehr Medizinstudiengänge gehen seit der Reformklausel der Approbationsordnung von 2002 nach internationalem Vorbild dazu über, dass immer weniger in auf klassische Fächer begrenzten Lehrveranstal-

tungen gelehrt wird, sondern auf bestimmte Organsysteme oder klinische Problemstellungen bezogen die verschiedenen fachlichen Perspektiven integriert werden. Wenn man in mehreren Veranstaltungen von organ- oder problembezogenem Unterricht jeweils die ethnomedizinische Perspektive einbringt, was möglich ist und ebenso erfolgreich wie aufwändig sein kann, führt das nicht zu einer hohen Sichtbarkeit als eigenes Fach.

Das gilt nicht nur für die Lehre. Auch in der Forschung schwinden fachliche Domänen, hier eher aus methodischen Gründen. Molekulargenetische Studien finden schon längst nicht mehr nur in der Humangenetik statt, weil genetische Ursachen oder Dispositionen in fast allen klinischen Fächern eigenständig gesucht werden. Intrazelluläre Signalwege sind nicht mehr nur Anliegen der Pharmakologie, sondern werden als pathogenetische Mechanismen in vielen Disziplinen erforscht. Rezeptormodelle und Immunmechanismen haben längst die Grenzen von Endokrinologie und Immunologie überschritten. Stammzellforschung hat jenseits der Zellbiologie seit Jahrzehnten auch Neurowissenschaften und Kardiologie erreicht. Ähnlich wird qualitative Sozialforschung in Form von teilnehmender Beobachtung, Tiefeninterviews mit Schlüsselinformanten und *Focus Group Discussions*, die klassische Methoden der Ethnomedizin darstellen und größtenteils von ihr aus der Ethnologie eingebracht wurden, inzwischen auch von Medizinsoziologie und Versorgungsforschung, ja sogar Palliativ- und Allgemeinmedizin angewendet. Man kann dies als überzeugende Bestätigung des ethnomedizinischen Anliegens sehen, als langsame Durchsetzung sowohl eines theoretischen „Culture-in-all“- als auch eines praktischen „Ethnography-in-all“-Ansatzes in der Medizin, als etwas, auf das man eigentlich gehofft hatte. Aber die Lorbeeren in Form von Stellen und Impact-Faktoren tragen andere davon.

Eine solche Ambiguität gilt selbst dort, wo es der Kulturbegriff in die Bezeichnung eines Unterrichtsfachs in den Gesundheitsberufen geschafft hat. Denn soll man es als Erfolg von *Medical Anthropology* ansehen, dass inzwischen an fast allen Pflegeschulen Transkulturelle Pflege gelehrt wird? Diejenigen, die das dort unterrichten, dürften sich zu einem großen Teil ebenso wenig mit Ethnologie oder Kulturanthropologie beschäftigt

haben wie die meisten Mitglieder von Klinischen Ethikkomitees oder Ethikkommissionen mit philosophischer Ethik. Es scheint jeweils eher der Gegenstand als das akademische Fach, also die methodisch-reflektierte Antwort auf den Gegenstand, entsprechende institutionelle Berücksichtigung zu finden.

### **Die Fronten der Ethnomedizin: Extreme von Reduktionismus und Relativismus**

Besonders häufig sind Initiativen zur Interdisziplinarität da, wo es um die Gefahr geht, die Vielfältigkeit des Menschen als eines biologischen, geistigen, kulturellen und sozialen Wesens einem einzelnen methodischen Reduktionismus zu unterwerfen. Die Psychoanalyse Freuds und die bereits angesprochene anthropologische Medizin Krehls und von Weizsäckers sind prominente, bis heute nachwirkende Auflehnungen gegen die Dominanz einer rein naturwissenschaftlichen Sicht des Menschen in der Medizin. Seit den 1970er Jahren kam die ethnologische – und in ihrem Gefolge auch weitere kulturwissenschaftliche – Kritik hinzu. Das ist auch deshalb bemerkenswert, weil die Tradition der europäischen Beschäftigung mit fremden Völkern seit dem späten 19. Jahrhundert durch die Fächertrias Urgeschichte, Anthropologie und Völkerkunde zu einer eher naturwissenschaftlichen Herangehensweise tendiert hatte. Doch nach ihrer Neuorientierung an Kulturbegriffen, die durch die erbbiologische Belastung der physischen Anthropologie vor 1945 befördert worden war, wurde die Ethnologie – neben Psychologie und Philosophie – zu einer weiteren Quelle akademischer Einwände gegen den naturwissenschaftlichen Reduktionismus in der Medizin.

Im Gegensatz zur psychologisch orientierten Psychoanalyse und zur philosophisch begründeten Medizinischen Anthropologie geschah dies jedoch nicht durch Introspektion in das gemeinsam Menschliche, sondern durch den Blick auf das Fremde in der Außenwelt, durch Ethnologie als „Wissenschaft vom kulturell Fremden“ (KOHLE 1993). Obwohl in beiden Fragerichtungen, nachdem innerlichen Unbewussten wie dem äußerlichen Unbekannten, die Verständnisprobleme des Unverstandenen im Vordergrund stehen, war die Ausgangssituation dennoch gänzlich gegensätzlich: Im einen Fall ging es um das Innerste,

das auch recht fremde Anteile enthalten kann, im anderen um das Äußerste, um Menschen vom Rand der wahrgenommenen Welt. Und damit fiel der ohnehin schon gefährliche Einwand gegen naturwissenschaftlichen Reduktionismus im Fall der Ethnologie zusätzlich dem Ethnozentrismus aller gesellschaftlichen Institutionen zum Opfer.

Die Ethnomedizin hat jedoch auch versucht, zumindest teilweise vom universalistischen Anspruch in Philosophie und Psychoanalyse, der zwangsläufig durch Ausblendung kultureller Eigenheiten eigene Formen von Reduktionismus ausbildet, zu profitieren oder zumindest zu lernen. Mit ihren Bezügen zur Ethnopschoanalyse hat die Ethnomedizin sich am gewagten Versuch beteiligt, durch Nutzung der Konzepte von allgemein menschlichen psychischen Phänomenen das kulturell Fremde zu erklären. Dabei kamen durch Verweis auf die häufig als entwicklungs-geschichtlich interpretierten Unterschiede auch nicht unproblematische Wertungen ins Spiel. Die aus dem 19. Jahrhundert bekannte, mit den Namen Johann Gottfried Herder und Adolf Bastian verbundene Spannung zwischen radikaler Eigenheit von Völkern und psychischer Einheit des Menschengeschlechts wiederholte sich so in den Denkfikuren des 20. Jahrhunderts auch in der Ethnomedizin. Solche universalisierenden Tendenzen führen bei Ethnologie und anderen „reinen“ Kulturwissenschaften zu Skepsis gegenüber Ethnomedizin als doch „zu medizinisch“.

Ein Resultat aus der Erkenntnis von Unzulänglichkeiten eines allzu starken Universalismus wäre die Versuchung, sich aus einem solchen universalistischen Diskurs ganz zurückzuziehen. Das kann in einem wissenschaftlich reflektierten Relativismus verschiedener Grade geschehen, kann aber auch die Extremform der Absage an eine universale wissenschaftliche Rationalität überhaupt annehmen. Eine solche zeitweilige Tendenz der Ethnomedizin zur Esoterik, die dann zu Szeptionsprozessen verschiedener Gruppen führte, hat universitärer Etablierung sicher geschadet. Nachdem esoterische Ansätze, in Form von Spekulationen, der Suche nach verborgenen Wahrheiten und von nur Initiierten zugänglichen Erkenntnissen, in der Frühen Neuzeit wichtiger Motor naturkundlicher Entdeckungen in der Medizin gewesen waren, setzte diese seit dem 19. Jahrhundert zunehmend auf Transparenz, allgemei-

ne Nachvollziehbarkeit, öffentlich zugängliche Nachweise und statistische oder anders quantifizierende Beweise. Okkultes Wissen, auf das Heilkundige in allen Erdteilen häufig setzen, wurde diskreditiert. Wo es dann einzelnen Richtungen der Ethnomedizin darum ging, solches Wissen einschließlich des gelegentlichen Einsatzes von Halluzinogenen für sich und europäische Patienten zu nutzen, war der Konflikt mit universitärer Medizin vorprogrammiert. Die Bereitschaft, Meditation, Achtsamkeitsübungen oder andere außereuropäische Psychopraktiken statistisch und neurowissenschaftlich untersuchen zu lassen, hat für Teilgebiete des boomenden Esoterik-Marktes zu Annäherungen an die Biomedizin, ja sogar zu Übernahmen z. B. in die Suchttherapie geführt. Wer sich solchen Überprüfungen, die ja im Fall der Statistik keineswegs ein naturwissenschaftliches Weltbild voraussetzen, nicht stellt, wird dafür umso stärker ausgeschlossen.

Aber selbst wer diese Extremform esoterischer Abschottung gegenüber wissenschaftlicher Rationalität vermeidet, kann Gefahr laufen, die Zuständigkeit des eigenen Ansatzes zu überschätzen und damit seine Leistungsfähigkeit zu überdehnen. Wo Ethnomedizin wirklich inter- oder transdisziplinär war, hat sie sich auch einem kulturellen oder kulturwissenschaftlichen Reduktionismus widersetzt, der aus der erkenntnistheoretischen Binsenwahrheit, dass alle Wahrnehmungen und Vorstellungen immer nur kulturell sein können, in extremer kulturrelativistischer Manier alles am Menschen auf Kultur zurückführen will. Dadurch hat sie, mit anderen Ethno-Gebieten und Bereichsethnologien, auch der Ethnologie in ihren diversen kulturalistischen Versuchen einen großen Dienst erwiesen.

### Teil der Medizin oder der Ethnologie?

Der wissenschaftliche und wissenschaftspolitische Nachteil eines so notwendigen anhaltenden interdisziplinären Schwebestands wie im Fall der Ethnomedizin sind Bedrohungen für die Professionalität, die sich entsprechend zeigten. Wenn man auf die Kritik fehlender wissenschaftlicher Standards einerseits gegenüber der Medizin argumentiert, man sei in ethnologischer Forschung nicht biomedizinischen Wirksamkeitsnachweisen und Wissensbeständen unterworfen,

und andererseits gegenüber der Ethnologie darauf verweist, dass man einen medizinischen Bedarf erfüllt, ist in solcher zweiseitiger Abschottung die wissenschaftliche Seriosität gefährdet. Aus ethnologischer Sicht fragwürdige Standards einschlägiger medizinischer Doktorarbeiten und aus ärztlicher Perspektive unhaltbare ethnologische Behauptungen über medizinische Sachverhalte waren die Folge und haben das Verhältnis nachhaltig belastet.

Es wurde das große Verdienst der Ethnomedizin, in ihren beiden Zeitschriften immer wieder deutlich sichtbar, dass sie sich trotz dieser Gefährdung der einseitigen Vereinnahmung durch eines der beiden etablierten Fachgebiete erfolgreich widersetzte. Weder eine Subdisziplin der Ethnologie, wie sie manche mit dem Begriff Medizinethnologie postulierten, noch eine völlige medizinische Verzweckung als hilfswissenschaftliche Deckung eines ärztlich formulierten Bedarfs, wie sie manche Vertreter einer *Clinical Medical Anthropology* akzeptierten, durften die inhaltsreiche Spannung dieses interdisziplinären Gebiets vorschnell auflösen. Es behielt seine prägende Kraft gerade durch die praktischen und intellektuellen Herausforderungen des jeweils anderen Gebiets.

Der hohe Professionalisierungsgrad der *US-Medical Anthropology* konnte in dieser Situation kein Vorbild sein. Denn selbst wenn man, wie Arthur Kleinman, zugleich Facharzt und promovierter Kultur- bzw. Sozialwissenschaftler war – was auch in Deutschland nicht so selten vorkam –, erlaubten die bundesdeutschen Strukturierungen der Universitäten keine ähnliche doppelte Beheimatung in den medizinischen und kulturwissenschaftlichen Teilen der Universität. Man musste sich entscheiden. Zugleich eigene ethnologische Doktoranden zu haben und ins Medizinstudium regulär eingebunden zu sein, gelang in Deutschland nicht.

So ist es nicht verwunderlich, dass der interprofessionelle Zusammenhalt der Gründungszeit auf die Dauer verloren ging. Ethnologen orientierten sich immer mehr an den strenger werdenden Standards ihres Fachs, stellten jeweils aktuelle Theoreme über praktische oder politische Fragen, zumindest an der Universität, nicht so als Gutachter, Berater und Evaluatoren in Gesundheitsprojekten und -programmen. Und der Zwang zur Quantifizierung durch die *Evidence-based Medi-*

cine (EBM) führte gesundheitswissenschaftlich Interessierte weiter weg von qualitativen Methoden der Ethnographie.

Ein Ende dieser fortschreitenden funktionalen Differenzierung, um es systemtheoretisch auszudrücken, ist nicht in Sicht. Ganz im Gegenteil gewinnen die jeweiligen Binnenlogiken an Bedeutung und nehmen die Schließungs- bzw. Exklusionsprozesse erheblich zu. So ist nicht mehr nur der persönliche fachliche Horizont in Begutachtungsverfahren zwangsläufig begrenzt, sondern es verlangen inzwischen auch die fachspezifischen Begutachtungsformen für Projektvorschläge, Zeitschriftenpublikationen und akademische Qualifikationen und Ernennungen eine stets stärkere Orientierung an den jeweiligen, immer spezielleren theoretisch-methodischen Standards. Eine medizinethnologische Qualifizierungsarbeit muss einen entscheidenden Beitrag zu kultur- und sozialanthropologischem Wissen und Denken leisten. Eine medizinische Arbeit muss auch aus Sicht von Mediziner\*innen, die sich nicht mit fremden Medizinformen beschäftigen, einen Wert besitzen.

Ein jüngster Versuch, Kultur und Medizin wieder stärker zusammenzubringen, ist die entsprechend *Lancet Commission* zu *Culture and Health* (NAPIER *et al.* 2014). Ihre Arbeit listet zahlreiche kultur- und sozialwissenschaftliche Studienergebnisse auf, die eine Relevanz entsprechender Forschung für wichtige Gesundheitsfragen belegen. Ganz abgesehen davon, dass das breite Spektrum dieser Studien weit über das hinausgeht, was die deutsche Ethnologie und Ethnomedizin an Themenfeldern bearbeitet, handelt es sich überwiegend um Forschungen über und zur Medizin, nicht gemeinsam mit ihr. Medizin ist zumeist Objekt, nicht gleichberechtigtes Subjekt in einem gemeinsamen, fachübergreifenden Bemühen um eine Verbesserung der Situation benachteiligter Populationen.

Ob Ethnomedizin bzw. *Clinical Anthropology* in der Medizin oder Medizinethnologie als Teilgebiet der Ethnologie führt also zwangsläufig zu sehr unterschiedlichen Erkenntnisinteressen, sollte aber mindestens im Dialog gegenseitige Bereicherung ermöglichen. Entsprechende fachpolitische Vereinnahmungsversuche und Grabenkämpfe haben nicht aufgehört, insbesondere in Zeiten neoliberal gewollter Konkurrenz um Forschungsgelder, Publikationen und Stellen sogar wieder zuge-

nommen. Als spätes Erbe wissenschaftssystematischer Versuche des 19. Jahrhunderts sollten sie jedoch solchen vergangenen autoritären Zeiten angehören, als Hierarchien wichtiger als Problemlösungen waren. Insofern ist es uneingeschränkt zu begrüßen, dass sich Ethnomedizin nie zum Fach verfestigt hat, sondern interdisziplinäres Gebiet zwischen Medizin und Ethnologie bzw. Kultur- und Sozialanthropologie, d. h. zwischen klinischen, psychologischen, gesundheits-, natur-, sozial- und kulturwissenschaftlichen Ansätzen geblieben ist. Hoffentlich lernt das gleich zu behandelnde Gebiet Global Health, bei dem sich derzeit als "Global Public Health" eine Tendenz zu universal vergleichender Epidemiologie als dominierendem Anspruch abzeichnet, von dieser Offenheit der deutlich kleineren Ethnomedizin.

### Verpasste Chancen

„Verpasste Chancen“ als letzter Teil dieses insgesamt leicht resignativen Überblicks meint beide Seiten, nämlich dass die Ethnomedizin eventuelle Möglichkeiten ihrer stärkeren Berücksichtigung und Institutionalisierung nicht ergriffen hat und dass die entsprechenden Diskurse durch mangelnde Einbeziehung der Ethnomedizin wesentliche Möglichkeiten vergeben. Von der Öffnung der damaligen medizinischen Entwicklungshilfe über Tropenmedizin hinaus, an der in den 1970er Jahren Ekkehard Schröder in den Heidelberger Vorbereitungskursen maßgeblich beteiligt war, kann man sagen, dass sie von der Ethnomedizin wahrscheinlich bestmöglich, wenngleich vielleicht nicht zu ihrer vollen Befriedigung genutzt wurde. Hingegen muss das Urteil zur ethnomedizinischen Beschäftigung mit der zeitgleichen Arbeitsmigration nach Deutschland wohl weniger positiv ausfallen. Eine bemerkenswerte Aufwertung erfuhren diese beiden geographisch verschiedenen großen Themenfelder der Ethnomedizin, also vereinfachend gesagt außereuropäische Indigenen- und innereuropäische Migrant\*innen-Gesundheit, an Medizinischen Fakultäten und darüber hinaus im Gesundheitsbereich durch zwei in Deutschland zeitlich koinzidierende Entwicklungen: Den Transfer der in den USA so starken Global Health-Bewegung in den deutschen Sprachraum seit etwa 2010 und der großen Zahlen von Geflüchteten in Europa seit 2014/15,

die diesmal beide nicht zu einem ähnlichen ethnomedizinischen Aufschwung wie in den 1970er Jahren führten. Alle diese drei nicht optimal genutzten und gewährten Chancen für die Ethnomedizin sollen die folgenden Abschnitte ansprechen.

### **Verpasste Chancen I: Arbeitsmigration und Patientenperspektiven**

Die Gesundheitsversorgung von Migranten, damals vor allem von Arbeitsmigranten und ihren Familien, war schon seit den 1970er Jahren in verschiedenen Publikationen und Tagungen ein Thema der Ethnomedizin, als fast alle anderen Gebiete der Medizin hier noch allenfalls eine sprachliche Problematik sahen. Auch bei anderen Patientengruppen galten deren Krankheitsauffassungen als irrelevant für den Behandlungsprozess, lediglich einzelne Aspekte von Krankheitsverhalten wurden als Störung der Compliance wahrgenommen. Obwohl ethnomedizinische Lehrinhalte damals durch ihre Integration in die Entwicklungshelferausbildung und in einzelne medizinische Fakultäten und Gruppen die Gesundheitsberufe vereinzelt, aber zunehmend erreichen konnten, ist schwer zu sagen, inwieweit sie damit allgemeine Anstöße dazu gaben, die vom Arzt abweichende Patientenperspektive stärker zu berücksichtigen. Schließlich wiesen etwa zeitgleich auch medizinsoziologische und -psychologische, psychosomatische und -therapeutische Ansätze in dieselbe Richtung. Ethnomedizin war damit auf jeden Fall auch Teil einer Reformbewegung der medizinischen Versorgung und Ausbildung, die langfristig einflussreich wurde, aber die Arzt-Patient-Differenz selten als kulturelle thematisierte.

Selbst im Hinblick auf die Bevölkerungsteile, die von ihrer jüngeren Migrationsgeschichte erkennbar geprägt wurden, schaffte es die Ethnomedizin nicht, in einem breiten medizinischen Bewusstsein drängende Fragen fehlender oder falscher Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen als solche von Kultur zu etablieren. Dabei war die Fremdheitserfahrung durchaus auf beiden Seiten gegeben und auch verbal präsent. Sie wurde aber angesichts geringer ökonomischer Verteilungskonflikte bei allgemein wachsendem Wohlstand vergleichsweise selten zum Ausgangspunkt schwerer Auseinandersetzungen. Vielleicht war auch in Medizin und Ge-

samtgesellschaft die latent rassistische Rede von der „Mentalität“ noch immer zu stark, als dass sich ein überwiegend auf Sozialisation oder Enkulturation abzielendes Verständnis von Verhaltens- und Kommunikationsunterschieden durchsetzen konnte. Schließlich hatten in jenen Jahren auch internationale bzw. international tätige Konzerne große Probleme, die nicht zu leugnenden Unterschiede der Umgangsformen und Arbeitsstile in ihren verschiedenen Ländern auf erlernte und damit bis zu einem gewissen Grade auch lehr- und lernbare Wahrnehmungs-, Empfindens-, Denk- und Verhaltensweisen zurückzuführen. Aber während hier insbesondere in den USA *Anthropologists* eine gewisse Deutungshoheit erlangten, fehlte in Deutschland außerhalb der Entwicklungshilfe eine solche praktische Rolle akademischer Ethnologie noch weitgehend. Im Gegensatz zu Nordamerika und den Kolonialnationen der letzten Stunde verstand sich Deutschland nicht als Einwanderungsland, so dass Fragen ethnischer oder kultureller Differenz keine gesamtgesellschaftliche Bedeutung beigemessen wurde. Nach dem Scheitern von Multikulti mit dem Entstehen von Parallelgesellschaften, religiös-fundamentalistischen und neonationalistischen Strömungen bedauern dies manche rückblickend, andere sehen sich bestätigt.

### **Verpasste Chancen II: Geflüchtete und Verknappung im Gesundheitswesen**

Schon ein paar Jahrzehnte später änderte sich die Migration. Die Mehrheit kam nicht mehr als angeworbene Arbeitskräfte, sondern noch ohne deutschen Arbeitsplatz aufgrund ihrer als aussichtslos eingeschätzten Situation im Heimat- oder Herkunftsland. In den Zeiten verknappter Ressourcen nach dem Fall der Mauer und ökonomischer Globalisierung kam dadurch in einigen Bevölkerungskreisen zusätzlich zu kultureller Fremdheit das Gefühl von Konkurrenz oder sogar Benachteiligung. Damit verschoben sich auch die politisch gewünschten Fragestellungen für die Wissenschaft. Sozialwissenschaftliche Forschung muss im heutigen gesellschaftlichen Klima auch nachweisen, dass eine weitgehende Regelversorgung von Asylsuchenden die mittelfristig kostengünstigere Alternative darstellt (BOZORGHMER & RAZUM 2014) und dass die Berücksichtigung kultureller

Differenz nicht nur effektivere, sondern auch kosteneffizientere Behandlung ermöglicht.

So ist der ursprüngliche qualitative Forschungsansatz der Ethnomedizin von Vornher ein im Nachteil. Wenn es vorwiegend darum geht, welche Interventionen die effektivsten und effizientesten sind, besteht wenig Nachfrage nach zusätzlichen Perspektiven. In dieser Situation, in der verbesserte Versorgung per se kein genügendes Motiv für die Politik und damit für die öffentliche Förderung von Forschung mehr darstellt, bietet ein menschenrechtlicher Ansatz neue Orientierung. Wenn eine bestimmte diskriminierende Maßnahme, die zu gesundheitlicher Benachteiligung führt, eine Menschenrechtsverletzung darstellt, ist das eine ganz andere Argumentationsgrundlage als der bloße Hinweis auf ja fast überall gegebene Möglichkeiten der Verbesserung von Gesundheit. Insofern passt es in die Zeit, dass international im Jahr 2000 das schon lange verbürgte und völkerrechtlich vereinbarte Menschenrecht auf Gesundheit seine entscheidende Operationalisierung erfuhr. In diesem ebenfalls völkerrechtlichen Dokument, dem *General Comment* Nr. 14 von 2000, gehört zu den Bestimmungen, dass Gesundheitsversorgung nicht nur physisch erreichbar und finanziell erschwinglich, sondern auch kulturell akzeptabel sein müsse – respektvoll gegenüber der Kultur von Individuen, Minderheiten und Gruppen.

Mit der konkreten Ausgestaltung dieser Vorgaben tut man sich jedoch außerhalb von Pilotprojekten schwer. Es hat einige Einflussmöglichkeiten für ethnologisch Informierte und Ausgebildete gegeben, in der klinischen und Organisationsberatung im Krankenhaus, in einzelnen Veranstaltungen und Gremien der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, in der Mitwirkung an allgemeinen Empfehlungen und haus- oder trägerinternen Leitlinien. Entsprechende überregionale Arbeitsgruppen und Initiativen fanden sich in so unterschiedlichen Gruppen wie gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten, deutschem Ethikrat, vielen Landesärztekammern, medizinischen Fachgesellschaften und Gesundheitseinrichtungen, den Akademien der Wissenschaften (LEOPOLDINA *et al.* 2015), der Akademie für Ethik in der Medizin (GRÜTZMANN *et al.* 2014) oder der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (MEWS *et al.* 2018). Aber ein Gesprächszusammenhang,

der auch nur entfernt der developmentpolitisch angeregten Gründungsphase von AGEM und ihren Zeitschriften *Ethnomedizin* und *Curare* entspräche, kam nicht mehr zustande. Der migrationspolitisch bedingte Diskurs zur Gesundheit ist hochgradig polyzentrisch, wo überhaupt vernetzt eher über Personen als über Strukturen und durch keine prominenten Knotenpunkte geprägt. Insofern wäre eine zusammenführende Zeitschrift wie damals *Curare* dringender denn je. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass dies in der heutigen disziplinären Zersplitterung und Konkurrenz überhaupt möglich wäre.

### Verpasste Chancen III: Global Health

Als sich in einem komplexen Wechselverhältnis mit der Politik nordamerikanische Universitäten dem neuen Konzept *Global Health* zu widmen begannen, war die *Medical Anthropology* ein wesentlicher Ausgangspunkt. Ganze Lehrbücher und grundständige Studiengänge entstanden durch *Medical Anthropologists*, darunter viele der führenden wie Arthur Kleinman, Paul Farmer und Mark Nichter. Es handelte sich dabei aber nicht nur um alten Wein, nämlich die bisherigen Themen, in neuen Schläuchen, sondern auch um eine neue Auseinandersetzung mit den veränderten Rahmenbedingungen, so nicht zuletzt den neuen globalen Gesundheitsprogrammen.

Auch in deutschen medizinischen Fakultäten wurde dieser Anstoß aus Nordamerika in der fakultativen studentischen Lehre aufgenommen. Einen gewissen Rückenwind erfährt dies durch die neue Aufmerksamkeit der deutschen Politik für dieses Themenfeld, wenngleich die eher idealistischen Motive der Medizinstudierenden und von ihnen begeisterten Lehrenden für globale *Health Equity* mit den realpolitischen Argumentationen zu Pandemiegefahren, Antibiotikaresistenzen und Fluchtursachenbekämpfung nur begrenzte Überschneidungen aufweisen. Allerdings erfolgt, trotz ihrer Erwähnung in den studentischen Forderungen zu den Unterrichtsinhalten, die Global Health-Lehre nur an wenigen Orten mit expliziter Nennung der „Ethnomedizin“ oder „Medical Anthropology“, sofern diese nämlich in Medizingeschichte oder -soziologie ihre bescheidene Verortung gefunden hat. Der (medizin-) ethnologische Fachdiskurs spielt sich weitgehend

unabhängig von diesen Entwicklungen innerhalb der Medizin ab.

Die deutschen Versuche der Etablierung von Global Health-Lehre in der Medizin zeigten außerdem noch einmal besonders deutlich die traditionelle Vernachlässigung interdisziplinärer Zusammenhänge. Zwischen den verschiedenen global oder auf den Globalen Süden ausgerichteten Gebieten, nämlich Tropenmedizin oder Infektiologie auf der einen und *Medical Anthropology* auf der anderen Seite, gab es kaum Arbeitsbeziehungen. Zu unterschiedlich waren die vorwiegend zell- und molekularbiologischen Methoden im Labor von den Erfahrungen „im Feld“ geworden. Nicht einmal mehr diese früheren Gemeinsamkeiten der längeren Arbeit unter den zugleich eingeschränkten und anregenden Bedingungen von Ländern des Globalen Südens teilen die verschiedenen Fachgebiete heute.

## Schluss und Schlüsse

Kann es also noch Orte geben, wo die methodisch und inhaltlich sehr verschiedenen wissenschaftlichen Gebiete, die sich um die Verbesserung der Gesundheit global bemühen, zusammenkommen? Muss die Ethnomedizin der Gründerjahre für uns Heutige als ähnliches, nicht-wiederholbares Goldenes Zeitalter wirken, wie es der Schamanismus für manche derjenigen ist, die der verlorenen Einheit von Religion und Medizin in dieser zugleich vorzeitlichen als auch kulturell fernen Figur eines Heilers nachtrauern? Bleibt die zunehmende Entfernung zwischen den Fächern durch unaufhaltsame Spezialisierung der Preis der Moderne für gesteigerte Leistungen in Form von Lebenserhaltung oder theoretisch anspruchsvoller Selbstvergewisserung?

Ja und Nein. Die – im Sinne von breiter Rezeption und damit akademischem Einfluss – bedeutendsten Beiträge zu Medizin und Ethnologie werden Vertreter eines interdisziplinären Feldes kaum leisten. Schon die gewöhnliche akademische Karriere verlangt entsprechende Fokussierung. Deshalb kann es sehr wohl sein, dass die wahren Brückenbauer, die authentische Bürger beider Welten sind, nicht zu vollen universitären Würden gelangen. Das hat schon Joachim Sterly vorgelebt. Und damit sind wir auch wieder beim Lebenswerk von Ekkehard Schröder.

Denn bei dieser Frage nach Orten breiter Interdisziplinarität kommt man unweigerlich auf die *Curare*. Sie hat als einer von ganz wenigen Diskursorten die heute unter dem Schlagwort Global Health angesprochene thematische Breite aufrechterhalten. Neben stärker kulturwissenschaftlichen und ethnographischen Beiträgen hat es immer auch Perspektiven aus Public Health und klinischer Medizin gegeben, die sich den Herausforderungen von Nord-Süd-Differenzen stellten (FINGER 2017).

Vielleicht ist es also für die Überlebensfragen des Globalen Südens und die existenziellen Fragen kulturell Verunsicherter im Globalen Norden kein Nachteil, dass sich Ethnomedizin nicht mit den zwangsläufigen Einseitigkeiten professionalisierte, sondern Vielfalt bewahrte.

## Literatur

- ADAMS V. (ed) 2016. *Metrics: What Counts in Global Health*. Durham/London: Duke University Press.
- BOZORGMETR K. & RAZUM O. 2015. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 10, 7: e0131483.
- BRUCHHAUSEN W. 2010. *Abschied von Hippokrates? Historische Argumentationen in der bioethischen Kritik am ärztlichen Ethos*. In BRUCHHAUSEN W. & HOFER H. G. (Hg) 2010. *Ärztliches Ethos im Kontext. Historische, phänomenologische und didaktische Analysen*. Göttingen: V&R unipress: 75–98.
- 2011. Medical Humanities in Deutschland – komplementäre und kritische Beiträge zur Medizin. *Bioethica Forum. Schweizerische Zeitschrift für Biomedizinische Ethik* 4, 4: 135–142.
- BUNDESGESETZBLATT I 1970: *Approbationsordnung für Ärzte*. Bonn: Bundesanzeiger Verlag GmbH: 1458–1478.
- BUNDESGESETZBLATT I 2002: *Approbationsordnung für Ärzte*. Bonn: Bundesanzeiger Verlag GmbH: 2405–2435.
- FINGER R. 2017. Rückblick und neue Standortbestimmung der „Operativen Medizin“ in sogenannten Entwicklungsländern im Kontext der heutigen Global Health Care Agenda. *Curare* 40, 4: 322–328.
- GRÜTZMANN T., PETERS T., BRUCHHAUSEN W., COORS M., JACOBS F., KÄELIN L., KNIPPER M., KRESSING F. & NEITZKE G. 2014. Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin* 26, 1: 65–75.
- JANZEN J. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. (Comparative Studies in Health Systems and Medical Care 1). Berkeley, CA: University of California Press.
- KOHL K.-H. 1993. *Ethnologie – die Wissenschaft vom kulturell Fremden: eine Einführung*. München: Beck.

- LATOUR B. & WOOLGAR S. 1986. *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- LEOPOLDINA, ACATECH, UNION DER AKADEMIEN DER WISSENSCHAFT 2015. Kurz-Stellungnahme, 15.10.2015, Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2015\\_Gesundheit\\_Asylsuchende\\_01.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf)
- LEVEN K. H. 2008. *Geschichte der Medizin: Von der Antike bis zur Gegenwart*. München: C. H. Beck.
- MEWS C. et al. 2018. Kulturelle Kompetenz und Global Health: Perspektiven für die medizinische Ausbildung – Positionspapier des GMA-Ausschusses Kulturelle Kompetenz und Global Health. *GMS Journal for Medical Education* 35, 3: Doc28. doi: 10.3205/zma001174.
- NAPIER et al. 2014. Culture and Health. *The Lancet*, 384, 9954: 1607–1639.
- WIELAND W. 2014. *Medizin als praktische Wissenschaft (Verunft und Normativität 9)*. Hildesheim: Olms.

## Die Seele zum Laufen bringen

CLAUS DEIMEL

*Die Rarámuri der Sierra Tarahumara im nordmexikanischen Bundesstaat Chihuahua sind bekannt als große Langläufer und ausdauernde Kämpfer für ihre soziale Organisation. Laufen ist hier mehr als nur Sport, es ist eine Art zu leben und das Mysterium von Leben und Tod zu zelebrieren. Um sich von einer oder einem Toten zu verabschieden, bringen sie deren Seele in einem rituellen Lauf nach „oben“, in den Himmel, wo sich die Ahnen versammeln sollen als Beobachter einer authentischen Tradition und ihrer Schwierigkeiten zu überleben. Dieser Text fasst die Überlieferungen über den Tod in der nordöstlichen Region der Sierra Tarahumara zusammen.*

Ich begann zu weinen als ich die Kirche „Unsere Frau des Lichts am Ort des Weinens“ betrat, denn heute früh war mein Freund gestorben. Sein Körper, eingewickelt in eine einfache Decke, lag nun hier vor dem Kreuz. Die Tränen flossen, und als ich mich umsah und all die Menschen sah, die um mich herumstanden, war ich der einzige, der weinte. Die Familie und die Nachbarn meines Freundes zeigten in diesem Moment ihre Trauer nicht. „Man muss nicht weinen, denn wir gehen natürlich alle nach oben in den Himmel. Es ist unsinnig zu weinen, der Tod ist doch jeden Tag bei uns!“, sagten sie mit voller Überzeugung.

Nach diesen Worten begruben wir meinen Freund. Wir legten einen Beutel mit *pinole* (einer Maisspeise) und eine Cola neben seinen Körper unten ins Grab („damit die Seele auf ihrer Reise etwas Proviant hat“). Als es dann zugeschüttet war, errichteten wir ein kleines Kreuz, über das wir das Kopfband des Toten banden. Unter das Kreuz legten wir zwei seiner Gürtel und seine Schuhe („damit er gut läuft“). Dann sprach ein Nachbar ein paar Abschiedsworte, die mir völlig unsentimental erschienen. Als wir daraufhin den Friedhof verließen, sagte ein Verwandter meines Freundes, dass man nun nie mehr zum Grab kommen würde, um hier zu trauern, und dieses Grab mit

den Jahren in der Felslandschaft der Sierra Tarahumara verschwinden, sozusagen in ihr aufgehen würde.

„So ist eben unser Leben“, sagten sie mir mit einem lustigen Unterton. „Bereite Dich lieber auf das Totenfest vor, wenn wir die Seele zum Laufen bringen und Du ein großes und zwar ziemlich teures Essen geben musst!“ Und sie fügten hinzu: „Wer bei uns seinen Reichtum umverteilt, ist eine angesehene Person, nicht aber die, die ihn versteckt!“

„Die Seelen der Toten vereinigen sich im Himmel mit unseren Vorfahren“, hieß es weiter, „und eben diese Vorfahren sind für uns wie ein Spiegel von Leben und Tod.“ Wer noch lebt, muss die tote Seele mit einem Fest bis nach „oben“ begleiten. Um also die Seele zum Laufen zu bringen, besucht die Gemeinschaft das Totenfest.

Das Laufen an sich ist übrigens ein prinzipielles Thema der Rarámuri, deren Name „die Fußläufer“ bedeutet. Sollte die Seele in ihrem letzten Lauf den Himmel aber nicht erreichen, würde sie marodierend auf der Erde bleiben und Krankheiten erzeugen, wofür mehrere Phänomene sprechen würden: Lichter in der Nacht, leuchtende Nachtvögel, auch verstreute seltsame Steine, die wie vergessen herumliegen ... Solche natürlichen Phänomene ließen es nicht zu, dass die Seele nach oben zu den Vorfahren laufe, hieß es weiter, und dann sagten sie noch, dass sie eine Rückkehr des Toten keinesfalls wünschen würden und man seiner Seele deshalb mit einer Art Hostie Nahrung gäbe, damit man sie sozusagen endlich los werde.

Totenfeste sind immer große Umverteilungen von Speisen. Vor allem soll das Maisbier *batári* ausgeschrieben werden, ein leichtes, selbstgebräutes Bier, das in der Regel in großen Mengen getrunken wird. Unter dem Einfluss dieses unter Rarámuri berühmten traditionellen Biers tanzt die Festgemeinschaft aus dem Haus des Toten hinaus und ruft „adios ba iwgame“ („Und tschüss die



**Abb. 1** Mit einer Hostie (*meke*) wird das Böse geheilt und die Seele ernährt. (Foto: CLAUS DEIMEL)

Seele“). Feste dieser Art sind in der Regel friedlich (obwohl es auch gegenteilige Berichte gibt), vor allem wirkten sie auf mich fröhlich und voller Humor. Gegenstände, die der Tote besaß, z. B. Fotografien, werden bei dem Tanz zur Verabschiedung der Seele in die Luft geworfen. Und die Jugend, Mädchen und Jungen, demonstrieren einen kurzen Wettlauf, um der Seele „nach oben“ zu helfen.

Die Rarámuri, die ich kenne, möchten noch das Folgende mitteilen: „Wir tanzen und laufen, um die Seele in den Himmel zu bringen, und das

tun wir viele Male im Jahr. Es gibt bei uns keinen speziellen Feiertag für die Toten, denn für uns sind viele Tage im Jahr ein Totentag. In diesem Bewusstsein praktizieren wir eine lebendige und freundliche Gemeinschaft. Wir möchten unsere Gesellschaft der Verteilung und der angestrebten Gleichheit erhalten und kämpfen für die Einhaltung der Gesetze und der Versprechungen, die man uns seit Jahrhunderten macht. Wir sind eben Rarámuri: arm an Geld und reich an Seele und Leben. Matétera ba (Danke Gott)!“

## Ekkehard Schröder, mein Freund und Weggefährte

Was ich ihm seit 50 Jahren verdanke

HANS JOCHEN DIESFELD

*Wer kann sich schon über fünfzig Jahre eines treuen Weggefährten und Freundes glücklich schätzen?*

Lieber Ekkehard,

Dir hierfür anlässlich Deines 75. Geburtstages auf diesem Weg Dank zu sagen, ist mir ein großes Anliegen. Der Beginn dieses langen Weges liegt in Heidelberg in den berühmt-berüchtigten 68er Jahren.

DU warst 1970 von Kiel nach Heidelberg gekommen, um in der Mühlmann-Tradition Ethnologie und Soziologie zu studieren und hast im Doppelstudium Medizin studiert und 1973 mit dem Staatsexamen abgeschlossen (HALLER 2009).

ICH war gerade nach meiner Habilitation 1969 und von einem Forschungsaufenthalt 1969/70 in Indien nach Heidelberg zurückgekehrt.

DU hast Dich sehr intensiv in dem Grenzgebiet zwischen Ethnologie, Soziologie und Medizin bewegt.

ICH saß in einer Zwickmühle, die unser Weggefährte Wolfgang Bichmann eindrucksvoll beschrieben hat (BICHMANN 2018).

Als Kliniker „aus dem Busch“, in vielerlei Hinsicht, in London 1965/66 konvertiert zu Public Health, am „Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen“ gelandet, in einer mir fremden Universitätslandschaft, medizinische Fakultät einerseits, Südasiens-Institut andererseits musste ich meine Daseinsberechtigung erst finden. Ich musste mich um ein Konzept zur Erfüllung meiner Lehrverpflichtungen bemühen. Die Frage war nicht nur: „Was soll Tropenmedizin in den Un-Tropen?“

Mein traditionelles schulmedizinisches Weltbild, das bereits in Äthiopien reichlich erschüttert wurde, war in London gänzlich zu Bruch gegangen. Als Neuling in Heidelberg begegnete ich Studenten der 68er Generation, die sich erstaunlicherweise sehr viel mehr und konkreter für ent-

wicklungs- und gesundheitspolitische Fragen interessierten als für Malaria und andere exotische Krankheiten. Mein Forschungskonzept im Rahmen des Instituts war inzwischen „Geomedizin“, was wir später „Gesundheits-System-Forschung“ nennen werden (DIESFELD 2012), also: wie werden Gesundheit und Krankheit durch die Lebensumstände im weitesten Sinn des Wortes bestimmt? Später stieß ich darauf, dass dies bereits Rudolf Virchow, der Ur-Vater von Public Health, schon 1848, also vor 170 Jahren festgestellt und beschrieben hat (ACKERKNECHT 1957).

Unter diesem Aspekt baute ich ab 1969 die Seminarreihe „Medizin in Entwicklungsländern“ auf, und hier kommst Du, Ekkehard, ins Spiel als einer meiner ersten Medizinstudenten. Mit Deinem ethnologisch-soziologisch geschärften Hintergrund warst Du die treibende Kraft, die sich systematisch und mit wissenschaftlichem Ernst der Organisation dieses Seminars widmete, einer für mich völlig neuen Dozenten-Studenten-Interaktion. Du wirktest auch „mäßigend“ auf die oft überschäumende Diskussions- und Kritikfreudigkeit der Studenten ein. Das ging so weit, dass Du gelegentlich dafür sorgtest, dass wir unter den chaotischen Verhältnissen im 68er Aufruhr unsere abendlichen Seminarveranstaltungen an einem „sicheren Ort“ durchführen konnten. Nach und nach kamen mehr und mehr Studenten zu uns, der Kreis wurde immer interessanter und auch intimer. Dies war der Beginn einer jahrelangen fruchtbaren Zusammenarbeit. Hier entstand eine konzeptionelle Wechselwirkung zwischen dem, was ich aus „Tropenmedizin“ neu gestalten wollte und dem, was Du als „Neue Ethnomedizin“ entwickeln wolltest (Anhang 1).

Die damalige „Schlüssel-Literatur“ hierzu, die ich zum Teil schon für mich in London entdeckt hatte und die vor allem bei unseren Studenten kursierte, von Autoren wie etwa Maurice King, Gunnar Myrdal, den Meadows und dem Club of

Rome, Paulo Freire und Ivan Illich bis Claude Lévy-Strauss und anderen wurde zu Rate gezogen. Eine Liste ist hierzu angefügt (Anhang 2). Die Studenten schlugen Themen vor, die dem Zeitgeist einer kritischen Medizin geschuldet waren und die dann von mir als Seminarbeiträge ausgearbeitet und zur Diskussion gestellt wurden. Die „Geister, die wir riefen“, wurden wir nicht mehr los.

Aus diesen Anfängen entwickelte sich über die nächsten dreißig Jahre bis zu meiner Emeritierung 1997 eine eigenständige studentische Seminarveranstaltung, mit wechselnden und aktuellen Themen zur internationalen Gesundheitsproblematik. Anlässlich einer Feier zum fünfzigjährigen Bestehens des Instituts (und meines achtzigsten Geburtstags) im Jahr 2012 konnte ich die letzten von mir gesammelten studentischen Seminar-Mitschriften aus dem Jahr 1997 der aktuellen Studentengruppe, die heute bei *Universities Allied for Essential Medicines* (UAEM 2006) organisiert ist, als Nachlass überreichen. Dieses Modul „Medizin in Entwicklungsländern“, alternativ oder auch ergänzend zu „Tropenmedizin“, wurde dann auch das Format für den 1974 eingeführten Vorbereitungskurs für Entwicklungshelfer im Gesundheitsbereich, den sog. EH-Kurs, dem Du, Ekkehard, ab 1976 bis 1978 als Kursassistent seine ganz spezielle Note gabst.

Wolfgang Bichmann hat diese Periode unserer Zusammenarbeit in seinem Beitrag zu dieser Festschrift sehr eindrücklich beschrieben. Insbesondere das von Dir entwickelte „Ringbuch“ genannte Kurs-Handbuch als Loseblattsystem war ein absoluter Renner (DIESFELD & SCHRÖDER 1978). Die Nachfolge-Ausgaben wurden von den jeweils verantwortlichen Kursleiter/innen bearbeitet und zusammen mit ihnen herausgegeben, so zuletzt mit Siggis WOLTER (1984, 1989). Folgende Auflagen erschienen bei Springer (zuletzt 2001) mit Gerd FALKENHORST, Oliver RAZUM und Dieter HAMPEL. Durch ihre inhaltliche und formale Weiterentwicklung wurde Deine ursprüngliche Idee über die Jahrzehnte hinweg zu einem Klassiker der gesundheitswissenschaftlichen Literatur. Im deutschen Sprachraum gab es dazu keine Parallele, bis von der folgenden Wissenschaftlergeneration neue Publikationen im gleichen Geist entstanden (RAZUM, ZEEB & LAASER 2006; RAZUM, ZEEB, MÜLLER & JAHN 2014).

Mitte der 1970er Jahre kam international Be-

wegung in das entwicklungs- und gesundheitspolitische Konzept. Es tauchten Fragen auf, die das traditionelle Modell westlicher Medizin in Frage stellten, insbesondere bei ihrem unreflektierten Export in nicht-westliche Kulturen. Menschenrechte, Recht auf Gesundheit, die Grundbedürfnis-Diskussion fanden breiten Raum. Daraus entwickelte sich die Frage, wie deutsche bzw. in Deutschland ausgebildete und sozialisierte Mediziner/innen sich auf ihren Einsatz in Entwicklungsländern vorbereiten sollten. Hierfür gab es außer dem klassischen Tropenkurs am Hamburger Tropeninstitut kein umfassendes fachliches Vorbereitungsprogramm für Gesundheitspersonal im Unterschied zu den Agrarleuten. Ich bot an, an unserem Universitätsinstitut unter dem Motto der Freiheit von Forschung und Lehre ein entsprechendes Programm zu entwerfen.

Hieraus ergaben sich Diskussionsrunden im Tübinger Missionsärztlichen Institut mit Martin Scheel und Aart van Soest oder Arnold Radtke von Misereor. Dadurch kam ich in Kontakt mit den damals treibenden Geistern der „Christian Medical Commission“ des Weltkirchenrats und der WHO, Maurice King, und David Morley, die ich schon aus meiner Londoner Zeit kannte, ebenso wie Halfdan Mahler, dem damaligen Generaldirektor der WHO, Kenneth Newell, J. H. Hellberg, F. M. Shattock, John Bryant, David Werner u. a. Sie stellten die Rolle der westlichen Medizin und ihr Konzept medizinischer Versorgung in Entwicklungsländern auf den Kopf. Das alles geschah in der interdisziplinären Herausforderung des Südasiens-Instituts, in der sich die Medizin gegenüber den Kulturwissenschaften rechtfertigen musste, was sehr viel Aufruhr in einem Internistenkopf verursachte.

Es waren die Jahre, in denen durch die *Christian Medical Commission* des Weltrates der Kirchen mit der WHO die Grundlagen für das 1978 formulierte Primary Health Care Konzept gebildet wurden. Wir waren aber diesem Datum um fünf Jahre voraus (DIESFELD & KRÖGER 1974). Die Anfangsjahre in Heidelberg stellten für uns alle, die sich damals dafür interessierten, sowie für das zukünftige Konzept des Instituts, für unsere Sichtweise einer globalen Gesundheit (wie man heute sagt) und besonders für die Ethnomedizin, einen Paradigmenwechsel dar. Wir hatten damals das Gefühl, dass neue Wege gegangen werden muss-



**Abb. 1:** Ekkehard Schröder (Mitte mit Skripten) mit den EH-Kursteilnehmern des 6. Kurses, Februar 1977. Hintere Reihe dritter von links der Kursleiter Hans Jochen Diesfeld.

ten, vor allem in der akademischen Lehre und zur Vorbereitung auf den Arbeitseinsatz in Entwicklungsländern. Es war wohl auch mehr der „Geist der Zeit“ mit seinen Protagonisten auf der internationalen Ebene als die studentischen „Geister“ selbst, die diesen Wendepunkt markierten. Für mich bedeutete dies ebenfalls einen Paradigmenwechsel von meiner klinischen Lebensbahn zum Public Health-Generalisten. Allerdings muss ich für mich sagen, und das habe ich auch immer den Jungen gegenüber vertreten, dass die klinische Arbeit mit Patienten die Basis war, ohne die die System- und bevölkerungsbezogene Public Health-Arbeit unvollständig geblieben wäre.

Die medizinische Fakultät in Heidelberg war in dieser Zeit, auch unter dem Druck der massiven studentischen Provokationen, in der Defensiv- und für eine „Medizin in Entwicklungsländern“ im Gegensatz zu einer eurozentrischen „Tropenmedizin“ zunächst überhaupt nicht aufgeschlossen. Das Tropeninstitut Hamburg, „big brother“ der Tropenmedizin in Deutschland, beobachtete die Entwicklungen in Heidelberg mit sehr kritischen Augen, um es nachsichtig zu formulieren. Den eurozentrischen Ansatz der „deutschen Tropenmedizin“ wollte ich, wie ich es 1969 in meiner Antrittsvorlesung angekündigt hatte, in eine zeitgemäße „Medizin in den Tropen“ bzw. „Medizin in Entwicklungsländern“ umbauen (DIESFELD 1970). Die damit verbundene politische Dimension der Medizin kam bei den Kollegen, vor allem in Hamburg, einer Blasphemie gleich, fiel aber bei den

Studenten in Heidelberg auf fruchtbaren Boden und wurde auch eingefordert.

Unsere damaligen langjährigen Dekane der Medizinischen Fakultät, der Psychiater und Informatiker Prof. Herbert Immich und der Hygieniker Prof. Hans-Günter Sonntag, waren bis Ende der 1980er Jahre die Einzigen, die mit viel Verständnis für unser Ansinnen uns viele Wege geebnet haben. Ohne ihre Unterstützung hätten wir viele „Eskapaden“, vor allem die weitere Entwicklung zu einem interdisziplinären Arbeitskreis „Tropmed. Heidelberg“ (1987) und dem internationalen Public Health Masters-Studiengang ab 1992 nicht verwirklichen können.

An dieser Stelle muss auch dem Südasien-Institut Dank gezollt werden, dem wir außer der medizinischen Fakultät bis 1995 ebenso angehörten. Diese multidisziplinäre, direkt dem Rektorat unterstellte akademische Einheit sehr unterschiedlicher kulturwissenschaftlicher Disziplinen, ihrer Ordinarien, „Mittelbauern“ und Studenten, waren für einen Mediziner eine echte Herausforderung und bedeuteten eine wohltuende Alternative zu der damaligen akademischen Enge der Medizinischen Fakultät.

Durch Deine ethnologisch-ethnomedizinische Interessenlage hattest Du, Ekkehard, einen besonders guten Kontakt zum Ethnologischen Seminar, zu Beatrix Pfeleiderer, Prof. Ulla Johansen und Prof. Karl Jettmar. Unter der Ko-Schirmherrschaft des letzteren konnten wir für die unter Deinem Einfluss aufkeimende und aufblühende Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) das akademische Dach für die Arbeitstagungen bieten und die Veröffentlichung ihrer Ergebnisse ermöglichen (SCHRÖDER 1977).

Du, Ekkehard, warfst Dein „ceterum censeo“, nämlich die kulturellen Aspekte der Medizin seien zu bedenken, immer wieder in die Debatte. Du gingst in dieser Zeit schwanger mit der Frage einer „Neuen Ethnomedizin“, als Weiterentwicklung der bis dahin klassischen Ethnomedizin der Hamburger Schule unter Sterly, wobei es wohl zu heftigen Konflikten mit Deiner „progressiven“ Ethnomedizin gekommen war. Die Frage war, wie kann man eine „völkerkundlich-beobachtende“ Ethnomedizin mehr an den Bedürfnissen traditioneller Gesellschaften orientieren, im Wandel jedoch unter hoher Fremdbestimmtheit durch westliche Medizin (Anlage 3).

In Heidelberg bildete sich eine kleine Gruppe um Ekkehard Schröder, Gerhard Rudnitzki und Wulf Schiefenhövel. Dieses wissenschaftlichen und schöpferischen Lebensabschnitts von Ekkehard, der mit dem Schlüsselwort „*Curare*“ umschrieben ist, wird in dem folgenden Abschnitt gedacht.

Die Mittsiebziger Jahre waren in Heidelberg die Zeit und der Ausgangspunkt für eine neue Ethnomedizin in Deutschland – und hier war bis heute Ekkehard Schröder die treibende Kraft, das *perpetuum mobile*. Mögen die Experten über die Terminologie streiten, ob Ethnomedizin, Medical anthropology oder Medizinethnologie, wie immer sich die Fragestellungen in der jeweiligen Wissenschaftstradition und Disziplin darstellen. Für mich und für die weitere Entwicklung des Konzepts des damaligen „Instituts für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen“, heute bereits in vierter Generation und „Institute of Public Health“ genannt, steht die studentische und interdisziplinäre Auseinandersetzung der damaligen „Tropenhygiene“ mit einem neuen Paradigma am Anfang. Da ich den Grenzgang „Medizinethnologie“ für das Verständnis der Gesundheitsprobleme inzwischen für unabdingbar hielt, habe ich mich auch aus der Perspektive der Medizin in Entwicklungsländern dafür stark gemacht.

Erst im Rückblick wird mir Jahre bzw. Jahrzehnte später klar, wer wann und auf welche Weise an meiner eigenen Biographie mitgewirkt hat. Du hast hieran einen ganz entscheidenden Anteil. Das habe ich bereits zu Deinem 65. Geburtstag ausgesprochen, und ich hoffe, dass es heute, zehn Jahre später, noch einmal deutlich geworden ist. Es gilt auch für unseren Weggefährten Wolfgang Bichmann, der in dieser Festschrift unsere gemeinsame Heidelberger Zeit sehr einfühlsam beschreibt.

Dieser jahrzehntelangen fruchtbaren Freundschaft, lieber Ekkehard, kann ich immer wieder nur größte Hochachtung und Dankbarkeit entgegenbringen.

Herzliche Glückwünsche für hoffentlich noch viele kommende Jahre!

## Zitierte Literatur

- ACKERKNECHT E. H. 1957. *Rudolf Virchow: Arzt, Politiker, Anthropologe*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- BICHMANN W. 2019. *Medizin in Entwicklungsländern – aus der Heidelberger Schule* (siehe diese Festschrift).
- UAEM (Universities Allied for Essential Medicines). *Students across North America call for Universities to stop abetting access to medicines crisis in poor countries*. <http://www.consensus.essentialmedicines.org/>
- DIESFELD H. J. 1970. Die Rolle der Tropenmedizin und Tropenhygiene beim Aufbau des Gesundheitswesens in den tropischen Entwicklungsländern. (Antrittsvorlesung, gehalten am 29.10.1969 in der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg). *Medizinische Klinik* 65, 42: 1847–1851.
- 2012. From Geomedicine to Global Health, a personal view. In *Global Health in the 21st Century, celebrating 50 years of Heidelberg's contribution*. Medical Faculty Heidelberg, Sept. 13–15, 2012.
- & KRÖGER E. (eds) 1974. *Community Health and Health Motivation in South East Asia, Proceedings of an international Seminar: Foundation for International Development (DSE, Berlin) and Institute of Tropical Hygiene and Public Health, South Asia Institute, University of Heidelberg*. Wiesbaden: Franz Steiner.
- & SCHRÖDER E. (Hg) 1978. *Medizin in Entwicklungsländern* (Skriptensammlung, GTZ) Hamburg, Heidelberg, Tübingen, gefolgt von weiteren überarbeiteten Auflagen mit verschiedenen Ko-Herausgebern und Autoren, zuletzt
- & SIGGI WOLTER S. 1989 (5. Aufl.). Frankfurt am Main: Peter Lang („Handbuch ...“ ab 4. Aufl. 1984 als Band 19 der Reihe „Medizin in Entwicklungsländern“).
- , FALKENHORST G., RAZUM O. & HAMPEL D. (Hg) 1997 (2. Aufl. 2001). *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- HALLER D. 2009. German Anthropology, Interview mit Ekkehard Schröder, siehe Reprint dieses Buch, S. 59–72.
- RAZUM O., ZEEB H., & LAASER U. (Hg) 2006. *Globalisierung-Gerechtigkeit-Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Hans Huber.
- RAZUM O., ZEEB H., MÜLLER O. & JAHN A. (Hg) 2014. *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Hans Huber.
- SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs „Ethnomedizin“ in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974. Wiesbaden: Franz Steiner.

## Anhang 1

## Der Platz der „Ethnomedizin“ (Inhaltsverzeichnis Kurs-Ringbuch, 1.2 + 2.7)

A	Inhaltsverzeichnis	V
1.1.	Ökologische und sozioökonomische Merkmale und ihre Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und die ärztl. Aufgaben (Dies.)	S.1
	Inhalt zu Abschnitt 1.1., Literatur	S.2
	Bevölkerungsdynamik und Familienplanung in Entwicklungsländern (Determinanten/ Bevölkerungsstruktur u. - dynamik, S. 8/ Rolle der Medizin im Rahmen der Bevölkerungspolitik, S.12) (Dies.)	S.3-16
	Agrargeographische Aspekte der Lebensbedingungen der Bevölkerung in rohstoffarmen Entwicklungsl., dargest. an Beisp. aus Moçambique, Kenya und Uganda (Hirten/Bauern) (Hecklau)	S.17-20
	Die Bedeutung lokaler Tierhaltung und der Tierseuchenbekämpfung für die menschliche Gesundheit und Gesundheitserziehung in den Tropen und Subtropen (Thimm)	S.21-24
	Der Beitrag der Tropenhygiene zur Entwicklung des ländlichen Raumes (Krankheiten und Mangelzustände mit Einfluß auf die Produktivität/ Produktionsmethoden, die Krankheiten begünstigen) (Diesfeld)	S.25-32
	Tierhaltung in den Tropen und Subtropen (Vektor-, Boden-, Kon-taktseuchen)(Seifert)	S.33-35
	Tierhygiene - ein Abriß (mit zahlreichen Tabellen) (Seifert)	S.36-46
	Gesundheitsprobleme im Urbanisierungsprozeß in Entwicklungsländern (spezielle Berufskrankheiten/Arbeitsunfälle/Rehabilitation/Mobilität der Bevölkerung/ Wohnungsprobleme/ Literatur)(Dies.)	S.47-54
	Ökonomische Merkmale der Unterentwicklung - ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Entwicklungshilfediskussion (Stellung der Länder der 3. Welt im internat. System/Entwicklungstheoretische Ansätze/Theorien der Unterentwicklung/Literatur, S.53 u. 54) (Hell)	S.55-64
1.2.+2.7.	Kulturanthropologische und Medizinsoziologische Merkmale der Bevölkerung in Entwicklungsländern (Schröder)	S.1
	Literatur und Referentenliste	S.2
	Psychotherapeutische und soziotherapeutische Methoden der Volksmedizin in ihrem Verhältnis zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin (u. a. Konzept von Lebenskraftverlust/Störung der Ordnung/trad. Therapie im Vergleich-Synopse/ Heilkundige)(Pfeiffer)	S.3-8
	Soziologische Merkmale der afrikanischen Gesellschaft und die Konsequenzen für die ärztliche Arbeit (Fleischer, L.)	S.9-13
	Einige Thesen als Diskussionsgrundlage zum Thema: Rolle der afrikanischen Frau (Fleischer, L.)	S.14-16
2.1.+2.2.	Gesundheitsplanung (Elemente der Planung/der Evaluierung/ Planungsinstrumente/Beziehung Einzugsgebiet und Krankenhausdaten/Prioritäten/ Beispiel Ante Natal Care/Zeitpläne)(Diesfeld)	S.1-14
	Gesundheitsstrukturen in frankophonen Entwicklungsländern (adaptierte französ. Verwaltungsstrukturen/einige Besonderheiten in frankophonen Entwicklungsl./Schaubilder)(Schlitter)	S.15-26
	Das britische Gesundheitswesen als Muster für das Gesundheitswesen anglophoner Länder, Anhänge (Fleischer, K.)	S.27-32

## Anhang 2 Schlüssel-Literatur der 1960er und 70er Jahre in der Reihenfolge ihres Erscheinens

- PAUL, BENJAMIN D. (ed) 1955. *Health, Culture & Community. Case Studies of Public Relations to Health Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- KING, MAURICE (ed) 1966. *Medical Care in Developing Countries: A Primer on the Medicine of Poverty and a Symposium from Makerere*. Nairobi: Oxford University Press.
- MYRDAL, GUNNAR. 1968. *Asian Drama: An inquiry into the Poverty of Nations*, Vol. I–III. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- BRYANT, JOHN HARLAND. 1969. *Health and the Developing World*. Ithaca, NY and London: Cornell Univ. Press.
- MEADOWS, DONELLA & DENNIS et al. 1972. *Die Grenzen des Wachstums. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit*. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt [1973 bei Rowohlt, engl. Orig. 1972. *The Limits to Growth*. New York: Universe Books].
- FREIRE, PAULO. 1973. *Pädagogik der Unterdrückten, Bildung als Praxis der Freiheit*. Reinbek: Rowohlt.
- MORLEY, DAVID. 1973. *Paediatric Priorities in the Developing World*. London: Butterworth.
- RIFKIN, SUSAN B. & KAPLINSKY, RAPHAEL. 1973. Health Strategy and Development: Lessons from the People's Republic of China. *Journal of Development Studies* 9: 213–232.
- ILLICH, IVAN. 1975. *Die Enteignung der Gesundheit: Medical Nemesis*. Reinbek: Rowohlt.
- NEWELL, KENNETH W. (ed) 1975. *Health by the People*. Geneva: WHO.
- WERNER, DAVID. 1977. *Where there is no Doctor, a village health care handbook*. Palo Alto, CA 94302 (The Hesperian Foundation).
- PRIMARY HEALTH CARE. 1978. *A joint report by The Director-General of the World Health Organization and The Executive Director of the United Nations Children's Fund*. Geneva: WHO.
- LÉVI-STRAUSS, CLAUDE. 1978. *Traurige Tropen*. Frankfurt: Suhrkamp (TB Wissenschaft) [1955 Orig. französisch].

## Anhang 3 Zitierte Literatur aus dem einführenden Kapitel zur "Ethnomedizin" im Ringbuch (1.2+2.7, S. 2)

Abschrift, es sollten leicht zugängliche Artikel sein. Literaturstand Frühsommer 1978, [Seitenzahlen ergänzt].

- (1) Zeitschriften: *Social Science & Medicine*, Pergamon Press, Oxford [ab 1968] // *Medical Anthropology*. Cross cultural Studies in Health and disease, quarterly, Peasantville, NY [ab 1977] // *Psychopathologie africaine*, Centre Hospitalière de Fann, Dakar, Senegal [ab 1965] // *Curare*. Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie, Vlg. Vieweg, Wiesbaden [ab 1978].
- (2) BRUNI LUDWIG/BEATRIX PFLEIDERER-BECKER: Materialien zur Ethnomedizin. Spektrum Dritte Welt, Kübelstiftung, Bensheim 1978 (umfangreiche Literaturhinweise).
- (3) *Ethnopsychiatrie. Seelische Krankheit – Ein Spiegel der Kultur?* Hrsg. von Erich Wulff. Akad. Verlag, Wiesbaden, 1978 (Reader mit bekannten und neueren Aufsätzen zur transkulturellen Psychiatrie).
- (4) FRIESSEM, DIETER H.: Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen, ein medizin-soziologischer Abriss. In: E. SCHRÖDER (Hrsg.): *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Steiner, Wiesbaden, 1977 [S. 43–49, Reprint in *Curare* 30(2007)2+3: 255–258].
- (5) HONKO., LAURI: Über die tatsächliche Wirkung der Volksmedizin. In: GRABNER E. (Hrsg.). *Volksmedizin*. Wiss. Buchgesellschaft., Darmstadt 1967 [S. 497–508].
- (6) ACKERKNECHT, ERWIN H.: *Medicine and Ethnology*. Selected Essays, Huber, Bern 1971.
- (7) LEIRIS, MICHEL: Kulturelle Aspekte der Revolution. In: *Die eigene und die fremde Kultur*, Syndikat, Frankfurt 1977 [S. 119–127].
- (8) UNSCHULD, PAUL U.: Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Erfahrung von Kranksein. In: *Krankheit, Heilung, Heilkunst*, Hrsg.: E. SEIDLER, H. SCHIPPERGES und P. U. UNSCHULD, Alber, Freiburg 1978 [S. 491–516].

## Begegnung – Verflechtung – Erinnerung:

Das Habilitations- und Berufungsverfahren Katesa Schlossers als  
Fluchtpunkt einer Verflechtungsgeschichte

HARALD GRAUER

„Begegnung“, „Verflechtung“ und „Erinnerung“ bilden zentrale Stichworte innerhalb des gegenwärtigen ethnologischen Forschungsdiskurses. Als ich in den 1990er Jahren mein Ethnologiestudium in Freiburg im Breisgau aufnahm, wurde Karl Heinz Kohls Einführung in das Fach stark diskutiert. Kohl definierte darin Ethnologie als „Wissenschaft vom kulturell Fremden“. Diesem „Fremden“ sollte im Forschungsprozess reflektiert begegnet werden (KOHL 1993). Diese Reflexion sollte nicht einer Exotisierung das Wort reden, sondern das Überdenken des kulturell „Eigenen“ einschließen und zu einer differenzierten Sicht auf die Welt führen. „Fremd“ und „Eigen“ sollten nicht als starre Kategorien erscheinen und das „Fremde“ im sog. „Eigenen“ damit sichtbar werden. Rezent rücken Forschungsansätze in den Mittelpunkt des ethnologischen Forschungsdiskurses, die Formen kultureller und sozialer Verflechtungen untersuchen. Man denke hier nur an die Stichworte Migrationsforschung, Transnationalismus, Postkolonialismus sowie Medien- und Cyberethnologie, die Frank Heidemann in seinem etwa zwanzig Jahre nach der Erstauflage von Kohls Einführung publizierten Einführungsbuch präsentiert (HEIDEMANN 2011). Erinnerung oder Erinnerungen – man muss es hier wohl nicht breit ausführen – bildeten wohl seit Anbeginn ethnologischer Forschungen einen zentralen Bezugspunkt. Hier mag es sich um die Erinnerungen der Feldforscherin oder des Feldforschers handeln, der sog. Fokuspersonen oder um das, was man als kulturelles Gedächtnis bezeichnet. Es sei hier nur darauf verwiesen, dass derjenige, der bisweilen als erster Ethnograph oder Protoethnologe titulierte wird, der Franziskaner Bernardino de Sahagún, im Rahmen seines ethnografischen Projektes, die Erinnerungen seiner aztekischen Gewährsleute an die „alte Zeit“ vor der Eroberung abfragte, um über das Erzählte die Kultur der Az-

teken zu rekonstruieren (LEÓN-PORTILLA 2002, MÜHLMANN 1968: 37).

### Erinnerungen

Als Laie im Feld der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie vermute ich, dass auch für diese Bereiche die genannten Stichworte „Begegnung“, „Verflechtung“ und „Erinnerung“ bzw. deren Umsetzungen in die Sprachspiele der betreffenden Disziplinen von zentraler Bedeutung sind. Meine persönlichen Beziehungen oder Nicht-Beziehungen zu Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie lassen sich kurz umreißen: Ich wuchs im Schatten eines psychiatrischen Krankenhauses unweit von Ekkehards damaligen ersten ärztlichen Wirkungsstätten in und um Heidelberg und Dielheim auf. Dies zu einem Zeitpunkt, als diese Klinik glücklicherweise bereits die Öffnung und den Reformprozess durchlaufen hatte. Während meiner Schulzeit war bei einigen Lehrern psychoanalytische Theorie in ihrer klassischen Ausprägung noch ein großes Thema. In Freiburg im Breisgau besuchte ich auf Anraten eines Religionsphilosophen, desjenigen, der glaubte, mich nach einer bestandenen Prüfung vor den Gefahren eines Ethnologiestudiums warnen zu müssen, eine Vorlesung bei Johannes Mischo über das Phänomen des Traums und Traumpsychologie. Als ich nach bestandener Zwischenprüfung in Ethnologie, in der ich bei einem etwas polarisierenden Professor Strukturalismus und Ansätze kognitiver Anthropologie vergleichen musste, und meinem theologischen Vordiplom an die PTH St. Augustin SVD wechselte, um dort das Studium fortzusetzen, konnte ich dies nur unter einer Auflage. Ich musste Kurse aus dem dortigen Grundstudium nachholen, die dort verpflichtend, aber in Freiburg kein Teil des Studienplans waren. Unter diese Kurse fiel auch eine Einführung in Psychologie. Diese orientierte sich an Lyle E. Bournes

und Bruce R. Ekstrands Lehrbuch (BOURNE, EKSTRAND & DANBROW 2001). Innerhalb der seminarartigen Vorlesung wurden ausgewählte Kapitel vorgestellt und diskutiert. Irgendwie musste ich in der mündlichen Kursabschlussprüfung den Aufbau und das für und wider von Intelligenztests diskutieren. Die Erinnerung an das damalige Geschehen ist jedoch verblasst.

### Begegnung

Wie kam es nun, dass sich die Wege von Ekkehard und mir das erste Mal kreuzten und sich wohl damals schon abzeichnete, dass wir im Kontakt und Austausch – also einer Form der Verflechtung – bleiben würden? Wir begegneten uns erstmals Ende September 2012 im Rahmen der Vorbereitungen zur 26. „Fachkonferenz Ethnomedizin“ der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Diese Tagung fand im November 2013 nach einer Terminverschiebung wegen der später und kurzfristig ebenfalls zum Juni terminierten Konferenz der Medical Anthropologists der EASA in Tarragona in den Räumlichkeiten des Anthropos Institutes und der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Augustin statt. Wenn ich nun diese erste Begegnung schildere, dann basiert dies auf meiner brüchigen und möglicherweise auch allzu schöpferischen und überinterpretierenden Erinnerung.

Der damalige Vorsitzende der AGEM, Wolfgang Krahl, und Ekkehard Schröder hatten ins Auge gefasst, die Fachkonferenz unter dem Titel „*Stranger and Friend*“ – *Der Platz langfristiger Feldforschungen in den Diskursen zur Global Health* am genannten Ort nahe Bonn abzuhalten (LINSKA & STRAUSS 2015: 1–2, 9–24; SCHRÖDER 2015). Die beiden Organisatoren wollten mit dem Tagungsort, der erstmals als Austragungsort einer Jahrestagung diente, „an einen Bereich erinnern, der sich thematisch seit hundert Jahren mit Feldforschung beschäftigt und der deutschsprachigen Ethnologie viele Impulse gegeben hat“ (SCHRÖDER 2015: 161). Nun trifft diese Feststellung sicherlich in mehrfacher Weise zu. Es sind nicht selten sog. Missionarsethnologen, die rasch mit Langzeitforschungsaufenthalten, dem Tagungsthema, in Verbindung gebracht werden. Es könnte auch hier auf den genannten „Protoethnologen“ verwiesen werden. Inwieweit die Vorannahme zutrifft, sollte jedoch für den jeweiligen Einzelfall geprüft werden.

Auch für ethnomedizinische Beiträge an sich stellten die Zeitschrift *Anthropos* und die angeschlossenen Buchreihen früh mögliche Veröffentlichungsplattformen dar. Herausragend ist hier sicherlich Erich Drobecs Beitrag „Zur Geschichte der Ethnomedizin“ (DROBEC 1955), ein Artikel, der leider etwas versteckt in der Rubrik für kürzere Beiträge und Mitteilungen erschien und zur Zeit seiner Veröffentlichung nicht die Rezeption erfuhr, die er unter Ethnologen und Medizinern verdient gehabt hätte (SCHRÖDER & PRINZ 2005: 11). Nun zeigten die beiden Organisatoren der Jahrestagung mit der Wahl des Tagungsortes Mut zur – im positiven Sinne – Grenzüberschreitung und der Begegnung mit einem Anderen, mit dem man eine Verflechtungsgeschichte teilt: Es ist kurz gesagt „der Missionar“ oder „die Missionsgesellschaft“. Die Geschichte der spannungsvollen Verhältnisse zwischen Missionaren und Ethnologen und zwischen Theologie und Kirche auf der einen Seite und psychologischer Theoriebildung und Praxis auf der anderen Seite muss hier nicht näher ausgeführt werden, da sie sicherlich als bekannt vorausgesetzt werden kann. Hinsichtlich der Ethnologie ist auf Claude E. Stipes Ausführungen und die betreffenden Kommentare zu verweisen (STIPE 1980; Commentaries 1980). Im Blick auf Deutschland mag zur Illustration darauf hingewiesen werden, dass Heidelberger Studenten Wilhelm E. Mühlmann (1904–1988) nachsagten – also dem Ethnologen, der in migrationssoziologischer Terminologie einen *pull*-Faktor für Ekkehard bildete, während des Studiums von der Universität Kiel an die Universität Heidelberg zu wechseln (HALLER & SCHRÖDER 2009: 1) – dass dieser es für unvereinbar hielt, dass ein Christ auch ein echter Ethnologe sein könne (RIESE: E-Mail 05.08.2018). Dies impliziert, dass Missionare keine Ethnologen sein können. Ob diese Position tatsächlich Mühlmanns Meinung war oder diese ihm nur angedichtet wurde, muss, so Berthold Riese, jedoch offen bleiben.

Als Ekkehard Schröder und Wolfgang Krahl zum Vorbesuch nach St. Augustin auf den Campus kamen, um sich die potentiellen Tagungsräumlichkeiten anzuschauen, kannte ich beide noch nicht. Der damalige Direktor des Instituts teilte mir nur mit, dass der Vorstand der AGEM käme und ich sie durch die Räumlichkeiten des Anthropos Institutes führen sollte. Ich wusste da-

mals nicht, was auf mich zukommen würde. Klar, ich hatte als Bibliotheksverantwortlicher des Anthropos Institutes die *Curare* regelmäßig in meinen Händen. Mein Blick auf die Zeitschrift und über diese auf die AGEM war letztlich noch geprägt durch meine Freiburger Studienzeit. Dort hatte ich im Wintersemester 2000/2001 ein Seminar zum Themenkomplex Schamanismus, Neoschamanismus und Esoterik besucht (GRAUER: Studienbuch). In diesem hatten wir auch Beiträge aus dem damals recht neuen *Curare* Sonderband 13 diskutiert (SCHENK & RÄTSCH [Hg] 1999). Der Kontext der Begegnung mit diesem Band – ein Seminar über Schamanismus und Esoterik – und die Fokussierung auf bestimmte Beiträge hatten gewiss meine Wahrnehmung und Einordnung des Bandes und hierüber der *Curare* über Gebühr beeinflusst

Das Gespräch mit Ekkehard und Wolfgang Krahl während ihres Besuchs verlief von Beginn an offen. Während der Führung durch das Institut versuchte ich weniger die Klischees über Urmonotheismus, Kulturkreise und die Wiener Schule zu bedienen, sondern auf eher weniger bekannte Aspekte der Anthropos-Tradition hinzuweisen, wie die Vernetzungen von Anthropos-Mitgliedern über die Grenzen des Institutes hinweg oder ihre unterschiedlichen Zugänge zum Fach. Dabei wurden auch kontroverse Themen nicht ausgespart. Die „Ahnenwand“, die Ethnographika-Galerie und der Buch- und Zeitschriftenbestand schufen eine Atmosphäre, die ein assoziatives Gespräch und einen unbeschwerten Austausch förderte. Irgendwie kamen wir im Gespräch dann auch auf Themen, die man nun nicht mit dem Anthropos Institut verbindet. Diese reichten von dem synthetischen THC-haltigen Kräutermischung „Spice“ bis zu Wilhelm E. Mühlmann und Katesa Schlosser (BEER 2007: 184–191). Mühlmann hatte zu Beginn seiner wissenschaftlichen Karriere einen Aufsatz in *Anthropos* publiziert (MÜHLMANN 1934), entwickelte sich jedoch zu einem der profiliertesten Kritiker Wilhelm Schmidts. Josef Franz Thiel erinnert sich, dass die Patres in St. Augustin Anfang der 1970er Jahre noch kontrovers diskutierten, ob er den alten „Gegner“, wie dann auch geschehen, zu einem Gastvortrag einladen dürfe (THIEL 2005: 17). Schlosser (1920–2010) hatte nie eigenständig in *Anthropos* veröffentlicht, war aber an Laduma Madelas in *Anthropos* erschiene-

nen Beitrag „Zulu-Rätsel“ beteiligt (MADELA 1977). Mühlmann und Schlosser gaben Ekkehard nach Selbstaussage starke Impulse während seines Ethnologiestudiums, wobei zu beachten ist, dass er einer der wenigen Schüler Schlossers war. Texte Mühlmanns hatte er in Kiel gelesen, traf ihn, als er im Jahr 1971 an die Universität am unteren Neckar wechselte, dort jedoch gar nicht mehr an und vermisste ihn dann auch nicht (HALLER & SCHRÖDER 2009: 1, 2f).

### Verflechtungen: Eine Spurensuche

Nun stellt sich die Frage, wie es überhaupt möglich wurde, dass Ekkehard bei Katesa Schlosser studieren konnte? Schlossers Verknüpfung von Ethnologie und Psychologie, die etwa zum Konzept des Signalismus führte, mit dessen Hilfe die Gestaltung von Ethnographika interpretiert werden kann (SCHLOSSER 1952, SCHRÖDER 2005), war und ist unter Ethnologen nicht unumstritten; so hatte der am Lindenmuseum als Kurator tätige Ethnologe Julius F. Glück (1911–1958) einen zweiseitigen Verriss der Studie zum Signalismus in der *Zeitschrift für Ethnologie* veröffentlicht (GLÜCK 1954). Der Stuttgarter Ethnologe unterstellt Schlosser darin u. a., dass „sie sich selbst eine Verstehensschanke [errichtet habe], an der sie am Ende auch scheitert“ (ebd. 160). Diese Kritik fügt sich in eine innerhalb des ethnologischen Diskurses in Deutschland quasi traditionell verankerte Polemik gegen Versuche, die Fächer Psychologie, Ethologie und Ethnologie zu verknüpfen. Einer meiner mittlerweile verstorbenen Professoren aus Freiburg i. Br., derjenige, dem ich in der Zwischenprüfung gegenüber saß, formulierte Kritik an solchen Verknüpfungsversuchen während einer Lehrveranstaltung in einprägsamen Worten: „Ethologen machen Ethnologen arbeitslos!“. Was er meinte war klar: Finger weg von Kooperationen mit Ethologie! Innerhalb der ethologischen Forschung findet Schlossers Ansatz auch in jüngerer Zeit noch Berücksichtigung, wie Blicke in Irenäus Eibl-Eibesfeldts und Christa Sütterlins umfassender Darstellung *Weltsprache Kunst* zeigen mag (EIBL-EIBESFELDT & SÜTTERLIN 2007: 212, 506, 525).

Im Rahmen meiner Arbeit zu dem Steyler Missionar und Ethnologen Georg Höltker (1895–1976) (GRAUER 2010) stieß ich im Archiv des An-

thropos Institutes auf Briefwechsel (Hoe 63), die Einblicke in das Habilitations- und Berufungsverfahren Schlossers an der Christian-Albrechts-Universität Kiel bieten (GRAUER 2015: 33). Sie zeigen, dass der Biologieprofessor Adolf Remane (1898–1976) (J. REMANE 2003) das Anthropos-Mitglied in das Begutachtungsverfahren für die Habilitation Schlosser einband und er in Folge dessen auch in ihrem Berufungsverfahren beteiligt war. Remane bat im Frühsommer des Jahres 1955 Höltker, der damals bereits von seiner Professur für Völkerkunde in Fribourg zurückgetreten war und als Lehrer im Internat Marienburg in der Ostschweiz lebte (GRAUER 2010: 649; SAAKE 1975: 16), in einem Schreiben um ein Gutachten hinsichtlich der Habilitationswürdigkeit Schlossers aus völkerkundlicher Perspektive. Das Kieler Gutachterkomitee umfasste vier Naturwissenschaftler und drei Geisteswissenschaftler, unter denen sich nach Auskunft Remanes jedoch kein Ethnologe befand (A. REMANE: Brief 27.05.1955), da das Fach an der Universität Kiel noch nicht vertreten war. Die Universität war nach Remanes Auskunft daran interessiert, Schlosser als eine Ethnologin, die geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Zugänge miteinander verknüpfte, den Weg an die Universität zu ebnen. Schlossers interdisziplinärer Zugang war für die Universität Kiel auch deswegen von Interesse, da die in Kiel geplante Professur für Völkerkunde über das ihr anvertraute ethnographische Museum an das Zoologische Institut angebunden sein sollte und die Habilitation an der „naturwissenschaftlichen Abteilung der Philosophischen Fakultät“ vollzogen werden sollte (ebd.).

Der umfassende und detailliert ausgeführte Verriss von Schlossers in Kiel verfasster Studie über Signalismus durch einen Kunstethnologen, der dann noch im Zentralorgan der deutschen Ethnologie erschien, musste für das fachfremde Gutachtergremium ein Signal sein, besondere Vorsicht im Habilitationsverfahren walten zu lassen. Remane, als Vorsitzender des Habilitationsausschusses, der Schlossers Habilitation für Völkerkunde persönlich unterstützte, benötigte nun ein positives Gutachten von einem für Schlossers Ansatz aufgeschlossenen und international angesehenen Ethnologen. Diesen sah er wohl in Höltker. Der Nachfolger auf dem Lehrstuhl Wilhelm Schmidts (1868–1954) im schweizerischen

Fribourg hatte in der multidisziplinär angelegten Zeitschrift *Acta Tropica* des Basler Tropeninstitutes eine ebenfalls zweiseitige, aber eindeutig positiv ausgerichtete Buchbesprechung von Schlossers umstrittener Signalismus-Schrift veröffentlicht (HÖLTKER 1954). Ob diese Rezension bereits eine Reaktion auf den Verriss in der *Zeitschrift für Ethnologie* darstellt, kann nicht belegt werden, da die genauen Erscheinungsdaten und der Redaktionsschluss der Hefte nicht eruiert werden können. So kann nicht aufgewiesen werden, dass Höltker bei Abfassung seiner Besprechung Glücks Kritik schon registriert haben konnte. Auffällig erscheint jedoch, dass Höltker betont, bestimmte Thesen Schlossers seien nur im speziellen Sinne anzuwenden und dürften nicht verallgemeinernd gelesen werden (ebd. 96). Auf einer – gegen die Intention Schlossers – betont verallgemeinernden Lesart basiert jedoch die vernichtende Kritik Glücks. Ob Remane auch um Höltkers ausgeprägtes Interesse für Psychologie wusste, ist nicht anzunehmen.

Während seines Studiums in Wien hatte der angehende Ethnologe auch mehrere Vorlesungen bei dem kommunikationstheoretisch ausgerichteten Psychologen Karl Bühler (1879–1963) gehört (GRAUER 2015: 32). Der Indologe Othmar Gächter, der Schüler Höltkers im Internat Marienburg war, sieht ihn als den psychologisch aufmerksamsten seiner damaligen Lehrer (HALLER & GÄCHTER 2009: 1, 3f; GÄCHTER persönliche Mitteilung an GRAUER). Höltker antwortete Remane Anfang Juni in einem Schreiben. Er fügte diesem auch direkt das gewünschte Gutachten bei (HÖLTKER: Brief 09.06.1955; HÖLTKER: Gutachten Frh. Schlosser 09.06.1955). Höltker betonte in dem Antwortschreiben, dass er eine Auflösung der Völkerkunde in Naturwissenschaften ablehne und das Fach klar geisteswissenschaftlich verortet sieht, aber für die Integration „naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweise“ im Blick auf Grenzfragen des Faches offen sei. Er formuliert „Wenn Frh. Dr. Schlosser auf diesen Gebieten [den Grenzfragen] eine tüchtige Spezialistin würde, könnte sie für die Erkenntnis der vollen Wahrheit ganz bedeutendes leisten und hätte bestimmt bei der Fülle der Probleme ein ganzes Forscherleben lang genug zu tun. Die Völkerkunde als wesentlich geisteswissenschaftliche Disziplin könnte dadurch nur gewinnen“ (HÖLTKER: Brief 09.06.1955). Der Brief

schließt mit der Bitte, dass das Anschreiben und das Gutachten nicht nach Außerhalb weitergeleitet werden solle, da der Autor sich „nicht gern in den Methodenstreit mit den Herren Kollegen einlassen möchte“ (ebd.).

Im Gutachten selbst legt Höltker zunächst dar, wie sich innerhalb der Völkerkunde ein geisteswissenschaftlicher Zugang durchgesetzt hat, der jedoch in extremen Fällen auch zu Einseitigkeiten führen könne, so dass „man jetzt aus den Publikationen des einen oder anderen Ethnologen fast den Eindruck bekommen kann oder muß, das formale Studienobjekt der Ethnologie sei nicht der Mensch als körperlich-geistiges Wesen, sondern irgendwie ein mythisches, mystisches oder rein geistiges Etwas“ (HÖLTKER: Gutachten Frl. Schlosser 09.06.1955: 1). Er folgert dann, dass es „ein bedeutender Fortschritt [sei], wenn in bestimmten zuständigen Sektoren der Völkerkunde die allzuehr mißachteten Naturwissenschaften auch wieder zu ihrem Recht kämen, nicht im ‚Nur‘-Sinne, sondern im ‚Auch‘-Sinne“ (ebd. 1f). In einem Schreiben vom 14.06.1955 bedankt sich Remane bei Höltker für das Gutachten, das „[g]erade im Hinblick auf die aus Naturwissenschaftlern und Geisteswissenschaftlern zusammengesetzte Kommission [...] in der vorliegenden Form sehr ansprechen [wird]“ und sichert Höltker zu, das Gutachten nur innerhalb des Habilitationsverfahrens zu nutzen (A. REMANE: Brief 14.06.1955). Im Jahr 1956 reichte Schlosser ihre Habilitationsschrift an der Philosophischen Fakultät der Universität Kiel erfolgreich ein (BEER 2007: 167).

Höltker erhielt im Winter 1962 ein weiteres Mal Post von der Universität Kiel (SCHLENGER: Brief 22.01.1962). Der Geograph und damalige Dekan der Philosophischen Fakultät Herbert Schlenger (1904–1968) bat Höltker um ein zweites Gutachten. Die Anfrage drehte sich um die Berufung Schlossers zur außerplanmäßigen Professorin für Völkerkunde an der betreffenden Universität. Auch diesmal reagierte Höltker, der mittlerweile im Missionspriesterseminar St. Augustin bei Bonn lebte und dort Ethnologie unterrichtete – also dort wo Ekkehard und ich uns im Jahr 2012 das erste Mal begegnen sollten – umgehend und mit einem das Anliegen unterstützenden Schreiben (HÖLTKER: Brief 25.01.1962). Höltker schrieb zusammenfassend: „ich kann die Lehrstuhlreife für Frau Dr. Katesa Schlosser nur bestätigen. Wir Ethnolo-

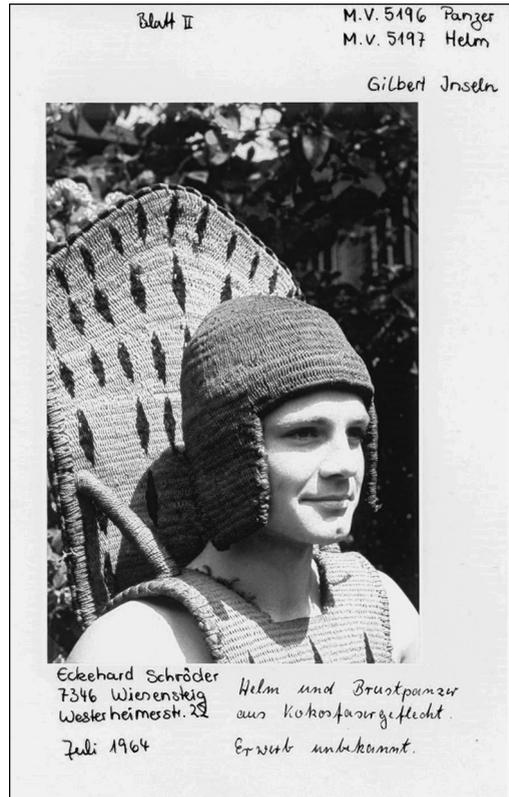


Abb. 1: Ekkehard Schröder mit Brustpanzer und Helm aus Kokosfasergeflecht, Bild: Katesa Schlosser, Juli 1964.

gen schätzen in Frau Dr. [sic] Schlosser eine Kollegin, deren Arbeiten in Publikationen und Vorlesungen wirklich weiterführen und eine Zierde der völkerkundlichen Wissenschaft sind“ (Ebd.).

Neben dem Anschreiben an den Dekan ist ein eigentliches Gutachten, wenn eines zusätzlich zum Anschreiben verfasst wurde, im Archiv des Anthropos Institutes nicht vorhanden. Schlosser wurde im Jahr 1962 zur apl. Professorin für das Fach Völkerkunde ernannt (BEER 2007: 167). Der Weg war somit bereitet für die Begegnung zwischen Ekkehard Schröder und Katesa Schlosser an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Eine Begegnung, die Ekkehard u. a. zum „Dressman“ für Rüstungen aus Kiribati machte (Abb. 1), aber ihm auch sonst viele weitere Inspirationen über den Signalismus hinaus bot. So besuchte er beginnend mit dem Sommersemester 1964 bis zum Wintersemester 1969/70 über sieben Semester hinweg

Lehrveranstaltungen bei Schlosser, sowohl Vorlesungen als auch Seminare und Übungen (SCHRÖDER: Studienbuch; SCHRÖDER 2005). Darunter befanden sich die Vorlesungen „Völkerkunde der Südsee“, „Kunst der Naturvölker“, „Technik der Naturvölker“ und „Soziologie der Naturvölker“. Nur im Sommersemester 1969 pausierte er mit dem Besuch ethnologischer Lehrveranstaltungen, da er sich auf sein Physikikum im September vorbereiten musste (SCHRÖDER: E-Mail 21.08.2018).

### Rückbezüge

Der Name der Ethnologin Katesa Schlosser war mir bereits aus Lehrveranstaltungen Berthold Rieses bekannt. Dieser hatte Anekdoten aus Schlossers Feldforschungen in Südafrika in seine Vorlesungen eingeflochten. Auch bin ich noch ihren Büchern während meiner beiden Aufenthalte in Südafrika in dortigen Bibliotheken begegnet. Ohne die Gespräche mit Ekkehard über Schlosser, die auch die hier nichtauszuführenden problembehafteten Seiten dieser Wissenschaftlerin nicht ausklammerten, hätte ich mir den kleinen hier vorgestellten Bestand im Archiv des Anthropos Institutes wohl nicht so genau angeschaut. Somit ist es mir eine Freude, diesen Beitrag Ekkehard zum 75. Geburtstag zu widmen.

Nun noch einmal zurück zu Ekkehards Bemerkung, dass „[mit] der Wahl des Tagungsortes [...] an einen Bereich erinnert [werden sollte] [...] der [der] deutschsprachigen Ethnologie viele Impulse gegeben hat“ (SCHRÖDER 2015: 161). Vielleicht kann auch die hier aufgezeigte Geschichte um die Habilitation und Berufung Schlossers als ein Beispiel für einen kleinen und bislang unbekanntem Impuls angesehen werden, der von einem in den damaligen Tagungsort eingeschriebenen Ethnologen ausging. Ein Impuls, der darin bestand, eine Wissenschaftlerin, die außerhalb der zur damaligen Zeit im deutschsprachigen Raum etablierten ethnologischen Schulen und Netzwerke verortet war, auf ihrem Weg zur Universitätsprofessur durch positive Gutachten zu fördern. Das Strukturdiagramm zu Schulen, Theorien und Netzwerken in der methodologisch ausgefalteten deutschsprachigen Ethnologie von Dieter Haller mag die randständige Position illustrieren (HALLER 2005: 42). Das Diagramm führt Schlosser nicht einmal auf. Diese Unterstützung von Seiten Höltkers er-

folgte zu einer Zeit, als ethnologische Professuren in Deutschland noch eine von Männern besetzte Domäne darstellten. Zum Zeitpunkt ihres Habilitationsverfahrens gab es in Deutschland noch keine ordentliche Ethnologieprofessorin und erst eine habilitierte Ethnologin. Hierbei handelte es sich um Eva Lips (1906–1988), die in der DDR an der Universität Leipzig tätig war. Sie sollte im Jahr 1960 als erste Frau in Deutschland eine ordentliche Professur für Ethnologie antreten (HAUSER-SCHÄUBLIN 1991: 15). Sigrid Westphal-Hellbusch (1915–1984) folgte dann im Jahr 1964 an der Freien Universität Berlin als erste Ordinaria für Ethnologie in der BRD (ebd. 27).

Die hier aufgezeigte Verflechtungsgeschichte könnte noch um andere Ansatzpunkte erweitert werden, die hier leider nicht ausgeführt werden können. Die im Verlauf des Beitrags genannten Ethnologen Mühlmann, Schlosser und Höltker teilten ein Forschungsinteresse. Dieses lag in Heilerwartungsbewegungen und in damaliger Terminologie nativistischen Bewegungen. Alle drei rezipierten gegenseitig ihre Arbeiten zu dem betreffenden Themenfeld. Mühlmann weist in seinem Sammelband *Nativismus und Chiliasmus* auf die Bedeutung Höltkers für die Theoriebildung zu Cargo-Kulten hin (UPPLEGER & MÜHLMANN 1961: 165) und Schlosser nennt in ihrem Band *Propheten in Afrika* zu Vergleichszwecken Höltkers Arbeiten zu Cargo-Kulten in Melanesien (SCHLOSSER 1949: 415). Umgekehrt besprach Höltker auch weiterhin Bücher Schlossers in Zeitschriften, so *Zauberei im Zululand* (HÖLTKER 1973).

Im Blick auf Höltker und Schlosser ist jedoch nicht nur eine Rezeption der Schriften festzustellen, sondern sie standen im direkten Austausch. Höltker und Schlosser hatten Fotografien ausgetauscht, so dass sich Fotos, die Schlosser im Kontext der Kirche des südafrikanischen Religionsstifters Isaiah Shembe angefertigt hat, in Höltkers Fotosammlung finden (HÖLTKER Fotoalbum III s. a., s. p.). Auch diese lagern im Archiv des Anthropos Institutes. Dem Umfang und der zeitlichen Dauer dieses direkten Austausches nachzugehen, stellt jedoch ein eigenes Thema dar, das hier nicht mehr abgehandelt werden kann und ein Thema für einen weiteren Aufsatz darstellt.

Blickt man nun nicht nur auf die Sachebene, sondern auch auf den methodischen Zugang zum Fach Ethnologie, so fällt auf, dass alle drei, wie in



**Abb. 2:** Katesa Schlosser erhält während eines Forschungsaufenthaltes in Botswana als Gastgeschenk einen Hahn, vor 1966.

dem Aufsatz aufgezeigt, auch eine Offenheit für Anregungen über die Fachgrenzen der Völkerkunde hinaus besaßen – eine Offenheit für „interdisziplinäre Arbeitsfelder“ –, die sie mit dem Jubilar teilen.

### Anmerkung

Dieser Text entstand im Austausch mit Heide Lienert-Emmerlich, Wolfgang Krahl, Berthold Riese und natürlich Ekkehard Schröder. Ich möchte meinen Gesprächspartnern für ihre Hilfestellungen, Hinweise und kritischen Anmerkungen danken. Auch danke ich der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel für die Erteilung der Druckgenehmigung für Abb. 1.

### Unveröffentlichte Quellen

Die hier zitierten, unpublizierten Quellen aus dem Archivbestand des Anthropos Instituts befinden sich in der Mappe mit der Signatur „Hoe 63“. Die anderen Schriftstücke befinden sich im Privatbesitz der genannten Personen.

- GRAUER H. Studienbuch/Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (9512092). [priv. Harald Grauer]  
 HÖLTKER G. 1955. Brief an Adolf Remane, 09.06.1955. [Hoe 63]  
 ----- 1955. Gutachten. Betr. Habilitation von Frl. Dr. Katesa Schlosser/Kiel, 09.06.1955. [Hoe 63]  
 ----- 1962. Brief an Herbert Schlenger, 25.01.1962. [Hoe 63]  
 ----- s. a. Fotoalbum III. [Archiv des Anthropos Institutes]  
 REMANE A. 1955. Brief an Georg Höltker, 27.05.1955. [Hoe 63]  
 ----- 1955. Brief an Georg Höltker, 14.06.1955. [Hoe 63]  
 RIESE B. 2018. E-Mail an Harald Grauer, 05.08.2018. [priv. Harald Grauer]  
 SCHLENGER H. 1962. Brief an Georg Höltker, 22.06.1962. [Hoe 63]  
 SCHRÖDER E. 2018. E-Mail an Harald Grauer, 21.08.2018. [priv. Harald Grauer]  
 ----- Studienbuch/Christian-Albrechts-Universität Kiel [priv. Ekkehard Schröder]

### Literatur

- BEER B. 2007. *Frauen in der deutschsprachigen Ethnologie. Ein Handbuch*. Köln: Böhlau.  
 BOURNE L. E., EKSTRAND R. & DANBROW G. 2001. *Einführung in die Psychologie*. Eschborn: Klotz.  
 DROBEC E. 1955. Zur Geschichte der Ethnomedizin. *Anthropos* 50: 950-957.  
 EIBL-EIBESFELDT I. & SÜTTERLIN C. 2007. *Weltsprache Kunst. Zur Natur- und Kunstgeschichte bildlicher Kommunikation*. Wien: Christian Brandstätter Verlag.

- GLÜCK J. F. 1954. Rezension von SCHLOSSER K. 1952. Der Signalismus in der Kunst der Naturvölker. Kiel: Kommissionsverlag Walter G. Mühlau. *Zeitschrift für Ethnologie* 79: 160–161.
- GRAUER H. 2010. Höltker, Georg. In BAUTZ T. (Hg) 2010. *Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon* 31. Nordhausen: Verlag Traugott Bautz: 648–653.
- 2015. Das Anthropos Institut, die Zeitschrift *Anthropos* und ihre Bezüge zu ethnomedizinischer und medizinethnologischer Forschung. *Curare* 39, 1–2: 25–42.
- HALLER D. 2005. *dtv-Atlas Ethnologie*. Mit 127 Abbildungen in Farbe. (dtv-Atlas). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- & GÄCHTER O. 2009. Interview Othmar Gächter. <www.germananthropology.com>
- & SCHRÖDER E. 2009. Interview Ekkehard Schröder. <www.germananthropology.com>
- HAUSER-SCHÄUBLIN B. 1991. Das Werden einer geschlechterspezifischen Ethnologie (im deutschsprachigen Raum). In dies. (Hg) 1991. *Ethnologische Frauenforschung. Ansätze, Methoden, Resultate*. (Ethnologische Paperbacks). Berlin: Dietrich Reimer: 9–37.
- HEIDEMANN F. 2011. *Ethnologie. Eine Einführung*. (UTB basics) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HÖLTKER G. 1954. Rezension von Schlosser K. 1952. Der Signalismus in der Kunst der Naturvölker. Kiel: Kommissionsverlag Walter G. Mühlau. *Acta Tropica* 11, 1: 94–96.
- 1973. Rezension von SCHLOSSER K. 1972. Zauberei im Zululand. Kiel: Kommissionsverlag Schmidt & Klaunig. *Anthropos* 68: 340–341.
- KOHL K. H. 1993. *Ethnologie. Ethnologie – die Wissenschaft vom kulturell Fremden*. (C. H. Beck Studium). München: C. H. Beck.
- LEÓN-PORTILLA M. 2002. *Bernardino de Sahagún. First Anthropologist*. Norman, OK: University of Oklahoma Press.
- LINSKA M. & STRAUSS A. 2015. Selbstreflexion im Kontext medizinethnologischer Langzeitforschung. Einleitung. *Curare* 38, 1–2: 9–24.
- MADELA L. 1977. Zulu-Rätsel (bearbeitet von C. L. SIBUSIO NYEMBEZI, V. Z. GITWA und K. SCHLOSSER). *Anthropos* 72: 97–197.
- MÜHLMANN W. E. 1934. Die Begriffe Ati und Mataeinaa, Ein Beitrag zur politischen Entwicklung und Besiedlungsgeschichte Polynesiens. *Anthropos* 29: 739–756.
- 1968. *Geschichte der Anthropologie*. 2. durchges. Aufl. Frankfurt a. M.: Athenäum Verlag.
- REMANE J. 2003. Remane, Robert Gustav Adolf. In *Neue Deutsche Biographie* 21. Berlin: Duncker & Humblot: 412–413.
- SAAKE W. 1975. Georg Höltker. Biographische Skizze. In HÖLTKER G. 1975. *Menschen und Kulturen in Nordost-Neuguinea. Gesammelte Aufsätze*. (Studia Instituti Anthropos 29). St. Augustin bei Bonn: Verlag des Anthropos-Instituts: 11–17.
- SCHENK A. & RÄTSCH C. (Hg) 1999. *Was ist ein Schamane? Schamanen, Heiler, Medizinleute im Spiegel westlichen Denkens*. (Curare Sonderband 13). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- SCHLOSSER K. 1949. *Propheten in Afrika*. (Kulturgeschichtliche Forschungen 3). Braunschweig: Albert Limbach Verlag.
- 1952. *Der Signalismus in der Kunst der Naturvölker. Biologisch-psychologische Gesetzmäßigkeiten in den Abweichungen von der Norm des Vorbildes*. (Arbeiten aus dem Völkerkundemuseum der Universität Kiel 1). Kiel: Kommissionsverlag Walter G. Mühlau.
- SCHRÖDER E. 2005. Das 50 Jahre alte Konzept des „Signalismus in der Kunst der Naturvölker“ von Katesa Schlosser. Eine Interpretationshilfe für das Verständnis künstlerischer Darstellungen aus Ritual, Alltag, Klinik in gesunden und in kranken Tagen. *Curare* 28, 1: 75–85.
- 2015. Anmerkungen zur 26. Fachkonferenz Ethnomedizin „Stranger and Friend“, Sankt Augustin. *Curare* 38, 1–2: 159–161.
- SCHRÖDER E. & PRINZ A. 2005. Editorial. Erich Drobecs Text nach 50 Jahren. *Curare* 28, 1: 11–14.
- STIPE C. E. 1980. Anthropologists versus Missionaries. The Influence of Presuppositions. *Current Anthropology* 21, 2: 165–168. / Commentaries. *Current Anthropology* 21, 2: 168–175.
- THIEL J. F. 2005. Über die Mission zur Ethnologie. *Paideuma* 51: 7–21.
- UPPLEGER H. & MÜHLMANN W. E. 1961. Die Cargo-Kulte in Neuguinea und Insel Melanesien. In MÜHLMANN W. E. (Hg) 1961. *Chiliasmus und Nativismus. Studien zur Psychologie, Soziologie historischen Kasuistik der Umstürzbewegungen*. (Studien zur Soziologie der Revolution 1). Berlin: Dietrich Reimer: 165–189.

### Abbildungsnachweis

- Abb. 1:** „Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Dauerleihgabe an das Kieler Stadt- und Schifffahrtsmuseum. Photographien von Objekten des Museums für Völkerkunde zwischen den Katalog-Nummern 4300–5227, Band 5 von 5 Bänden, Blatt II Brustpanzer M. V. 5196 und Helm M. V. 5197 aus Kokosfasergeflecht, Gilbert-Inseln. Erwerb unbekannt. Mit Ekkehard Schröder, 7346 Wiesensteig, Bildautor: Katesa SCHLOSSER, Juli 1964“ (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel).  
Ordnung 5 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Dauerleihgabe an das Kieler Stadt- und Schifffahrtsmuseum, Magazin Wissenschaftspark, Kuhnkestraße 6, 24118 Kiel.
- Abb. 2:** „Der Hererohäuptling in Mwe-le-taä überreicht als Gastgeschenk einen fetten Gockel. Britisches Betschuanaland-Protectorat“ (SCHLOSSER, Fotobeschriftung s. a [vor 1966]). Das Bild befindet sich im Fotoarchiv des Anthropos Institut in HÖLTKER Fotoalbum III / HOE III-12 (Abb. 2 HÖLTKER Fotoalbum III/HOE III-12).

## Heldengeschichten aus der Konquista

Zwei Basken in Nueva Granada im Wettstreit um die Gunst des kastilischen Königs:  
Lope de Aguirre und Pedro de Ursúa

KATARINA GREIFELD

*Die „Heldengeschichten“ haben nichts Unmittelbares mit Medizinethnologie zu tun, die mich im Besonderen mit Ekkehard Schröder seit vielen Jahrzehnten verbindet. Aber der Beitrag zeigt, wie jemand zum „Helden“ mutiert, obwohl er der „Schlechte“ ist, und wie der „Gute“ zum Sündenbock wird – und sich diese Saga aus weit entfernten Tagen noch immer hält. Angesichts heutiger regionalistischer Abspaltungsversuche, wie vor kurzem noch im Baskenland und heute in Katalonien, die beide zum heutigen spanischen Königreich gehören, bekommt dieser frühere Text ganz plötzlich aktuelle Dimensionen. Es geht um Widerstand und Anpassung, um Eroberung und Inbesitznahme Amerikas und die Anerkennung der spanischen Krone und ihres Gewaltpotenzials.*

*Der Beitrag kann auch gelesen werden als Anmerkung zu Ekkehard Schröders Tätigkeit als Psychiater und damit als Wanderer zwischen Sinneswelten. Der Beitrag erörtert Fragen der Reflektion, der Rechtfertigung und schließlich der literarischen Aufarbeitung. Oder wie Ekkehard Schröder selbst in einer Mail an die Autorin am 6.2.18 schrieb: „Manchmal ist die präzise Verklärung kontraproduktiv, weil zumindest irgendwie anders verwirrend.“*

Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Publikationen, die die Eroberung und Inbesitznahme Südamerikas zum Gegenstand haben. Sehr selten ist dabei jedoch vom Binnenverhältnis unter den Konquistadoren die Rede oder von ihrem Verhältnis zum spanischen Königshaus. Was trieb überhaupt diese Männer dazu, sich unter großen Strapazen und Entbehrungen in ein gänzlich fremdes, fernes Land zu begeben? Herrschte unter ihnen Solidarität angesichts der Fremde oder bekämpften sie sich eifersüchtig bis aufs Messer? Gelang es ihnen, sich entsprechend ihrer „Groß“-Taten gegenüber dem Königshaus zu rühmen und damit dem Anlass gemäß geehrt zu werden?

An zwei sehr krassen Beispielen werde ich mich diesem Binnenverhältnis nähern, nämlich

mittels zweier Basken im damaligen Nueva Granada (heute Kolumbien). Der eine, Lope de Aguirre, der „Zorn Gottes“, ist bis auf den heutigen Tag berühmt.<sup>1</sup> Der Andere, Pedro de Ursúa, ist in einem viel geringeren Ausmaß in die Geschichtsschreibung eingegangen. Dass dies so ist, hängt mit dem Bild des „guten“ Spaniers und Edelmannes zusammen. Am Beispiel dieser beiden Basken lässt sich zeigen, wie Geschichtsschreibung vorgeht, was verschwiegen und was hervorgehoben wird. Außerdem war das Leben und Sterben dieser beiden Männer ineinander verschränkt und ihr Schicksal auf beinahe sagenhafte Art miteinander verwoben.

Pedro de Ursúa, der Galan und Edelmann, ist als „sauberer Held“ in die Geschichte eingegangen – als Kontrapunkt zu dem unangepassten Lope de Aguirre. Dabei war Ursúa nicht feiner und nicht grausamer als andere Konquistadoren. Deren Lebensdaten und -taten werden aber im Einzelnen kaum gewürdigt. Was erwähnenswert bleibt in den Lexika und Biographien – über die Jahrhunderte hinweg – sind die staatsmännischen Taten: Dazu gehören die rastlose Gründung von Städten mit vorangehender Fahnenhissung, die Erkundung und Benennung von unbekanntem und womöglich schwer zugänglichen Gebieten<sup>2</sup>, das Aufspüren von Gold, der Sieg in Schlachten. Ob die staatsmännischen Taten greifbare Folgen hatten, war unwesentlich. Was allein zählte war, ob sie dem Konquistador Ehre und Würde einbrachte.

Der Staatsakt par excellence, das Städtegründen, blieb hin und wieder auch ganz folgenlos für die Regionen, dann nämlich, wenn sich die Orte wieder entvölkerten (s. dazu zahlreiche Eintragungen in FRIEDE 1960). Dies geschah besonders schnell in unwirtlichen Gebieten, sei es durch kriegerisch gesinnte Indios oder karge Natur. Sobald sich der königliche Stellvertreter von diesen Orten wieder entfernte, entfiel einerseits der militärische Schutz, so dass weitergehende Konfron-

tationen unvermeidbar gewesen wären. Andererseits schlossen sich dem Weiterzug viele an, die auf ein besseres Fleckchen Erde hofften: ohne Indianer, fruchtbar, am besten beides zusammen. So war das rastlose Städtegründen ein ausgezeichnete und staatspolitischer Akt, der in jedem Fall dem Konquistador Würde und Ehre einbrachte. Und daher wurde ebenso rastlos und ohne Perspektive gegründet. Mit dabei auf der Jagd nach Ruhm und Ehre waren Lope de Aguirre und Pedro de Ursúa. Was im Einzelnen während der Konquista geschah, lässt sich nicht immer mit letzter Sicherheit feststellen. Hinweise finden sich oft nur verstreut in schwer zugänglichen Chroniken oder anderen Quellen, so auch im Falle Pedro de Ursúa.<sup>3</sup>

Ganz anders dagegen die Quellenlage zu Lope de Aguirre. Über ihn wurde immer wieder geschrieben, auch schon zu seiner Lebenszeit und bis heute. Er sticht heraus, er wird stilisiert zum Kontrapunkt eines jeden „redlichen“ Eroberers und Statthalters, er wird zum Übel, letztlich zum „Zorn Gottes“. Doch weisen die Lebensläufe beider einige Gemeinsamkeiten auf. Beide sind Basken und außerdem Zeitgenossen. Schließlich ermordet der eine – Aguirre – den anderen – Ursúa – in der Silvesternacht des Jahres 1560: Ein Zeitpunkt des Wechsels, hier ein besonders einschneidender Wechsel, nämlich zwischen der Welt der Lebenden und der Toten. Die Umstände bleiben im Einzelnen im Dunkeln, bekannt ist nur folgendes: Ursúa geht mit seiner schönen Geliebten auf Eldorado-Expedition, Aguirre führt die Mannschaft. In einer Revolte wird Ursúa ermordet, von wem, lässt sich im Nachhinein nicht mehr feststellen, ob von Aguirre selbst oder seinen Gefolgsleuten. In jedem Fall wird alle Schuld auf Aguirre geladen, der der herausragende Kopf war, und der sich, wie wir noch sehen werden, als Sündenbock geradezu selbst anbot.

Aguirre selbst stirbt an einem ähnlich bedeutungsvollen Tag, fast genau ein Jahr später, an Weihnachten 1561 durch die Hand eines Henkers, exekutiert mit großer Brutalität: Am 25.12.1561 wurde zweimal die Muskete auf ihn abgefeuert, danach der Kopf abgeschnitten und der Körper gevierteilt. Lange Zeit wurden seine Knochen – fast schon wie Reliquien – in einem eisernen Gefäß in einem kleinen venezolanischen Ort aufbewahrt (vgl. ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA EURO-

PEO AMERICANA (1921). Baroja gibt den 27.10.1561 an, beide den gleichen Ort Barquisimeto, Nueva Valencia). Die Grausamkeit der Spanier in der Wahl des Tages und in der Durchführung der Exekution lässt sich wohl kaum anders erklären als damit, dass sie sich auch noch nach seinem Tod vor ihm und seinem legendären Zorn fürchteten.<sup>4</sup>

Es ist schon merkwürdig, wie manchmal Wappen, Wappensprüche oder Namen einen Teil der Persönlichkeit widerspiegeln. Das gilt für beide Basken, Lope de Aguirre und Pedro de Ursúa. Ursúa wird gemeinhin als der feine Edelmann beschrieben, schmuck, fein, diplomatisch, kurz: der glorifizierte Baske. Ursúa bedeutet auf baskisch die Taube, sein Vorname Pedro ist ebenso unverfänglich. Anders bei Lope de Aguirre, in dessen Namen gleich zwei kampfeslustige Tiere erscheinen, der Wolf und der Adler. Folgte man südamerikanischen Konzepten, könnte es sich auch um Alter-Ego-Tiere handeln. Aber auch im europäisch-mythologischen Sinn wird der Wolf interpretiert als Tier ohne Hoffnung, so wie auch Aguirre letztlich ein Mensch ohne Hoffnung war. Dazu kommt noch der Wappenspruch der Aguirres: *Si omniam si perdidideris, famam servare memento* (in etwa: auch wenn alles verloren ist, bleibt der Ruhm in Erinnerung. Vgl. BAROJA 1983: 76). Tatsächlich verlor Lope de Aguirre alles, und auch sein Leben verlor er von Menschenhand. Sein Ruf aber überdauerte ihn. Schon zu Lebzeiten war er so schlecht, dass er kaum noch überbietbar war. Bis auf den heutigen Tag ist Aguirre ein Begriff, während Ursúa – wie ein Grossteil der Konquistadoren – in Vergessenheit geriet.

Ich möchte im Folgenden nur stichpunktweise das Leben dieser beiden Konquistadoren skizzieren, stellvertretend für viele andere, die im 15./16. Jahrhundert über Südamerika herfielen. Dabei gehe ich besonders auf die Stilisierungen ein, die beide erfahren haben, und kontrastiere sie mit den Tatsachen – soweit diese bekannt sind. Daraus lässt sich deutlich die Mythologisierung schon in der zeitgenössischen Geschichtsschreibung herauslesen. Letztlich versuche ich, Lope de Aguirre, dem „Zorn Gottes“, ein weniger dämonisches Gesicht zu verschaffen und dem „Galan“ Pedro de Ursúa die schöne Maske vom Gesicht zu ziehen.

Um die kulturelle Identität der beiden Konquistadoren besser einschätzen zu können, ist es

hilfreich, sie stückweise in ihrer persönlichen Geschichte von Geburt an zu begleiten. Beide sind Basken, der eine, Aguirre, vielleicht mehr als der andere. Lope de Aguirre wurde 1518 in Oñate, im baskischen Kernland geboren und kam 1544 nach Peru, wo er zuerst auf der Seite Pizarros kämpfte, schließlich sich lossagte und verschiedene eigene Expeditionen durchführte. Seine Truppe bestand zum größten Teil aus baskischen Landsleuten, auf die er sich verlassen konnte, und die ihm bis zu seiner Gefangennahme auf der Insel Margarita (1561) die Treue hielten (vgl. ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA EUROPEO AMERICANA (1921) und BAROJA 1983: 99ff).

### Der Galan Pedro de Ursúa

Ursúa kam mit seinem Vetter Miguel Díaz Armendáriz nach Nueva Granada, dem heutigen Kolumbien. 1527 in der Gegend von Pamplona geboren, war er eindeutig ein Navarrer aus der baskischen Zone, oder wie sich auch sagen lässt, ein baskischer Navarrer.<sup>5</sup> Die Familie der Ursúas prägte im 14. und 15. Jahrhundert das Geschick des Landes Navarra als Herren mit; zuletzt diente dieser Zweig der Familie Ursúa dem König Philipp, dem Katholischen und Karl I. Obschon sie dann kastilischen Königen dienten, verloren sie dennoch nicht den letzten Rest von Respekt oder Treue gegenüber dem besiegten König von Navarra (vgl. BAROJA: 126).

Im jugendlichen Alter, mit knapp achtzehn Jahren, betrat Ursúa das erste Mal amerikanischen Boden, in Cartagena de Indias, wohin ihn sein Vetter mitnahm. Dieser war „juez de residencia“ und also damit betraut, über die Befolgung der Neuen Gesetze von 1542 zu wachen, die die Verwaltung der spanischen Kolonien regelten und von den Siedlern und Konquistadoren nur ungern befolgt wurden. Denn sie verboten eindeutig die Sklavenehaltung der Indianer. Miguel Díaz Armendáriz war vom spanischen König nach Nueva Granada geschickt worden, um juristische Exzesse zu überprüfen und Missbräuchen von Geld und Gut, d.h. in diesem Fall von Abgaben und Indios, Einhalt zu gebieten. Da Armendáriz diese Aufgabe nicht allein bewältigen konnte, setzte er seinen Vetter als Stellvertreter ein und überliess diesem all jene Aufgaben, die eine direkte Konfrontation erforderten (vgl. FRIEDE 1960, VIII, Documento 1797).

Die Spanier jedoch wollten sich von einem solch jungen Bengel nichts gefallen lassen und empfanden sein Auftreten in diesen „Geschäften“ als unverschämt. Daher schickten sie immer wieder Protestschreiben an den König, um auf Abhilfe zu drängen. Mit Armendáriz wollten sie persönlich verhandeln, denn sie fanden, dass die Ausführung der neuen Gesetze durch Ursúa auf jugendlichen Leichtsinn fusste und eine etwas ältere, erfahrenere Person moderater vorgehe und eher einen Ausgleich zwischen den Interessen der Siedler und der Krone suchen würde (vgl. FRIEDE 1960, VIII, Documento 1816, 1853 u. v. a).

Die beiden Gesandten untersuchten nicht nur die Abgabenpolitik, sondern liessen vielfach auch versklavte Indios frei, wenn sie zu der Meinung gekommen waren, dass sie nicht entsprechend der königlich-spanischen Gesetze behandelt worden waren. Das brachte beiden, wie nicht weiter verwundern kann, sehr viel Unmut ein.<sup>6</sup> Dennoch folgte vor allem Ursúa ein sehr guter Ruf: Er wird als Galan bezeichnet, edel, höflich und gutaussehend, fein, diplomatisch und auch listig: Alle guten Eigenschaften, die ein Baske nur auf sich vereinigen kann, waren ihm eigen, wie der Baske und Ethnologe Julio Caro Baroja schon vor vielen Jahren zeigte.

Einen ganz anderen Ton zur Charakterisierung der baskischen Eigenart schlägt der frühere Exil-Baske Salvador de Madariaga an, dessen Spanien-Buch aus den zwanziger Jahren 1979 in einer dritten Auflage auf Deutsch erschienen ist. Seltenerweise tummeln sich darin vor allem Vorurteile und Stereotypen. Dort heißt es: „Die Basken sind Seefahrer und Bergbewohner, Fischer und Bauern, kräftige, gesunde, einfache Menschen ... Der Baske klammert sich an seine Ansichten, nach Art von Leuten, die nur wenige Ideen haben und deshalb sparsam damit umgehen müssen. Ernst, loyal, unnachgiebig und enggeistig hat der Baske mit seinem klerikalen Katholizismus (Spanien, K. G.) nicht wenig zu schaffen gemacht“ (MADARIAGA 1979: 121; andere wie die Katalanen oder Andalusier erfahren bei weitem nicht so bössartige Charakterisierungen). Das entspricht der engstirnigen und pauschalen Charakterisierung eines Bergbauern, dumm und tumb, der über sein Dorf noch nicht herauskam. Wie aber konnten, wenn die Basken nun so waren oder sein sollten, sie mit einer solchen Typisierung über Jahrhun-

derte hinweg die gesuchtesten Seefahrer werden, die sich ganz stark in der Konquista engagierten? Und die auch auf dem amerikanischen Festland vor schwierigsten Expeditionen nicht kniffen?

Offensichtlich konnten nicht nur in längst vergangenen Zeiten, sondern auch noch heute viele Spanier mit den Basken nicht viel anfangen – und umgekehrt. Vermutlich entstanden aufgrund ihrer unterschiedlichen Wertvorstellungen, ihrer exotischen Sprache und letztlich immer noch nicht ganz aufgeklärten Herkunft eine Fülle von phantastisch anmutenden Erklärungen und Charakterisierungen.<sup>7</sup>

Zu diesen historischen Fantasien gehört auch die Geschichte Lope de Aguirres, der offenbar nur Hass auf sich ziehen konnte. Er war unbestechlich und gerecht und tötete nur seine Feinde, die allerdings auch Spanier sein konnten. Auf seinen „Erkundungszügen“ scharte er auch Schwarze und Indios um sich und versprach ihnen im Gegenzug als Lohn für ihre Anstrengungen die Freiheit. Allein das genügte schon, um ihn als „outlaw“ zu stigmatisieren. Pedro de Ursúa dagegen tötete Menschen wegen ihrer farbigen Haut oder wegen ihrer unterschiedlichen Glaubensvorstellungen (vgl. BAROJA 1983: 118f).

Jedoch gilt nicht Aguirre, sondern Ursúa als der Gerechte, der Held, der Diplomat, der königstreue Spanier, der aber nicht primär baskischer Moral folgt. Ursúa ging wie die meisten seiner spanischen Landsleute davon aus, dass nicht alle Menschen gleich seien, dass es vielmehr große Unterschiede zwischen ihnen gäbe. So ging es nicht nur unter den Weißen hierarchisch zu; schlimmer: Schwarze galten nicht als Menschen. Lope de Aguirre bezeichnet Pedro de Ursúa einmal als „schlechten Gouverneur, so pervers, lasterhaft und elend, dass wir ihn nicht mehr ertragen konnten“ (vgl. BAROJA 1983, ebenda). Zwar steht dieser Satz in seinem berühmten Brief an Philipp II., womit er den Mord an Ursúa legitimieren wollte. Doch darüber hinaus zeigen die Sätze quasi als Schlusspunkt, dass Aguirre nicht gewillt war, die herrschende Ideologie der Ungleichheit weiter mitzutragen. Für ihn war nicht ausschlaggebend, wie jemand aussah, sondern ob er sich tapfer verhielt. Damit folgte er, wie noch gezeigt wird, der alten baskischen und nicht der spanischen Konquistadoren-Ideologie.

Pedro de Ursúa, der hübsche Edelmann, ver-

hält sich dagegen entsprechend der Normen, bei denen es nicht in erster Linie um Tapferkeit geht. Eine historische Episode macht seine Grausamkeit und Verschlagenheit überdeutlich: Zwölf Jahre nach seiner Ankunft in Amerika, in den Jahren 1557/58, hält er sich, gerade dreißigjährig, in Panamá auf, das zu diesem Zeitpunkt mit großen Problemen zu kämpfen hatte. Der „Camino Real de Nombre de Dios“, ein sehr wichtiger Handels- und Verbindungsweg, war blockiert von aufständischen Schwarzen unter Führung des Königs Bayomo, die aus der Sklaverei geflohen waren. Da Ursúas Fähigkeiten auch in Panamá nicht unbekannt geblieben waren, wurde er aufgrund seines Rufes als zugleich vorsichtiger und schlauer Hauptmann beauftragt, diesem Aufstand ein Ende zu bereiten. Unter seinen Soldaten waren auch Basken, die später zum Teil gleichfalls an seiner lange ersehnten Eldorado-Expedition teilnahmen.

Ein Geistlicher, Pedro de Aguado, legte ziemlich detailliert Zeugnis über die panamaischen Geschehnisse ab. Er gab zu Protokoll, dass Ursúa bald einsehen musste, dass er die aufständischen Schwarzen auf militärischem Wege nicht würde besiegen können. Daher verlegte er sich auf List und Tücke, die umso grausamer ausfielen, als die Schwarzen durch ihren Aufstand gegen die Sklaverei alle menschlichen und göttlichen Rechte verwirkt hatten. Das schlimmste aber war, dass sie sich durch ihren praktizierten Synkretismus dem Christentum entfremdeten, das sie durch ihre Taufe – als ehemalige Sklaven – empfangen hatten.<sup>8</sup> In einem Dokument heißt es sinngemäß: „Dieser letzte ist der schwerwiegendste Grund, um rücksichtslos und ohne Skrupel auf die Schwarzen loszugehen“ (vgl. RODRIGUEZ 1957, Übersetzung K. G.).

Nach langem militärischen Hin und Her mussten sich die Spanier also eingestehen, dass sie die Schwarzen so nicht besiegen konnten. Daher verlegte sich Ursúa auf List, vielmehr Tücke – und aus der Sicht Aguirres, dem Basken, auf Feigheit: König Bayomo, der Anführer der Aufständischen, ließ sich durch den navarrischen Hauptmann verführen zu glauben, dass sie gleichwertig seien und daher an einem Tisch miteinander verhandeln könnten. Bayomo und seine Gefolgsleute wurden also zu einem gemeinsamen Essen eingeladen, dem sie auch folgten – zu ihrem Unglück. Denn der Wein war vergiftet, wodurch es für die Spa-

nier keine Probleme mehr mit ihnen gab. Einige Schwarze starben sofort, andere konnten willenslos gefangen gesetzt werden. Davon wurde wiederum ein Teil verkauft, ein Teil auf Galeeren geschickt. König Bayomo wurde dem Vizekönig von Peru zur Disposition überlassen, der ihn an den spanischen Königshof schickte. Mit diesem „Sieg“ 1557/58 war Ursúa auf dem Höhepunkt seiner Karriere angelangt. Nun konnte er nach mehr als zehn Jahren die von ihm schon lange ersehnte Eldorado-Expedition anführen, nachdem er sich gegenüber durchaus gleichwertigen Bewerbern aufgrund von Beziehungen mit dem Führungstab durchgesetzt hatte. An dieser Stelle tritt Lope de Aguirre direkt in sein Leben ein, der die Mannschaft dieser Eldorado-Expedition anführt.

### Der Bandit Lope de Aguirre

In einem venezolanischen biografischen Nachschlagewerk (alle folgenden Hinweise und Zitierungen sind aus BAROJA 1983) wird Lope de Aguirre gleich im ersten Satz als „bekannter Bandit und Abenteurer des 16. Jahrhunderts“ bezeichnet, der den Zusatznamen „der Tyrann“ bekam, wengleich er sich selbst als „peregrino“, Wanderer oder besser vielleicht sogar als Pilger sah: Pilger jedoch keineswegs im kirchlich-theologischen Sinne, eher im Sinne von gutem Willen und der Anerkennung seines Herrn, des spanischen Königs, verlassen, als Heimatloser, Heimatsuchender, obschon er diesem immer treu gedient hatte. Aguirre zieht daraus die Konsequenz und „desnaturalisiert“ sich, womit er einem alten spanischen Konzept folgte. Dieses wurde ganz besonders und immer wieder im Baskenland angewendet. Es besagte, dass eine Gefolgschaft ihrem Herrn die Treue aufkündigen konnte, wenn dieser zu viel von ihr verlangte und diese nicht mehr bereit war, es ihm zu geben. Baskische Herren hatten sich im Verlauf der Geschichte immer wieder gegen Anforderungen aus Kastilien erfolgreich zur Wehr gesetzt und die „desnaturación“ angewendet.

Aguirre war also dieses Konzept durchaus bekannt, das aber spätestens mit Beginn der Regentschaft der Katholischen Könige seine Gültigkeit eingebüßt hatte. Wie in vielen anderen Dingen, so war auch in diesem Lope de Aguirre ganz einer alten baskischen Tradition verpflichtet, die er mit nach Südamerika genommen hatte.

Der Grund für seine Erbitterung und letztlich für seine Lossagung vom König war wohl insbesondere gewesen, dass dieser nicht gewillt war, Aguirres Dienste für sein Vaterland entsprechend zu würdigen. Er wurde nicht geehrt, ihm wurde nie eine ruhmreiche Rückkehr nach Spanien mit entsprechender finanzieller Ausstattung in Aussicht gestellt, wie so vielen anderen mehr oder weniger erfolgreichen Konquistadoren. Aguirres Verbitterung ging mit seinem baskischen Ehrgefühl Hand in Hand: Hier findet sich ein fundamentales, grundsätzliches Element der Theorie der Ehre, wie es sich vor allem im Konzept des „más valer“ ausdrückt, dem „mehr gelten“. Dieses „más valer“ ist die Essenz jeder Handlung, jeder Aktivität von freien Basken zu Ende des Mittelalters gewesen. Es war die Grundlage und Moral der nordspanischen „banderizos“ gewesen, jenes Geflechts aus Verbindungen, Verpflichtungen und Verwandtschaften, die so typisch für das baskische Herrschaftssystem jener Tage waren. Niemand anders als die Katholischen Könige war damals so erfolgreich gewesen in der Bekämpfung dieser z. T. auch gegen die spanische Obrigkeit gerichteten, auf jeden Fall freigeistig, unabhängig erscheinenden baskischen Vereinigungen. Zwar wurden zu Beginn des 16. Jahrhunderts, also als Aguirre sich schon in Südamerika befand, viele Elemente der baskischen Autonomie, des baskischen Lebensgefühls von der kastilischen Staatsmacht zerschlagen. Doch Aguirre hatte die baskische Moral sozusagen mit der Muttermilch aufgesogen und mit sich genommen.

Allerdings konnte er nicht mehr darauf hoffen, auf Verständnis zu stoßen, was ihm allerdings entgangen war. Dazu hatten sich die Zeiten zu schnell und zu drastisch geändert. Eine Generation vorher wäre er wohl noch als Baske verstanden worden. Doch die Kolonisierung Amerikas wurde auch im spanischen Einheitsgedanken zum Ausdruck gebracht. Kämpften die Katholischen Könige in Spanien für die Einheit und auch gegen die Basken, so konnten sie umso weniger akzeptieren – oder auch nur nachvollziehen – dass sich ähnliche Muster in Südamerika wiederholten.

Aguirre wird zum „bösen Buben“: Indem er sich vom König lossagt im Akt der „desnaturación“, wird er für die Spanier zum Verräter, ein Ruf, der ihm über sein Leben hinaus bis auf den heutigen Tag anhaftet. Doch Aguirre folgt einem

alten baskischen Konzept, das als Verrat nur von unverständigen Kastiliern verstanden werden kann. Aguirre wird auch der „Verrückte“ genannt, nicht nur wegen seines launischen, chaotischen, sardonischen und schrecklichen Benehmens, in das sich auch immer eine gute Portion baskischen Humors mischte, der nun auch wiederum von Nicht-Basken nicht vollständig nachvollzogen werden konnte. Verrückt aber auch, weil Aguirre es wagte, seinen berühmten Brief an König Philipp II. zu schicken, ein Brief, in dem er mit ihm ganz ungebührlich und respektlos von Mann zu Mann spricht und – wie man heute weiß – durchaus richtige Prognosen wagte, die jedoch nicht im Interesse Spaniens lagen. So riet er etwa davon ab, das Amazonas-Gebiet weiter zu erkunden, denn selbst wenn 100 000 Männer dazu abgestellt würden, würde doch keiner von ihnen eine solche Expedition auf Dauer überleben. Aguirre behielt recht damit. Bis vor kurzem noch wagte sich kein Weisser auf Dauer ins Amazonas-Gebiet, und heute sind die internationalen Rohstoffgeschäftsmacher dort, die in keiner Weise das Wohl der Region fördern. Es ist nur eine Frage der (kurzen) Zeit, bis auch hier alles verwüstet ist.

Dass Aguirre noch heute bekannt ist, liegt sicherlich einerseits in seinem eigenartigen Größenwahn begründet, der sich mit weiser Voraussicht paarte. Größenwahn spricht aus seinem oben genannten Brief an Philipp II. und Merkwürdiges mischt sich hinein, wenn er sich selbst in einer Linie mit Alexander dem Großen, Cäsar und Pompeius sieht und mit ihnen gemeinsam nach seinem Tod in der Hölle schmoren will (vgl. BAROJA 1983: 113f).

Seine Fähigkeit, sich außergewöhnliche, klangvolle und gleichzeitig einschüchternde Namen zu geben, machte ihn unvergesslich. Auch seine Gegner waren daran beteiligt, wenn sie ihn „der Zorn Gottes“ nannten, ein effektheischender Titel wie auch der vom „mächtigen Führer der unschlagbaren Marañones“. Ein weiterer Titel, den er sich allerdings selbst gab, „Führer der Freiheit“, verweist hingegen schon eher wieder auf baskische Traditionen. Dieses Freiheitskonzept war im Spanien des 16. und 17. Jahrhunderts nicht gerne gesehen, und am schlechtesten schnitt die Glaubens-, Denk- und Gewissensfreiheit unter dem Regiment der Katholischen Könige und ihrer Nachfolger ab. Diese Basken beriefen sich jedoch in ihrer Hei-

mat weiterhin auf jene Freiheiten, die eng mit den Konzepten des „más valer“ bzw. der Ehre wie auch der Aufkündigung der Gefolgschaft, also der „desnaturación“ zusammenhingen.

Aguirre wollte sich und seine Einflussosphäre freimachen auch vom übermäßigen Einfluss der Kirchenleute, die – wie er befand – sich auf Kosten der anderen bereicherten. Philipp II. hingegen vertraute voll und ganz seinen Amtsträgern, und insbesondere den Prälaten und Bischöfen, womit sich beide klar im Gegensatz zueinander befanden. Was alle drei jedoch einte, Aguirre, Ursúa und den König – und womit sie ganz Kinder ihrer Zeit waren – war der Glaube an den allmächtigen Gott.

Doch Aguirre richtete sich gegen die Repräsentanten der Kirche in Südamerika und folgte damit einer antiklerikalen Tradition des 14. und 15. Jahrhunderts, wie sie sich in vielen zeitgenössischen Texten ausdrückt. Es war dies eine Reaktion angesichts der „Überheblichkeit und des Geizes des Klerus“. In dieser Tradition stand Aguirre allerdings hundert Jahre zu spät und zu einer Zeit, als der spanische König in noch nie dagewesener Weise mit dem Klerus sympathisierte. Der Baske Ursúa hingegen folgte auch in Glaubensdingen seinem kastilischen König, wenn er, wo er konnte, die Kirchenmänner unterstützte.

### Der Gegensatz des Basken

Noch sehr viele ähnliche Gegensätzlichkeiten in der Art und im Verhalten der beiden Basken zum kastilischen Herrscher ließen sich anführen, wollte man die ganze Zeit und die Charaktere vollständig abdecken. Die wichtigsten Genannten sind: 1. die unterschiedlichen Wertvorstellungen, wie sie sich z. B. im Konzept der Ehre, des „más valer“, der „desnaturación“ und der Freiheiten ausdrückten; 2. der Stellenwert des Klerus; 3. die Gleichheit bzw. Ungleichheit und damit Hierarchisierung der menschlichen Rassen.

Aguirre, der Baske, der sich auch noch in Südamerika auf seine regionalen, heimatlichen Traditionen bezieht, kann deswegen in seinem Verhältnis zum kastilischen König nicht gut abschneiden, zumal der spanische Einheitsgedanke die gesamte Herrscher-Ideologie durchfließt. Anders Ursúa, der Baske, der sich nicht auf seine ja doch auch sehr spezifischen Wurzeln besinnt und danach

handelt, sondern dem König und dessen Interessen in all seinem Tun nachkommt und damit alles Baskische von sich wirft. Er wird schließlich geehrt, der andere verflucht.

Zwischen 1560 und 1561 starben nicht weniger als fünf Führer von Eldorado-Expeditionen, die alle in Vergessenheit gerieten. Nur der „Zorn Gottes“ ist noch bekannt. Damit bewahrheitet sich bis heute der Wappenspruch der Aguirres: „Si omniam si perdidit, famam servare memento.“

### Bemerkung

Dieser Text erschien ursprünglich in der Zeitschrift *Peripherie*, Heft 43/44: 138–146, 1990. Er wurde leicht geändert und gekürzt.

### Anmerkungen

**1** Spektakulär in Szene gesetzt wurde Aguirre in Werner Herzogs Film *Aguirre, der Zorn Gottes* (1972), mit Klaus Kinski in der Titelrolle. Ausserdem erschien 1981 auf deutsch Miguel Otero Silvas literarische Verarbeitung *Lope de Aguirre – Fürst der Freiheit* (Köln – Verlag Kiepenheuer und Witsch).

**2** s. dazu u. a. die einfühlsame Schilderung Todorov's über Kolumbus' Horizont und Weltsicht und der hieraus resultierenden Namensgebung für Inseln, Buchten usw.

**3** Der Name Ursúa wird immer wieder, auch in den Dokumenten, ganz unterschiedlich geschrieben: mal Ursua, dann Orsúa usw. (s. mehr dazu in FRIEDE 1960). Julio Caro Baroja, der spanische/baskische Ethnologe ist der Meinung, dass Ursúa die alte baskische Form des Geschlechternamens sei. Dem schliesse ich mich an.

**4** Sein Zorn, etwa auf den König, wird vielfach erwähnt. Besonders eindrucksvoll ist jedoch Aguirres Reaktion sogar auf Spielkarten: Wenn er darin den König zu fassen bekam, schmiss er die Karte auf den Boden und trampelte auf ihr herum (vgl. VÁZQUEZ 1944: 459).

**5** Dass diese Zuordnung noch heute wichtig ist, zeigt der spanische/baskische Schriftsteller Fernando Aramburo in seinem großartigen Roman *Patria* (2018), in dem er die heutigen spanisch-baskischen Konflikte (Stichworte sind u. a. Unabhängigkeitskampf und die ETA) thematisiert.

**6** Der angesehene kolumbianische Historiker Juan Friede hat dazu eine ganze Reihe von Dokumenten zusammengestellt. vgl. FRIEDE 1960 und FRIEDE 1975.

**7** Zu einer sehr kurzen, aber aus baskischer Sicht geschriebenen Geschichte und Landeskunde vgl. Helene ORTOTS' (1979) kleines Büchlein: *Die Basken: Vergangenheit und Zukunft eines freien Volkes*, sowie den schon erwähnten Fernando ARAMBURO (2018).

**8** Tatsächlich wurden die Sklaven alle sehr schnell getauft, oft gleich nach Verlassen des Sklavenschiffs. Vgl. etwa MARTIN, 1988: 33, „Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass hier Gewinn aus dem Handel mit Menschen gemacht wird, oder, um es noch genauer zu sagen, aus menschlichem Fleisch und Blut. Das ist um so verwerflicher, da es sich um Getaufte handelt, die sich zwar in Hautfarbe und Besitz irdischer Güter unterscheiden, deren Seelen aber von dem gleichen Schöpfer geschaffen wurden, wie die unseren auch“ (Francesco CARLETTI, *Reise um die Welt*, 1594).

**9** Die Marañones waren die ihn begleitenden Männer auf der Amazonas-Expedition – vorwiegend Basken. Der frühere Name des Amazonas war Maraño, bis ihn im 16. Jahrhundert der spanische Konquistador Orellana in Amazonas umtaufte, der bezeugte, dass er dort mit amerikanischen Amazonen gekämpft habe (vgl. ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA EUROPEO AMERICANA 1921).

### Literatur

- ARAMBURO Fernando. 2018. *Patria*. Reinbek.  
 BAROJA Julio Caro. 1983. *El Señor Inquisidor y otras vidas por oficio*. Madrid.  
 ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA EUROPEO AMERICANA, BARCELONA 1921.  
 FRIEDE Juan. 1960. *Documentos Ineditos para la Historia de Colombia*. Bogotá.  
 ----- 1975. *Fuentes Documentales para la Historia del Nuevo Reino de Granada*. Desde la Real Audiencia en Santafé. Bogotá.  
 MADARIAGA Salvador de. 1979. *Spanien*. Stuttgart 1979 (3., neubearbeitete Fassung).  
 MARTIN Peter. 1988. *Das rebellische Eigentum. Vom Kampf der Afroamerikaner gegen ihre Versklavung*. Frankfurt.  
 ORTOTS Helene. 1979. *Die Basken: Vergangenheit und Zukunft eines freien Volkes*. München.  
 RODRIGUEZ Ramón Armando. 1957. *Diccionario Biográfico, Geográfico y Histórico de Venezuela*. Madrid.  
 SILVA Miguel Otero. 1981. *Lope de Aguirre. Fürst der Freiheit*. Köln.  
 TODOROV Tzvetan. 1985. *Die Eroberung Amerikas. Das Problem des Anderen*. Frankfurt.  
 VÁZQUES Francisco. 1944. *Jornada de Omagua y Dorado*. (Historia de Lope de Aguirre, sus crímenes y locuras). Buenos Aires.



## „GERMAN ANTHROPOLOGY“

EIN INTERVIEW MIT EKKEHARD SCHRÖDER

DIETER HALLER

*Lieber Ekkehard, das erste Mal habe ich von Dir gehört, als ich Ute Luig für mein Projekt „Fachgeschichte der bundesdeutschen Ethnologie“ befragte. Das war 2008. Sie erzählte von ihrer Studienzeit in Heidelberg und porträtierte die damalige Studentenschaft, die hochgradig ideologisiert und in vielerlei politische Gruppierungen zerfallen war. „Der Einzige, der von den Studenten ernsthaft Ethnologie betrieb, war Ekkehard Schröder“, schloss sie ihre Erzählung. Mir war sofort klar, dass Du in meinem Projekt nicht fehlen dürftest als ein kluger Zeitzeuge, und so kam einige Zeit später das Interview zustande, das hier im Anschluss in leicht überarbeiteter Form abgedruckt wird.<sup>1</sup> Als ich Dich das erste Mal besuchte, hattest Du mir eröffnet, dass Du Potsdamer wärst, und zwar nicht deshalb, weil sich dort deine Praxis befand, in der wir das Gespräch führten, sondern weil Du „von dort“ kämst. Zuerst dachte ich, dass dies einer der üblichen Tricks von Therapeuten sei, mit denen sie ihre Gesprächspartner verwirren, um deren wirkliche Motive und Absichten zu erheischen: Schließlich waren Deine Worte so gefärbt, als spräche ich mit einem Verwandten aus dem Schwäbischen. Tatsächlich stellte sich heraus, dass wir nur ein paar Kilometer voneinander entfernt im Filstal aufwuchsen, was wir – Du als Flüchtlingskind und ich als einheimische Kartoffel – auch gedeihlich zelebrierten: Wiesaschdoi, Wäscherhoim, Draggaschdoi, Gaaaslaus, Reisseschdoi ond Bläsiberg, wir warfen uns die mythischen Ortsnamen der Landschaft unserer beider Kindheiten zu, bevor wir uns an die eigentliche Arbeit des berufsbio-graphischen Interviews machten.*

*Was Ute für die frühen 1970er bekundete, stellte ich dann auch im neuen Jahrtausend fest. Aufmerksam, neugierig, warmherzig, am Anderen, an den Anderen genuin interessiert mit genau der richtigen Mischung aus Irrsinn und Ernsthaftigkeit, die man braucht, um als Ethnologe halbwegs schadlos durch die Welt zu navigieren. Ich habe den Eindruck, dass Dir das gut gelungen ist, mein Freund.*

DIETER HALLER, Bochum, im August 2018

**Herr Schröder, steigen wir doch direkt ein: Sie haben in Heidelberg studiert?**

Ja, ab 1970. Ich wechselte von Kiel nach Heidelberg, aus verschiedenen Gründen: Zum einen wollte ich wieder in den Süden Deutschlands, wo ich seit der Einschulung in eine Volksschule auf der Schwäbischen Alb aufgewachsen war. Außerdem interessierte mich damals Professor Mühlmann, von dessen soziologisch orientierter Ethnologie ich auch schon in Kiel in den Vorlesungen bei meiner ersten Lehrerin, Prof. Katesa Schlosser, gehört hatte (SCHRÖDER 2010). Das fand ich spannend. Doch als ich in Heidelberg ankam, hatte der Herr Mühlmann sich gerade von der Uni zurückgezogen, in Folge der Auseinandersetzungen mit der Studentenschaft. Er war wohl ein wenig gekränkt. Für mich war er damals vor allem ein Ethnologe, der auch über den eigenen Tellerrand des Faches blickte – *Rassen, Ethnien, Kulturen* (MÜHLMANN 1964) ist trotz des vielleicht heute irritierenden Titels noch immer ein sehr interessantes Buch. Und ich habe mir rezent von diversen Ethnologen bestätigen lassen, dass man Mühlmann nach dem großen berechtigten und wichtigen Streit von damals und der guten Aufarbeitung in verschiedenen Publikationen um die Jahrtausendwende nun durchaus wieder lesen „darf“.<sup>2</sup>

Vielleicht sollte neben der akribischen Suche nach den entlarvenden Textstellen auch seine ersten redigierten Bände der Zeitschrift *Sociologus* in den Jahren 1932 und 1933 unter die Lupe genommen werden<sup>3</sup> um das Bild eines auch in seiner Zeit verhafteten und deutlich verstrickten Intellektuellen – Gingrich nennt ihn einen gefährlichen Intellektuellen – noch differenzierter im Verlaufe zu kontextualisieren. Und dann gäbe es noch Zeitzeugen, die ihn auf den Forschungen des von ihm geleiteten Sizilien-Teams, einer der ersten Projekte der Nachkriegsforschungen

der deutschen Ethnologie, begleiteten, wie etwa Emil Zimmermann, der durch seine frühe Literatur zum Thema Migration und seiner kulturwissenschaftlichen Konsiliartätigkeit in der Freiburger Uni-Kinderklinik in den 1980ern und 1990ern bekannt wurde. So könnte ein vielschichtigeres Mosaik zu den Irrungen, Wirrungen und den Versuchen, authentisch zu bleiben oder zu kippen, zusammengesetzt werden – auch um Völkerkunde in und aus (!) Deutschland präziser zu verorten, und auch als Anregungen für potentielle eigene unreflektierte Anfälligkeiten.

Als Student kam ich also aus dem vergleichsweise etwas weniger politisierten Kiel in das sehr politisierte und vor allem polarisierte Heidelberg. Dort war es für mich extrem, es gab eine ganze Reihe von völlig verbohrtten Fundamentalisten. So hatte ich mir das nicht vorgestellt, auch wenn das Herz natürlich irgendwie nicht nur anatomisch links schlug und schlägt. Ich ging unter anderem in viele Vorlesungen meines Nebenfaches Philosophie: In Kiel noch zu Karl-Otto Apel und Hermann Schmitz, in Heidelberg unter anderem zu Iso Kern, der über Husserl las, und später vor allem in Mainz, wo der Philosoph Richard Wisser (geb. 1928) von einer „kritisch-krisischen Grundbefindlichkeit des Menschen“ (WISSER 1997) sprach und dabei eine eher klassisch-liberale Grundhaltung vertrat. Diese war im Nachkriegsdeutschland nicht unüblich, begründete den Demokratisierungsprozess in den Gehirnen und hat mit der heutigen Pandemie des Neoliberalismus nichts zu tun.

Als Heidelberger Ethnologie-Student lernte ich auch Ute Luig kennen, die im Sommer 1973 dort erstmalig als Assistentin mit Gerhard Hauck zusammen ein Seminar zu „Imperialismus und Unterentwicklung: Beispiel eines afrikanischen Staates“ abhielt. Sie verarbeitete vor allem auch Gedanken von Paul Baran und von Claude Meillassoux. Das waren die Themen, die die Studenten interessierten. Im Lehrbetrieb gab es auch Heinz Göhring, er lehrte unter anderem zur Ethnozoologie Lateinamerikas und ging dann zur Dolmetscherschule nach Germersheim. Zudem lehrten Christian Sigrist sowie sukzessive Lawrence Krader und der Habermas-Schüler Jóhann Páll Árnasson, die als Gastprofessoren kamen. Krader hatte die ethnologischen Schriften von Karl Marx in Amerika aufgearbeitet (KRADER 1976), letzterer in

Heidelberg nicht rezipierbare kreative Weiterentwicklungen einer kritischen Marxrezeption angeboten (ÁRNASSON 1971).

Ich ging zuerst in die Veranstaltungen von Ulla Johansen und Karl Jettmar vom Südasien-Institut und nahm auch, von Kiel gewohnt, an Museumsübungen im Heidelberger Völkerkundemuseum teil. Dort hielten die Assistenten des bereits vom Parkinson gezeichneten Leiters Dr. Hermann die Übungen ab, so Wolfgang Böhning und Johannes Kalter, der später ans Lindenmuseum in Stuttgart ging. Themen waren zum Beispiel Stilkunde zu westafrikanischen Masken und zu den komplizierten Wurfmessern aus dem Kongo. Abends traf man sich bei einem Stammtisch in der Romanze gegenüber dem Ausgang zur Bergbahn, wobei ich mich noch an Till Schiel erinnere. Bei Frau Johansen hörte ich unter anderem im Wintersemester 1971/72 im Seminar „Die amerikanischen Forschungen zur Frage von ‚Culture and Personality‘“ im historischen Durchgang kursorisch alles von Alfred Vierkandt und Richard Thurnwald bis ausführlich zu den großen, bis heute die Diskurse prägenden amerikanischen Schulen. Die deutsche Nachkriegsethnologie suchte ja damals aktiv den internationalen Anschluss, was sich etwa im Vergleich zu heute an den viel häufigeren Autorenbeteiligungen etwa an angloamerikanischen Zeitschriften wie *Current Anthropology* zeigt. Für mich war es der Anfang des engeren Interesses an „ethnomedizinischen“ Fragestellungen, wie es damals hieß. In diesem Seminar saß Beatrix Pfeleiderer neben mir, und vermutlich war es auch bei ihr die Initiation.

Lorenz Löffler lehrte ebenfalls am ISE, Mühlmanns „Institut für Soziologie und Ethnologie“ und vertrat nach dessen Rückzug den Lehrstuhl für ein paar Semester – vor und parallel zu seinem endgültigen Weggang nach Zürich. In Zürich konnte er neben dem Aufbau einer modernen Ethnologie auch solche „Orchideenfächer“ wie die Musikethnologie und die Ethnomedizin sinnvoll in das Kurrikulum ein- und ausbauen, während man in Heidelberg zum Beispiel die Rollentheorie von Robert Merton und Talcott Parsons soziologische Ansätze in den Veranstaltungen von den Fundamentalisten auf Seiten der Studenten als „im Dienste des Kapitals entlarvte“. So wurde einmal ein von mir vorgeschlagenes Tutorium zur Musikethnologie thematisch mit der Begründung

„Musik ist bürgerliche Scheiße!“ abgetan, in dem ich an Hand verschiedener Musikstile sowohl die Möglichkeit des Ausdrucks von Unterdrückung als auch von Widerstand aufzeigen wollte.

Neben der Ethnomedizin war damals eher die Musikethnologie mein Steckenpferd. Sie wurde in Heidelberg von Wolfgang Laade vertreten, den Löffler dann nach Zürich mitnahm. Andererseits wurde Löffler aber durchaus allseits anerkannt. Ich beteiligte mich im Sommersemester 1972 an seinem Seminar „Akkulturation und Emanzipation“, dessen Stoff auch die Grundlage seiner Antrittsvorlesung in Zürich war (LÖFFLER 2002: 381–392).<sup>4</sup> Er war ein Systematiker und Ethnologe, der sich und seinen Bemühungen um Professionalität und Objektivität des Faches treu blieb und galt keinesfalls als verdächtiger Rechter. Er war auf jeden Fall anregend, gab sich keine Blöße und hat auch immer engagiert mitdiskutiert.

#### **Wie muss man sich Löffler als Lehrenden vorstellen?**

Er war stets freundlich, etwas zurückhaltend, korrekt, manchmal auch ein bisschen trocken. Er hat die Studenten oft an interessanten Referaten kräftig arbeiten lassen, die er dann beim Entstehungsprozess und Vortrag gelehrt kommentierte. Auch führte er viele Einzelgespräche, die sehr aufschlussreich und bereichernd waren. Insgesamt war er jedoch nicht einer, der gleich Begeisterung auslösen konnte. Es brauchte Zeit, um den Gewinn zu bemerken, bei ihm zu lernen.

#### **War es für Sie enttäuschend, nach Heidelberg zu kommen, als Mühlmann sich gerade zurückzog?**

Ich fand es damals einfach interessant, Mühlmann zu lesen, da er eben Ethnologie und Soziologie zu verbinden suchte. Schon während meines Studiums in Kiel wurde er immer wieder von der sonst sehr konservativen Frau Schlosser zitiert, und so hatte ich angefangen, ihn selbst zu lesen. In Heidelberg habe ich ihn nicht mehr vermisst, da gab es genug Anregendes. Insofern war ich in diesen Jahren tatsächlich „im Mekka der Ethnologie“, was ich aber erst nach über zwanzig Jahren nachlesen konnte (JOHANSEN 1993: 17).

#### **Wie kam es dazu, dass Sie in Kiel mit dem Studium der Ethnologie begannen?**

Dazu muss ich erst einmal sagen, dass die Ethnologie immer ein bisschen meine heimliche Liebe war. Ich hielt sie jedoch nicht für einen Brotberuf und begann daher zunächst ein Studium der Psychologie, belegte parallel dazu aber stets voll auch Ethnologie. Zwischendurch interessierte ich mich noch für Theaterwissenschaften und studierte dieses Fach kurzzeitig in München und dann in Saarbrücken. Dort gab es keine Ethnologie.

Als ich dann wieder nach Kiel zurückkehrte und mir vornahm, über die Fleißprüfung doch Medizin zu studieren, belegte ich weiterhin durchgehend voll Ethnologie. Als Nebenfächer gab es dort Philosophie und Physische Anthropologie. Beides interessierte mich, vor allem in der Physischen Anthropologie hörte ich sehr ausgiebig. Es zählte auch als Nebenfach für das psychologische Vordiplom. Diese Richtung wurde ja sehr bekämpft, obwohl es in Kiel sicher gute Vertreter gab. Es war zum Teil eben die klassische (physische) Anthropologie oder Humanbiologie, die natürlich wegen ihrer spezifischen Geschichte auf dem Weg ins Dritte Reich in die Kritik geriet. Es war in Kiel vor allem eine Anthropologie, welche sich als Menschenkunde verstand und freilich soziale Aspekte einbezog (der Leiter J. Schäuble war ein Dr. phil. und Dr. med.), abgesehen von dem dazugehörigen Fach Primatologie, das in Kiel ebenso vertreten war (Christian Vogel, später Göttingen). Die Ethnologie war in Kiel übrigens noch an die Zoologie und das dortige Museum angegliedert (der Tierverhaltensforscher und Meeresbiologe Adolf Remane förderte sie).

In Kiel lehrte der Privatdozent Hans W. Jürgens, der eine Mischung aus Biologie, Genetik und Sozialem vertrat. Er sprach zum Beispiel bei einer methodisch kritischen Diskussion der Aufstellung von Typenlehren von „biologischen Sozialtypen“ (JÜRGENS & VOGEL 1965: 159ff) und betonte dabei immer, es gäbe zwar diese oder jene Befunde und Korrelationen, doch die eigentliche methodische Schwierigkeit bestehe darin, wie diese zu interpretieren seien. Das methodische Denken lernte ich vor allem über die Psychologie, während im Medizinstudium in erster Linie nur viel Wissensstoff vermittelt wurde. Herr Jürgens, der um mein ethnologisches Interesse wusste, wies mich dann

1970 bei einer zufälligen Begegnung im Flugzeug nach Berlin darauf hin, dass in Hamburg gerade eine *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin* gegründet werden sollte, von einem Joachim Sterly. Sterly, den ich seit der ersten Mitgliederversammlung der AgE – damals hieß sie so – 1972 in Heidelberg kenne, war eine rasch sehr aufbrausende, aber auch charismatische Persönlichkeit, zudem ein Schüler im Geiste von Edmund Husserl. 1974 hatte er sich bei Frau Johansen in Köln in Ethnomedizin habilitiert. Sie müssen wissen: die Ethnomedizin ist eine ethnologische Erfindung.

### Das heißt, Joachim Sterly hat die Gründung der Ethnomedizin angestoßen?

Ja, genauer gesagt, er hat die Ethnomedizin hier eingebracht. Die Arbeitsgemeinschaft wurde 1970 gegründet, ihre Wiege war seine Hamburger Arbeitsstelle<sup>5</sup> und die im gleichen Jahr 1969 auf der DGV-Tagung in Göttingen gegründete *AG Ethnomedizin, Ethnobotanik und Ethnozoologie in der DGV*. Viele namhafte Ethnologen – wie Erhard Schlesier, Karl Jettmar, Sigrid Paul, Heinz Göhring oder eben auch Lorenz Löffler – gehörten zu den Befürwortern, weil sie die eigenständige Bedeutung des Medizinischen im ethnologischen Bereich erkannt hatten und Vieles aus diesem Bereich nicht nur der Religion zuwiesen. Irgendwie lief es aber nicht so richtig mit dieser Arbeitsgruppe, auch wenn der damalige Vorsitzende E. W. Müller später zu mir sagte, er könne sich nicht mehr so scharf an die Details des weiteren Verlaufes erinnern.

Die am 10.10.1970 in Hamburg gegründete AgE (so die damalige Abkürzung der *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*) baute unter anderem konzeptionell auf der neu geforderten Interdisziplinarität und besonders auf dem Begriff der Lebenswelt auf und verortete sich im Rahmen des Diskurses um das kulturell Eigene und das kulturell Fremde – aber eben im Bereich des Medizinischen allgemein, so wie es der Wiener Erich Drobec entworfen hatte (DROBEC 1955), also nicht eingeengt auf die Schulmedizin. Damals waren viele noch ganz auf die so genannten Naturvölker konzentriert, doch Sterly brachte in seinen wiederholten Denkschriften und Texten ein, dass es nicht nur um diese gehen könne, sondern man auch die eigene Medizin kritisch betrachten und begleiten müsse. Die

Studien zur Ethnomedizin sollten als kulturwissenschaftlich relevantes Material dienen, um die Humanökologie und die Medizinsoziologie insgesamt und eben auch bei uns zu bereichern. In den USA war „Anthropology“ ja bereits sehr breit ausgerichtet und beinhaltete auch die Humanökologie und Themen der medizinischen Soziologie.

In den politischen Diskussionen der damaligen Zeit wäre das Wort „Medizinethnologie“ in Heidelberg und sonst nicht so gut angekommen,<sup>6</sup> da es analog zu anderen Teilbereichen des Faches wie die Religionsethnologie oder die Kunstethnologie auf die bloßen Sektoren verwiesen hätte. Es ging aber darum, die verstaubten Ansätze aufzudröseln und neu zu beleben. „Ethnomedizin“ ist eher ein neues Kunstwort, das für mich ein wenig an den Begriff der „Ethno-Science“ angelehnt ist. So haben wir es immer verstanden. Bis in die 1990er Jahre war die Wahl des Wortes im Rahmen des Faches auch unbestritten, beispielsweise Herr Streck oder Claus Deimel als Leiter des größten deutschen Völkerkundemuseums benutzen es heute immer noch, wenn Medizinethnologie gemeint ist. Beatrix Pfeleiderer wiederum begann sehr früh – etwa seit Ende der 1970er Jahre –, etwas militanter von der „Medizinethnologie“ zu sprechen. Für sie musste diese Richtung schon von der Sprachlogik her so heißen. Sie hatte die hochpolitisierten früheren Debatten nicht mitbekommen, die von Leuten geführt wurden, denen es auch um die Interdisziplinarität dieser Richtung ging und die Lösung von den „Schublade“-Ethnologien. Medizinethnologie war von Anfang an immer als möglicher Begriff in der Debatte, hätte aber Ärzte und andere weniger angesprochen, weil es eindeutig einem Fache zugeordnet ist.

### Wie verlief Ihr Studium nach dem Wechsel von Kiel nach Heidelberg?

In Heidelberg drehte ich voll auf, sowohl in der Ethnologie als auch bei der Medizin. Ich absolvierte praktisch ein Doppelstudium. Der Tropenhygieniker Professor Hans Jochen Diesfeld hielt damals interessante Vorlesungen über Medizinprobleme in der Dritten Welt, wobei er auch die Bevölkerungsdynamik und Umweltfragen berücksichtigte. So etwas fand man sonst nirgends. Ich schlug ihm vor, seine Veranstaltungen zu den So-

ziologen in die Altstadt in das Haus Riesen zu verlegen, damit er mehr Hörer bekäme. Doch aus den fünf Teilnehmern wurden dann lediglich zehn. Ansonsten regierte unter anderem die KPD-ML, und in der Studentenschaft ging es weniger um Wissenschaft als vielmehr um wenig vermittelte gesellschaftliche Veränderung. Die psychisch Kranken etwa galten dabei als Subjekte des politischen Wandels (sozialistisches Patientenkollektiv). Selbst wenn es um einen Staudamm in Thailand ging, wurde das nur unter der Perspektive verhandelt, ob er „dem Kapital“ diene – und wenn er dem Kapital dienen sollte, sei er abzulehnen. Das klingt vielleicht ein bisschen „verkürzt“. Eine offene Einbeziehung der damaligen grauen Literatur würde ich aber für die Rezeptionsgeschichte des Faches Ethnologie gut finden. Vielleicht wird aus dieser Beschreibung auch deutlich, warum das erwähnte Tutorium zur Musikethnologie einfach nicht durchkommen konnte. Doch gerade Musik kann man ja als Ausdruck von politischen Strömungen und Gedanken begreifen, etwa den Blues als Stil der ehemaligen Sklaven in den USA. Dies brachte mir Wolfgang Laade bei. Nicht die musiktheoretische Betrachtung, sondern eher die soziale Aufladung, das fand ich interessant. Einen solchen ethnosozologischen Aspekt von Musik hätte ich damals gerne vermittelt. Ich habe es jedoch nur zweimal probiert, da ich mit dem Medizinstudium sehr ausgelastet war.

**Lernten Sie Mühlmann, der 1988 verstorben ist, im Lauf der Zeit noch persönlich kennen?**

Wir lernten uns flüchtig kennen, als ich ihn per Brief darum bat, für die erste Nummer der Zeitschrift *Curare* (1.1.1978) ein Geleitwort zu verfassen. Er war offen dafür und schrieb es gern; es wurde ein schönes Geleitwort. Er lebte damals bereits in Wiesbaden mit seiner Frau, die eine Arztpraxis hatte und kam meines Wissens nie mehr ans ISE nach Heidelberg.

**Wann beendeten Sie Ihr Studium?**

Mein Examen in Medizin machte ich Ende Juni 1973. Anschließend war ich sofort voll mit dem ersten Jahr als Medizinalassistent beschäftigt. Die AGEM wurde ab 1974 mehrheitlich von Heidelberg aus geleitet. Ich war wesentlich an der Or-

ganisation der beiden Fachtagungen Ethnomedizin 1974 und 1977 beteiligt und pendelte dann von 1975 bis 1979 zwischen Mainz, meinem weiteren ethnologischen Studienort, einer Assistenzzeit am Tropeninstitut in Heidelberg und habituellen Vertretungen von Landpraxen im ländlichen Umland hin und her. Diese Erfahrung war für mich wichtig, weil sie mein Bild von der realen medizinischen Landschaft vor Ort nach dem Studium deutlich korrigierte. In Mainz war ich ein oder zwei Tage pro Woche und besuchte dort – neben der Philosophie – unter anderem auch die Musikethnologie-Seminare des Wienerers Alfons Dauer und Oberseminare von E. W. Müller. Außerdem gab es dort, wie in Kiel, die Physische Anthropologie. All das interessierte mich – die Interdisziplinarität und eine weit gefasste Anthropologie haben mich stets gereizt.

**Lassen Sie uns in diesem Zusammenhang noch einmal auf Kiel zurückkommen. Dort lehrte Katesa Schlosser?**

Ja, sie war dort die Einzige, die Ethnologie lehrte. Sie besaß eine volle Professur und hätte auch als Doktormutter fungieren können. Es gab eine ausreichende Anzahl von Stunden, die sie wöchentlich für Lehrveranstaltungen aufbringen musste. Sie bot immer ein Proseminar an sowie eine einstündige und eine zweistündige Vorlesung. Daraus entstand ein Zyklus zu diversen Regionen, etwa zur Ethnologie Polynesiens oder der Ethnologie Afrikas. Ich hielt bei ihr auch mal einen Vortrag zu Pechuël-Loesche und dessen Forschungen an der Loango-Küste. Schon zu Lebzeiten war er ja zu kritisch für die damalige Ethnologie, er ist ein Vergessener des Fachs. Er war auch als ethnographischer Gutachter tätig und beschrieb die Machenschaften der Kolonialstaaten (Kongokonferenz 1888). Seine Erkenntnisse waren jedoch damals nicht erwünscht – und wurden auch skeptisch kommentiert, als ich sie in Kiel bei selbst gestellten Themen referierte.<sup>7</sup>

**Was wurde Ihnen von Frau Schlosser auf theoretischer Ebene vermittelt?**

Sie betrieb vor allem eine jahrzehntelange medizinische Ethnographie der Heilkundigen-Familie der Madelas im Zululand (SCHLOSSER 1972)<sup>8</sup>,

die wir wenigen Studenten mitverfolgen konnten. Einige ihrer Veranstaltungen befassten sich wiederholt mit der Kunstethnologie sowie mit Religion, ihrem Spezialgebiet (SCHLOSSER 1952).<sup>9</sup> Wir machten auch Museumsübungen, außerdem Übungen zu verschiedenen ergologischen Kulturtechniken des Kochens sowie zu der Zuordnung von Speer- und Pfeilspitzen aus Melanesien nach Form, Quantität und Qualität. Eine solche Vorbereitung auf die Arbeit im damaligen Museum gab es dann auch in Heidelberg am Völkerkundemuseum der Josephine und Eduard von Portheim-Stiftung. Dieses Museum wurde bekanntlich im Dritten Reich geschändet.

**Wann haben Sie in Kiel mit dem Studium begonnen?**

Im Sommersemester 1964 nach dem Abitur in Geislingen/Steige habe ich mich dort für Psychologie eingeschrieben. Ich wurde 1944 in Potsdam geboren und wuchs seit dem sechsten Lebensjahr in der Schwäbischen Alb auf. Zum Studieren wollte ich dann an die am weitesten entfernte Universität.

**Was brachte Sie als jungen Menschen dazu, die Ethnologie zu wählen?**

Eingeschrieben war ich, wie gesagt, für die Psychologie, doch Ethnologie war meine Leidenschaft. Das liegt vielleicht daran, dass ich ja selbst ein Fremdheitserlebnis hatte – als hochdeutsch sprechender, protestantischer Junge aus dem Potsdamer Umland einer aus Berlin ausgesiedelten Kunstmaler-Familie kam ich quasi in eine katholische Diasporagemeinde auf der mittleren Schwäbischen Alb im ansonsten pietistisch geprägten Kernwürttemberg und wurde dort direkt eingeschult. Das war schon ein kultureller Clash, ein großer Sprung. Schwäbisch lernte ich in diesem Alter sehr schnell. Man versucht dann immer, dazu zu gehören, und ein paar Dörfer weiter, wo man mich nicht kannte, wurde ich auch für einen Schwaben gehalten. Dort wo jedermann wusste, dass ich zugezogen war, heißt es bis heute manchmal noch, ich solle erst mal richtig Schwäbisch lernen oder könne es noch nicht so ganz. Das Fremdsein ist also Teil meiner Biographie und war wohl einer der Gründe für meine Studienwahl. Ich sammelte als Junge auch diese Sanel-

la-Bilder, auf denen zum Beispiel tanzende Nubier-Frauen zu sehen waren. Das war das erste Bild, das ich mir in der Bäckerei aussuchte – und meine erste Initiation für die Ethnologie (Anm.: Hier nicht abgebildet). Ich las zudem das dazugehörige Sanel-Album über Afrika, das recht ordentlich geschrieben war und von Respekt gegenüber anderen Kulturen zeugte (HANSEN 1952). Es ging darin um einen Jungen, der von Hamburg aus kreuz und quer durch Afrika reist und dabei interessante Abenteuer erlebt, die mit hundert postkartengroßen Bildern illustriert waren. So wurde mir ein anfängliches Wissen vermittelt. Ich denke, wenn man auf diesem Weg zur Ethnologie kommt und später tiefer und kritischer in die Materie einsteigt, dann ist das ein guter Weg.

**Frau Schlossers regionaler Schwerpunkt war ja ebenfalls neben der Südsee vor allem Afrika – ein weiterer Grund für Sie, nach Kiel zu gehen?**

Nein, so genau hatte ich mir das damals nicht überlegt. Ich erfuhr erst nach meiner Ankunft in Kiel, dass man dort auch Völkerkunde studieren konnte. Ich fand das klasse und freute mich, auch während des Studiums meinem Hobby nachgehen zu können und blieb deswegen wohl auch länger dort. Primär waren das Studium der Psychologie und die Entfernung zur Schwäbischen Heimat die entscheidenden Kriterien der Studienortwahl. Ganz allgemein war ich einfach ein neugieriger Mensch, und Ethnologe wird man anfangs eher nicht, wenn man auf dem Lande aufgewachsen ist. In der Schule hatte ich aber jahrelang die Schülerzeitung geleitet und dabei zum Beispiel bereits 1962 Gastarbeiter interviewt. Auch berichteten wir aktuell über den Mauerbau und die politische Lage in Israel und Palästina. Die Fächer Geschichte und Gemeinschaftskunde interessierten mich sehr, und unter dieser Perspektive ist es wohl leicht verständlich, warum ich dann ideell rasch auch außerhalb Deutschlands landete. Hinzu kamen die Leidenschaft für Afrika und der jugendliche Traum vom Abenteuer.

**Gab es innerhalb der Psychologie Felder, die mit anthropologischen Themen zu tun hatten?**

Die Psychologie hatte nicht viel mit Kultur zu tun. Es war ja damals ein eher kleineres Fach; erst ab

1964 wurden etwa in Kiel aus den zehn sonstigen Studienanfängern plötzlich fünfzig. Anfangs wurde noch gesagt, man solle es sich gemütlich machen und ein wenig zur motivierenden Sozialpsychologie hören (etwa Hofstätters Gruppendynamik), ein paar Referate halten und ab dem zweiten Semester Grundkenntnisse in Statistik erwerben. Doch mit steigender Studienzahl in diesem Semester lief die Beratung umgekehrt, Statistik war plötzlich am wichtigsten. Generell wäre es wichtig zu fragen, woher in der Bundesrepublik plötzlich die vielen Interessenten für dieses Fach kamen, nachdem die Nachkriegsschäden sozusagen repariert – oder auch zugemauert – wurden. Alexander Mitscherlichs Buch *Die Unfähigkeit zu trauern* (MITSCHERLICH & MITSCHERLICH 1967) war ja Anfang der 1960er Jahre entstanden. Es stand unter anderem mit ähnlichen Themen zur Vergangenheitsbewältigung in der Fachschafts-Bibliothek der Vorkliniker. Das hat mich auch sehr interessiert. So lernte ich Stück für Stück die Psychologie kennen, beispielsweise gab es in Kiel auch noch Hypnose und Graphologie. Jene Aspekte der Psychologie, die nicht ganz dem Mainstream folgten, reizten mich – ebenso wie die Ethnologie.

### **Wann und wie wurde die Zeitschrift *Curare* gegründet?**

*Curare* wurde 1978 gegründet. Vorher gab es seit 1971 die Zeitschrift *Ethnomedizin*, welche Sterly ins Leben gerufen hatte. Meiner Meinung nach wollte er *Ethnomedizin* innerhalb der Redaktion nicht solidarisch gestalten, aber das Blatt kam auch eher bei den Medizinern an, weniger bei den Ethnologen. Vor allem Sozialpsychiater und transkulturelle Psychiater fanden Interesse daran. Neben Sterly gab es den Sozialpsychiater und späteren Psychoanalytiker Gerhard Rudnitzki aus Heidelberg als einen Redakteur sowie den Kinderarzt Werner Stöcklin aus Basel, der lange Zeit in Neuguinea tätig war und am Tropeninstitut Basel ethnomedizinische Einführungen hielt. In der Sepik-Region in Neuguinea hatte er einen lokalen Mediziner als Konsiliarius an seiner Seite – zu einer Zeit, als das noch unüblich war. Die Mediziner bemerkten damals, dass ihr Wissen und ihre Heilungsformen oftmals keinen Anklang fanden.

1955 war der Reader *Health, Culture & Community* (PAUL 1955) von Benjamin D. Paul erschie-

nen, in dem Mediziner und Vertreter anderer Gesundheitsberufe aus aller Welt ihre Erfahrungen zu der Frage, warum die wohlgemeinte humanitäre Hilfe oft scheitert, zusammentrugen. Schon damals wurde thematisiert, was heute selbstverständlich ist. Zum einen war das missionarische Streben der Ärzte kritisch zu beleuchten, zum anderen wurden kulturelle Differenzen nicht berücksichtigt. Mit dieser Publikation B. D. Pauls beginnt für mich auch die reale Geschichte der „Medical Anthropology“. Im gleichen Jahr – 1955 – erschien im *Anthropos* der bereits erwähnte Artikel von Drobec zur Ethnomedizin. Er hatte Medizin und Ethnologie studiert und verdiente später sein Geld als Arzt, weil seine kreativen ethnologischen Thesen im kulturhistorisch festgefahrenen Wien unerwünscht waren. Aus einer Vielzahl von ethnographischen Monographien hatte er die medizinischen Aspekte herausgearbeitet und dabei einen ubiquitären „rationalen Kern“ konfiguriert, den es zu erforschen galt. Seiner Meinung nach ging das aber nur, wenn man zugleich Mediziner und Ethnologe war, was heute nicht mehr so gesehen wird.

### **Sie sagten vorhin, dass auf der DGV-Tagung 1969 auch andere Arbeitsgruppen – etwa die Ethnobotanik oder die Ethnozoologie – gegründet werden sollten. Spielte das später noch eine Rolle?**

Es war nur eine Initiativgruppe; die Ethnozoologie spielte gar keine Rolle. Die Ethnobotanik hatte immer ihre Liebhaber, zu denen auch ich heute noch gehöre. Diese AG in der DGV beinhaltete alle drei Bereiche, bestand jedoch nur bis 1973. Es blieb nach der Auflösung der AG in der DGV neben Sterlys Hamburger Arbeitsstelle eigentlich nur die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin als außeruniversitärer freischwebender Verein hochmotivierter verschiedener Wissenschaftler übrig. Sie war bei den Ethnologen bekannt und wurde immer etwas beäugt, sowohl kritisch als auch durchaus wohlwollend. Anhand der *Curare* lässt sich die Akzeptanz der Ethnomedizin als neue Richtung ablesen, denn die Zeitschrift konnte sich von Anfang an im Fach etablieren. Und wie gesagt, namhafte Kollegen traten vermehrt in die AGEM ein.

Ich erinnere mich auch noch daran, wie Herr Haberland den gleichen nigerianischen Autor und Pharmakologen Ayodele Tella mit dessen beiden

eingesandten Beiträgen zur *Curare* und zur Zeitschrift *Ethnomedizin* schickte. Wir entschieden uns unabgesprochen und in Unkenntnis für die Kurzform, weil bei *Curare* die theoretische Essenz wichtig war, weniger die pharmakologischen Details. Haberland hatte auch deshalb beide Redaktionen versorgt, weil die Ethnologen sich nicht in den Streit zwischen den zwei Zeitschriften einmischen wollten. Sterly ist Ende 1974, kurz nach seiner Habilitation in Köln zum Ethnomediziner, wutentbrannt als Vorsitzender der AGEM „mit sofortiger Wirkung“ zurückgetreten, weil er sich wohl von angeblich linken Sozialpsychiatern umzingelt wähnte. Wir haben uns jedoch nicht als extrem links empfunden, sondern als kritisch und sozial – natürlich wollte man konkret etwas verbessern. Dennoch versuchten wir mit *Curare* die Distanz einer wissenschaftlichen Zeitschrift zum Objekt der Betrachtung zu wahren.

Manchmal wurde ich auch noch Jahre später nach dem Schisma zum „State of the Art“ etwas voyeuristisch befragt. In der AG Ethnomedizin gab es zum Beispiel Mediziner, die etwas Praktisches zur Kräuterkunde machen wollten, oder später auch Hebammen und Heilpraktiker. Sie sind jedoch meist wieder ausgetreten, denn die Arbeitsgemeinschaft blieb sich schon treu in dem Anspruch, dass sie begleitend und beschreibend arbeitet und zudem eine Zeitschrift herausgibt, die primär kulturwissenschaftlich ausgerichtet und nicht für User gedacht ist. Dazu benötigt man natürlich auch Infrastrukturen. So plädierten Medizingeschichtler rasch für eine „Deutsche Gesellschaft für Ethnomedizin“. Doch eigentlich müsste man einen internationalen Verband haben, in dem nicht nur BRD-Deutsche, sondern zumindest auch andere deutschsprachige Personen Mitglied sind. Außerdem schien uns der Begriff „Arbeitsgemeinschaft“ doch etwas besser, da bescheidener und vielleicht gruppendynamisch effektiver. An diesen Punkten verlief auch die Konfliktlinie zwischen der Hamburger Arbeitsstelle für Ethnomedizin und dem späteren Hamburger „Arbeitskreis Ethnomedizin“ um Sterly und den so genannten Heidelbergern. Ein Großteil der Mitglieder der AGEM beschloss daraufhin, eine neue Zeitschrift zu machen, und so entstand neben der *Ethnomedizin* die *Curare*, zu der einige der früheren Beiräte wechselten. Sie bekam ab 1976 einen sprunghaften Anstieg der Mitgliederzahl.

### Wer genau ging denn von der *Ethnomedizin* zur *Curare*?

Beispielsweise der Sozialmediziner Manfred Pflanz, der jedoch leider sehr früh verstarb (1923–1980). Er war von Anfang an für die Ideen Sterlys aufgeschlossen, wollte sich aber nicht zu sehr in die Streitereien hineinziehen lassen. Mit beiden Zeitschriften verbanden sich etwa Antonio Scarpa aus Genua, Guy Mazars aus Strasbourg oder das Ehepaar Wolfgang und Louise Jilek, die Psychiater waren. Beide leben bis heute in Kanada, doch sie stammt aus Norwegen – ihre Mutter ist die Volkskundlerin Lilly Weiser-Aall – und er kam ursprünglich aus Österreich bzw. dem Sudetenland. Sowohl Herr Sterly als auch die Mitarbeiter der *Curare* waren ja immer weltweit mit deutschsprachigen Kollegen verbunden, es entstanden Modelle erster „Vernetzungen“.

### Spielten Sie bei der Gründung von *Curare* eine entscheidende Rolle?

Ja, das kann man so sagen. In der AGEM wurde ich 1970 als erster Student Mitglied. Ab 1972 war ich mit meinem medizinischen Staatsexamen beschäftigt und 1973 gab es in München die erste von der DFG geförderte Fachtagung der Ethnomedizin, an der ich teilnahm. Ich habe damals die Herausgabe der Referate redigiert. 1974 gab es die zweite Tagung, die von uns in Heidelberg ausgerichtet wurde. Dabei war ich der wesentliche Organisator und habe auch den Tagungsband publiziert (SCHRÖDER 1977). Jettmar und Diesfeld waren damals die Schirmherren, die Tagung galt als sehr anerkannt. Bei der nächsten Tagung 1977 zum Thema „Familienkonzepte in ihrer Bedeutung als Elemente sozialer Sicherung“ waren es der Psychosomatiker Walter Bräutigam, nun Lorenz Löffler und vor allem wieder Herr Diesfeld (SCHRÖDER 1993). Er war und ist auch heute noch ein sehr agiler Mann, der seine Studenten immer wieder dazu anregte, sich mit der Ethnomedizin zu beschäftigen. Beatrix Pfeleiderer-Becker tauchte damals auf und bemerkte schon sehr früh, dass diese Fachrichtung und dieses Thema auch professionell spannend sein können. Sie stieß 1975 auf die AGEM, hatte bei ihrer eigenen Feldforschung aber schon ähnliche medizinethnologische Ideen entwickelt. Von unseren Überlegun-

gen zur passenden Begriffswahl blieb sie recht unbeeindruckt; wir hatten ja lange nachgedacht und die Richtung schließlich auch „Ethnomedizin“ genannt, weil wir damit sozialkritisch, fachgebunden und interdisziplinär sein wollten.

Der Ursprung der *Curare* war, dass man im Zuge der Auseinandersetzungen mit Herrn Sterly um die Zeitschrift *Ethnomedizin* ein neues, kleines und rasches die „Ethnomedizin“ flankierendes Mitteilungsblatt machen wollte. Die Gründungsmannschaft der *Curare* bestand dann 1978 aus Rudnitzki, Pfeleiderer-Becker und mir als Vertragsunterzeichner sowie Wulf Schiefenhövel, der sich Anfang der achtziger Jahre an der LMU in München als erster Arzt in Ethnomedizin und medizinischer Psychologie habilitierte. Die Gründung der *Curare* wurde durch prominente Vertreter verschiedener Fächer breit unterstützt. Etliche Mitglieder der AGEM hatten zu der Zeit tatsächlich Ethnologie und Medizin studiert. In den 1980er Jahren gab es dann insgesamt fünf Habilitationen von Medizinern mit der Bezeichnung Ethnomedizin, deren letzte 1997 (!) auch im Rahmen der Medizingeschichte durch Volker Roelcke, der jetzt in Gießen einen Lehrstuhl für die Geschichte der Medizin innehat.

Der Diskurs um eine „Medical Anthropology“ ist auch hier in Deutschland wirklich über vierzig Jahre alt, nicht etwa erst zwanzig. Und in der letzten Ausgabe der *Curare* des 30. Jahrgangs (2007, 2+3) schrieb dazu Kristina Tiedje und ich eine längere Einleitung namens *Ethnomedizin on the Move*. Wenn etwas in Bewegung ist, dann ändert es sich auch, und der Untertitel der *Curare* heißt nun seit Vol. 31 (2008) auch *Zeitschrift für Medizinethnologie*. Nach dreißig Jahren haben wir das geändert. Der alte Untertitel *Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* war eher pragmatisch gemeint, wir wollten Ethnologen, Kulturwissenschaftler und Psychiater gleichermaßen ansprechen. Es waren ja meist kleine Gruppierungen, und wir versuchten, ein gemeinsames integrierendes Organ zu schaffen. Meiner Meinung nach sollte die Ausrichtung auch kulturwissenschaftlich bleiben.

1975 wurde der agile junge Arzt Wulf Schiefenhövel Vorsitzender der AGEM. Heute ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie – also in der physischen Anthropologie und humanethnologisch tätig. Die Humanethnologie hat

sich jedoch leider nie so recht eingebracht in das interdisziplinäre Konzept der Ethnomedizin. Mittelfristig hat sich dann einiges geändert, viele Ethnologen dachten ja, Ethnomedizin hätte primär etwas mit der Schulmedizin zu tun, während die Medizinethnologen vor allem die Kulturwissenschaften vertraten. Ich hoffe, dass diese Grabenkämpfe irgendwann vorbei sind.

Bei der Gründung der Zeitschrift 1978 machten wir uns natürlich Gedanken über den Namen, es gab damals mehrere Ideen. Von mir stammt das Wort *Curare*, es kam mir in den Sinn, als ich eines Nachts mit Beatrix Pfeleiderer und Lothar Lutz, der am SAI modernes Hindi vertrat, zusammensaß und wir uns dies überlegten. Ich dachte mir, *Curare* klingt zwar toll, aber beim Verleger würden wir damit nie durchkommen. Doch Frank Lube, der Geschäftsführer des Vieweg-Verlages fand das Wort sofort griffig, und dann ging es eigentlich nur noch um den Untertitel. Bei seinem Verlag – einer Brudergesellschaft des Westdeutschen Verlags – waren wir eigentlich durch Zufall gelandet, dieser wollte damals expandieren. Ursprünglich sollten auch mehrere Zeitschriften im paramedizinischen Bereich – wie Akupunktur – verlegt werden, doch die Strategie wurde irgendwann wieder zurückgeschraubt. Beim Vieweg-Verlag hatten ja schon Goethe und Einstein publiziert, das gefiel uns, denn wir wollten bei einem renommierten Verlag erscheinen und nicht bei AKU-Bamberg. Steiner hatte keinen Mut gehabt für unser Anliegen.

Mit Vieweg war es eine gute Zusammenarbeit. Doch dann brachten wir inhaltlich nicht ganz das, was sie wollten: es war eben doch mehr Ethnologie! In den neunziger Jahren begann auch der Zeitschriftenmarkt zu schrumpfen, wobei sich *Curare* relativ lange konstant hielt. Erst als die Fakultäten angingen, das Blatt aus ökonomischen Gründen abzubestellen, wurde es eng. Die erste Ausgabe der *Curare* hatte eine Auflage von einhundertfünfzig Exemplaren, bei meiner Übergabe der Vereinstätigkeiten und der Herausgeberschaft der *Curare* im Auftrag der AGEM 1993 konnte man schon ganz andere Zahlen sehen: Wir hatten Ende 1993 dreihundertdreißig feste Mitglieder sowie siebzig korrespondierende Mitglieder, von denen fünfundvierzig Tauschpartner waren. Die eingetauschten Zeitschriften sind größtenteils in Heidelberg untergekommen, in der Bibliothek des

Museums für Völkerkunde<sup>10</sup>. Die Gesamtauflage, mit den Abonnenten, lag bei circa 600.

### Wie viele Bände der *Curare* wurden in Ihrer Zeit bis 1993 publiziert?

Ich habe die ersten 16 Jahrgänge maßgeblich im Auftrag der AGEM herausgegeben und bin seit Vol. 24 (2001) wieder dafür zuständig. Zeitweise teilten wir uns die Herausgeberschaft, so von 1985 bis 1993 phasenweise mit Thomas Hauschild, Wolfgang Bichmann und später Claus Deimel. Die Zeitschrift *Curare* ist nicht mit der Reihe *Curare-Sonderbände* zu verwechseln. Das sind Bücher bzw. in der Regel Sammelbände mit ausgewiesenen Autoren. Zwischendurch wurden die Artikel für die *Curare* von Judith Schuler redigiert (Vol. 17,1994–23,2000), wobei die nun von München aus gestaltete Arbeitsgemeinschaft als solche etwas Anderes aufzuziehen versuchte und eher in eine esoterische Richtung ging. Die *Curare* unter der Ethnologin Judith Schuler blieb davon aber unberührt.

### Konnten Sie den Esoterik-Boom in der Ethnologie auch anhand der *Curare* beobachten?

Ja, die Leute mit dieser Interessenrichtung kamen, sie gingen aber auch wieder. Sie reichten einen ersten Artikel ein, der oft für gut befunden und angenommen wurde. Dann schickten sie den nächsten Text, der dann schon mehr Exegese einer Idee als Artikel war und daher abgelehnt wurde. Die *Curare* hat seit Beginn ein Reviewer-System und wenn ich mir mal unsicher war, schickte ich einen Text an viele verschiedene Leute. Als sich in Halle bei der DGV-Konferenz 2007 alle ethnologischen Zeitschriften aus dem deutschsprachigen Raum in einem Workshop vorstellten, waren wir – gemessen an so genannten professionellen Kriterien – im guten Mittelfeld. Die Qualität sollte immer stimmen, also versuchte ich eine Gratwanderung zwischen der Esoterik und der Wissenschaft. Judith Schuler hat die *Curare* auch in diesem Sinne geführt. Wenn der Ruf der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin plötzlich schlechter wurde, dann lag das bestimmt nicht an der Zeitschrift. Der Blick fiel eher auf die Konferenzen, die unter der Obhut des Münchner Teams und Christian Rätsch als einem der Vorsitzenden farbenfroher waren. Ich habe bis 1993 bei den meis-

ten Konferenzen maßgeblich mitorganisiert. Die ersten elf Fachtagungen Ethnomedizin wurden dabei stets von Stiftungen unterstützt. Darauf verzichtete man später und veranstaltete die größeren „Welt-Konferenzen“ für ein breiteres Publikum. Das wurde zunehmend eine Mischung aus Esoterik, humanistischer Psychologie und Selbsterfahrung. Das sind alles wichtige Dinge, die ich zum Teil für mich auch gemacht habe, doch wollte ich die verschiedenen Ebenen nicht miteinander vermischen.

### In Deutschland gibt es nicht viele ethnomedizinisch versierte Fachkollegen, die Lehrstuhlinhaber geworden sind. Wie sehen Sie das?

Ja, das stimmt. Man muss unterscheiden zwischen ethnomedizinisch interessierten Ethnologen und offiziellen Lehrstühlen. Solche gibt es bis heute nicht. Mir fällt da Thomas Hauschild ein, der ja auch mal bei der AGEM war. Er merkte irgendwann, dass es in Hamburg, seiner akademischen Wiege, nicht richtig weitergeht, und so konnte ich ihn ab 1985 für die *Curare* gewinnen.

Beatrix Pfeleiderer hatte ca. 1980 mit einer Anstellung im Tropeninstitut Heidelberg, das zum SAI gehörte, als Ethnologin angefangen und erhielt 1982 einen Ruf als Professorin für Ethnologie nach Hamburg. Sie setzte sich sehr für die „Medizinethnologie“ ein, wie sie es dann bald nannte, und hat ja neben vielen eigenen Veröffentlichungen auch die wichtige Buchreihe *Krankheit und Kultur* gegründet. Dort hatte übrigens 1980 Sterly die einzige Tagung der Hamburger Gruppe organisiert, mit dem Titel „Ethnomedizin und Medizingeschichte“. Ich fuhr trotz der Auseinandersetzungen auch hin, und wir tranken einen Tee zusammen. Es gab also immer einen Draht zwischen Heidelberg und Hamburg, den ich zu pflegen wusste. Sterly freute sich natürlich sehr, als wir ihm zwei Jahrzehnte später den fünfundzwanzigsten Jahrgang der *Curare* widmeten (2002). Leider verstarb er (1926–2001) während der Produktion. Bei Beatrix Pfeleiderer, die auch um Kontakt mit ihm bemüht war, kam wohl eher seine aggressive abweisende Seite zum Vorschein, deren Eruptionen man nur dann nicht persönlich nehmen konnte, wenn man ihn wirklich gut kannte. Abgesehen davon hat er eine Reihe von Denkschriften verfasst, die ich auch heute noch für sehr lesens-

wert halte. Was Sterly – wie auch Beatrix Pfeleiderer – ebenfalls gut konnten, war, Leute für die Ethnomedizin zu begeistern und zu mobilisieren.

Die Geschichte der Medizinethnologie unter der Flagge „Ethnomedizin“ bekam in Deutschland schließlich Anfang der 1990er einen Knick: Zum einen ging Dorothea Sich, die habilitierte Ethnomedizinerin und frühere Gynäkologin (sieben Jahre Korea) am Tropeninstitut in Heidelberg 1992 in den vorzeitigen Ruhestand. Im gleichen Jahr zog sich Beatrix Pfeleiderer aus dem Uni-Leben in Hamburg zurück und ging nach Hawaii. Dort baute sie eine eigene alternative Heilerinnen-Karriere auf. Auch Winfried Effelsberg, der in Freiburg etliche Lehraufträge in Ethnomedizin hatte, zog sich um diese Zeit zurück. Er hatte Medizin und Ethnologie studiert und in beiden Fächern promoviert. Er arbeitete damals als Psychiater im öffentlichen Gesundheitsdienst. Das half ungemein, um mit unserem Anliegen bei den Medizinern anerkannt zu werden. 1994 verstarb Richard Burghart, der am SAI als Ethnologe die Medizinethnologie ausbauen wollte. Das Anliegen und sein Lehrstuhl blieben Jahre unbesetzt. So entstand im akademischen Bereich eine spürbare Lücke.

Zum anderen organisierte die *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*, die ja ein wichtiger Faktor im außeruniversitären Bereich war, eine zweite Tagung zu den Themengebieten Ethnobotanik und Ethnopharmakologie (1993). Obwohl völlig sozial- und kulturwissenschaftlich untermauert, fand sie hierzulande keinerlei Anklang bei den Ethnologen, die öffentliche Präsenz und die mediale Kontinuität der Fachtagungen erlebten so einen überraschenden Einbruch. Manche Ethnologen – wie Paul Hinderling – glaubten zudem zu wissen, dass Ethnopharmakologie nichts mit der bis dato in der Ethnologie verankerten Ethnomedizin zu tun habe. Und meine Präsenz in der AGEM endete mit dieser Tagung, was ich heute im Nachhinein in diesem Zusammenhang anführe.

Die Münchener Regie der AGEM wollte dann alles anders machen. In diesem Vakuum entstand in Berlin bei einem Seminar im Rahmen des Instituts für Ethnologie an der FU 1996 das „Nest“ für die Gründung der *AG Medical Anthropology*, die durchaus Kontakte zu der AGEM mit dem neuen Design aufnahm. Das dortige passte aber nicht zusammen. Insofern ist die *AG Medical Anthropology* in der DGV quasi eine Neugründung im Jahre

1997. Im gleichen Jahr wurde Professor Diesfeld in Heidelberg emeritiert. Sein Nachfolger Rainer Sauerborn forschte vor allem zu Gesundheitssystemen und hat einen eher geringen qualitativen, wenn auch administrativen Bezug zu den kulturellen Aspekten unseres Arbeitsfeldes. Das war in dieser Zeitspanne schon ein substantieller Verlust an personeller Kontinuität. Ich war zu dieser Zeit nicht mehr in der AGEM aktiv und las damals in den Mitteilungen der DGV, dass sich eine neue Arbeitsgemeinschaft – die *AG Medical Anthropology* – gründete.

**Herr Schröder, seit wann sind Sie Mitglied der DGV?**

Seit 1976 bin ich normales – damals noch studentisches – Mitglied.

**Wie würden Sie die Entwicklung der DGV seit Ihrem Eintritt vor mehr als dreißig Jahren beschreiben?**

Ich habe die Mitteilungen der DGV immer regelmäßig gelesen und an den sparsamen Herrn Böhnig im Völkerkundemuseum Heidelberg als Leiter weitergegeben. Ebenso las ich u. a. regelmäßig die *Current Anthropology*, die in den ersten Jahren noch viele deutsche Autoren druckte. Das hat inzwischen stark abgenommen. Wenn man sich andere US-amerikanische Zeitschriften anschaut, fällt auf, dass es dort heute relativ wenig aus dem Bereich der Ethnologie bei uns gibt. Die deutsche Ethnologie als Fach hat sich natürlich auch verändert. Zur Horizonterweiterung war die Ethnomedizin als Bewegung daran sicher beteiligt. Über die Ethnomedizin wurde schon früh zur Selbstreflexion und Selbsterfahrung der Ethnologen beigetragen. So war man auch aufgeschlossener, um sich zum Beispiel „initiiieren“ zu lassen, oder sonst wie zu experimentieren. Man bleibt nicht nur in der Rolle des Beobachters, sondern man öffnet sich und reflektiert die eigene Position. Über diesen Weg ist die Ethnologie meines Erachtens auch weitergekommen. So stellt sich die Frage, was wahr ist und welche Position der Ethnologe einnimmt. Was macht er eigentlich? Alle diese Reflexionen, die die moderne Ethnologie ausmachen, sind in den siebziger Jahren entstanden. Das Fach

sieht heute ganz anders aus, und die Ethnomedizin konnte wohl Impulse dafür geben.

Generell gab es einen Ethnologie-Boom seit den siebziger Jahren: Devereux wurde übersetzt und zudem machte die marxistische Studentebewegung das Fach zu einer Grundlagenwissenschaft, auch für andere Disziplinen. Wenn man sich also mit der so genannten Dritten Welt oder der Entwicklungshilfe – heute Entwicklungszusammenarbeit genannt – beschäftigte, dann spielte das eine große Rolle. Die politischen Sympathie-Bewegungen trugen ihren Teil zur Veränderung des Faches bei. Man denke zudem an das neue Verständnis der Museen als Bildungsstätten. Es hat doch viel bewirkt, dass das Museum ein Medium geworden ist, mit dessen Hilfe der Bürger auf ganz praktische Weise in Kontakt zu anderen Kulturen treten kann und das Wissen vermittelt wird. Die Wichtigkeit der Museen wird dennoch häufig unterschätzt.

### **Welche Vertreter ethnomedizinischer Aspekte lehren denn momentan im deutschsprachigen Raum?**

In Österreich fing die Ethnomedizin Ende der 1970er Jahre ja erst mit Armin Prinz an, der administrativ formal sehr stark in der Medizingeschichte verankert, aber in beiden Fächern kreativ ausgewiesen ist. An der dortigen Uni gibt es auch Lehrveranstaltungen. Für die Schweiz heute fällt mir momentan nur Basel ein, also Brigit Obrist und Peter van Eeuwijk. In Deutschland unterrichtet die Schweizerin Maja Nadig in Bremen dazu, auch in Köln, München, Leipzig und Göttingen gibt es Veranstaltungen. In Freiburg ist heute Peter van Eeuwijk auch zu nennen, er unterrichtet dort Medizinethnologie. In Berlin gibt es Hansjörg Dilger.

Insgesamt ist diese Richtung in Deutschland auf akademischer Ebene nach wie vor nicht richtig etabliert. Institutionell wirklich Fuß fassen konnte sie nur in Wien, wo die Mediziner ethnologische Sachverhalte sogar für Prüfungen nutzen können – und umgekehrt auch die Ethnologen. In Heidelberg gibt es wieder eine Dynamik durch das interdisziplinäre Geflecht, das Professor William Sax aufbaut. Und bevor Beatrix Pfleiderer sich 1992 zurückzog, stand sie natürlich für die Medizinethnologie, auch wenn ihr Lehrstuhl in Hamburg nicht so hieß und anders konfiguriert war.

Über 25 Jahre war in Heidelberg Professor Diesfeld eine zentrale Figur, um die Medizinethnologie akademisch zu fördern und zu etablieren. Für fast alle heute im medizinethnologischen Bereich tätigen Kulturwissenschaftler war das ITHÖG (Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen) eine Etappe in der beruflichen Laufbahn, etwa für Pfleiderer, Greifeld, Sommerfeld und andere. Sein Programm der „Medizin in den Entwicklungsländern“ war hochpolitisch, es ist in der Mitte der 1970er Jahre entstanden. Schon damals sagte Diesfeld, dass Medizin in den Entwicklungsländern etwas Anderes sei als unsere Medizin. Man muss die Sozioökonomie, Ökologie, die Kulturanthropologie und weitere Faktoren einbeziehen, um die jeweilige Medizin zu verstehen und effektiver zu gestalten. Das war 1976 auch sehr nah an meiner Vorstellung. Und so hat er mich quasi als Assistenten für seinen Kurs eingefangen; ich sollte meine noch zarte ethnologische Kompetenz einbringen.

Zur damaligen Zeit machte ich Praxisvertretungen, um das Studium der Ethnologie zu finanzieren und die AGEM organisatorisch zu stärken (Tagungen, *Curare*, Verwaltung). Eigentlich wollte ich immer in Ethnologie statt in Medizin promovieren, was dann aber aus persönlichen Gründen letztendlich nicht ging. Ich hätte in Mainz eine freie Promotion einreichen können, ohne Magister, da ich ja schon ein abgeschlossenes Studium vorweisen konnte. 1979 hatte ich mir dafür freigegeben, doch dann kamen Familienplanung und andere Sachen dazwischen. Also begann ich mit der psychiatrischen Facharztausbildung.

### **Was bewegte Professor Diesfeld dazu, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin zu werden?**

Er interessierte sich für die Ethnomedizin, weil dort all die kulturellen Dimensionen im Bereich Medizin und öffentliches Gesundheitswesen thematisiert wurden, die er bei seinem Aufenthalt als Arzt in Äthiopien in den 1960ern vermisste. Daher war es in Heidelberg ein glückliches Zusammentreffen von mehreren verschiedenen Menschen. Das damalige Institut für Tropenhygiene war ein wichtiges Bindeglied aller im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin Interessierten und Engagierten, bis hin zur GTZ. Die heuti-

gen Professuren für Public-Health in Rostock und Bielefeld haben ihre ideellen Wurzeln hier. Hans-Jochen Diesfeld hatte also nicht nur eine zentrale Rolle, er war auch ein ausgezeichnete Chef und Menschenführer – alle erinnern sich gern an ihn. Insgesamt betreute er eine erhebliche Reihe von Dissertationen aus dem medizinischen und dem ethnologischen Bereich. Neben dem ganz frühen Hamburg war also vor allem Heidelberg über Jahrzehnte das Zentrum für die Ethnomedizin in Deutschland.

### Wie sah es diesbezüglich in anderen deutschen Städten aus?

In München wurde die Ethnomedizin beispielsweise immer von Herrn Raum gefördert. Es gab entsprechende Seminare. In Göttingen war es unter Schlesier und Brigitta Benzing ähnlich. In Mainz hat E. W. Müller regelmäßig ein Oberseminar zur Transkulturellen Psychiatrie angeboten. In Köln gab es mit Casimir auch jemanden, der ein wenig medizinethnologisch arbeitete. Es existierten also schon Impulse und Unterstützungen, doch ist die Ethnomedizin nirgends institutionell verankert worden. Selbst Sterly war ein Privatgelehrter. Die meisten damaligen Lehraufträge sind in der *Curare* dokumentiert. In Berlin wusste Ute Luig um die Ethnomedizin, doch war diese nie einer ihrer Schwerpunkte, auch wenn eine ihrer ersten Veröffentlichungen in der *Curare* erschien (LUIG 2008 [1978]). Sie hat aber der späteren AG Medical Anthropology den Raum gegeben. Natürlich gibt es im Laufe eines Ethnologendaseins die eine oder andere Phase, in der man sich genauer mit einem Gebiet beschäftigt, wie etwa bei Christoph Antweiler, der vor ein paar Jahren auch Medizinethnologie in Trier gelesen hat. Meist bleibt das aber punktuell und führt nur selten zur Verankerung an der Universität, etwa wenigstens durch eine Assistentenstelle.

### Herr Schröder, eine abschließende Frage: Sind auch fachgeschichtliche Aufarbeitungen ein Schwerpunkt Ihres Interesses?

Ja, eigentlich immer. Wenn Sie unsere Website<sup>11</sup> anklicken, dann wird die maßgebliche Geschichte der deutschsprachigen Ethnomedizin durch die dort gewürdigten Ehrenmitglieder der AGEM der

letzten vierzig Jahre – von Ackerknecht über Devereux bis Schadewaldt – präsentiert. Ich halte es nach wie vor für wichtig, dass man ein **Re-thinking** pflegt und bereits vorhandene Traditionen einbezieht. Das trifft nicht nur für die Ethnomedizin zu, sondern für das Fach allgemein. Wenn ich zum Beispiel keine lokale Ethnographie betreibe, kann ich auch keine Theorien erarbeiten und weiterentwickeln, da einfach das Futter dafür fehlt.

### Anmerkungen

- 1 Vgl. SCHRÖDER in HALLER am 6. Januar 2009: <http://www.germananthropology.com>
- 2 Als Beispiel neben der einfach zu googelnden Literatur zu Mühlmann etwa: MICHEL 1995.
- 3 Die 1925 von Richard Thurnwald gegründete *Zeitschrift für Völkerpsychologie und Soziologie* hieß ab Vol. 8 (1932) bis 9 (1933) *Sociologus* und führte den bisherigen Titel im Untertitel. Der nächste Folgeband erschien dann weiter als *Sociologus* in *Neuer Folge* wieder im Jahre 1951 und soll bis heute als Vorkriegserbe die bekannteste deutsche ethnologische Zeitschrift in der Anglophonie sein.
- 4 Erstmals nach gut dreißig Jahren (!) veröffentlicht.
- 5 Die drei ersten Mitteilungen dieser Arbeitsstelle von 1969 und 1970 sind in *Curare* jetzt wieder abgedruckt (*Curare* 33 1+2: 135–152) und zeigen den hochkarätigen Zulauf, der durch das Wort „Ethnomedizin“ entstand.
- 6 Ich denke da nicht nur an etabliertere Zeitschriften wie *Unterm Pflaster liegt der Strand*, oder *Trickster*, sondern an die ca. 10 Ausgaben von *Der Rote Fetsch* der damaligen Basisgruppen oder an die andere „Frobenius-Festschrift“ im damaligen Jubiläumjahr.
- 7 Eduard Peschuel-Loesche nahm an der Loango-Expedition unter Gülsfeldt mit Falkenstein teil und war Autor und Koautor der verschiedenen Veröffentlichungen zu *Die Loango-Expedition*, Leipzig 1882 und Stuttgart 1907, siehe auch P.-L., Stanley und das Kongounternehmen, 1885, sowie P.-L., Kongoland, 1887.
- 8 Unter vielen anderen „Arbeiten aus dem Museum für Völkerkunde der Universität Kiel“, vor allem der Band IV, SCHLOSSER 1972.
- 9 Dies regte an zu: SCHRÖDER 2005.
- 10 Bis 2013, wird in der Bibliothek des Anthropos Instituts in der Steyler Mission in St. Augustin bei Bonn wieder neu aufgebaut.
- 11 Im Originalinterview ist die alte Website angezeigt. Sie wird durch eine neue ersetzt, die noch im Aufbau ist: <http://www.agem.de>.

### Literatur

- ÄRNASSON J. P. 1971. *Von Marcuse zu Marx*. (Sammlung Luchterhand, sl 54). Neuwied und Berlin: Luchterhand.
- DROBEC E. 1955. Zur Geschichte der Ethnomedizin. *Anthropos* 50: 950–957; Reprint in *Curare* 28 (2005)1: 3–10.
- HANSEN J. 1952. *Afrika. Jürgen Hansen erlebt den schwarzen Erdteil*. Hamburg: Margarine-Union.

- JOHANSEN U. 1993. Berufsweg als Ethnologin. In SCHWEITZER T. et al. *Handbuch der Ethnologie* (Festschrift für Ulla Johansen). Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- JÜRGENS H. W. & VOGEL C. 1965. *Beiträge zur menschlichen Typenkunde*. Stuttgart: Enke Verlag.
- KRADER L. (Hg) 1976. *Karl Marx. Die ethnologischen Exzerpthefte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp [sv 800, engl. 1<sup>st</sup> ed. 1972].
- LÖFFLER L. G. 2002. *Aussaaten. Ethnologische Schriften*. (Züricher Arbeitspapiere zur Ethnologie, Band 13). Zürich: Argonaut-Verlag.
- LUIG U. 1978. Sorcery Accusations as Social Commentary, A Case Study of Mulago/Uganda. *Curare* 1, 1: 31–42; Reprint in *Curare* 31(2008)2+3: 231–239.
- MICHEL U. 1995. Neue ethnologische Forschungsansätze im Nationalsozialismus? Aus der Biographie von Wilhelm Emil Mühlmann (1904–1988). In HAUSCHILD T. (Hg). *Lebenslust und Fremdenfeindlichkeit. Ethnologie im Dritten Reich*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- MITSCHERLICH A. & MITSCHERLICH M. 1967. *Die Unfähigkeit zu trauern: Grundlagen kollektiven Verhaltens*. München: Piper.
- MÜHLMANN W. E. 1964. *Rassen, Ethnien, Kulturen*. Neuwied/Rhein, Berlin: Luchterhand.
- PAUL B. D. (ed). 1955. *Health, Culture & Community. Case Studies of Public Relations to Health Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- SCHLOSSER K. 1952. *Der Signalismus in der Kunst der Naturvölker. Biologisch-psychologische Gesetzmäßigkeiten in den Abweichungen von der Norm des Vorbildes*. Kiel: Mühlau in Komm.
- 1972. *Zauberei im Zululand. Manuskripte des Blitz-Zauberers Laduma Madela*. Kiel: Schmidt und Klaunig.
- SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs „Ethnomedizin“ in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974. Unter der Schirmherrschaft des Südasien-Instituts, Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen und Seminar für Ethnologie. (Beiträge zur Südasien-Forschung 30). Wiesbaden: Steiner.
- 1993. Zehn Fachkonferenzen „Ethnomedizin“ 1973–1990. Ein Spiegel der AGEM. *Curare* 16, 3+4: 297–344.
- 2005. Das 50 Jahre alte Konzept des „Signalismus in der Kunst der Naturvölker“ von Katesa Schlosser. Eine Interpretationshilfe für das Verständnis künstlerischer Darstellungen aus Ritual, Alltag und Klinik in gesunden und in kranken Tagen. *Curare* 28, 1: 75–85.
- 2010. Gruß und Dank an Frau Professor Schlosser aus Kiel zum 90. Geburtstag (08.10.2010). *Curare* 33, 1+2: 12–13.
- WISSER R. 1997. *Kein Mensch ist einerlei. Spektrum und Aspekte „kritisch-krisischer Anthropologie“* (gesammelte Aufsätze). Würzburg: Königshausen & Neumann.

## 75 Jahre Ekkehard Schröder: Ein kleiner Gruß

KLAUS HOFFMANN

Ekkehard Schröder zum 75. zu gratulieren, heißt einen ewig jugendlich und engagiert gebliebenen Freund zu würdigen, dem meine Frau und ich menschlich wie fachlich viel verdanken. Seinen „Ruhestand“ derzeit in seinem Geburtsort Potsdam in einer mit Büchern und Zeitschriften über-vollen Dachwohnung in einem historischen Weberhaus in Babelsberg verbringend zeigte er uns diese eindrucksvolle Gegend samt zahlreicher historischer Bezüge. Auch das Wirken seines sehr früh verstorbenen Vaters, ihm wichtig gewesene Orte, dessen detailversessene Naturbilder und dessen Verwicklungen in der NS-Zeit kamen zur Sprache. Unvergesslich sind uns die Besuche auf dem Babelsberger Weihnachtsmarkt und in den teilweise noch als Ruinenfeld weitere Verwendung suchenden früheren Tuberkulosekliniken „Beelitz Heilstätten“ am Rande Berlins.

Ekkehards vielseitige Interessen sowie sein akademischer und beruflicher Werdegang widerspiegeln Brüche, Migrationserfahrungen und geniale Entwürfe, wie sie bei den in den 1940er Jahren Geborenen nicht selten sind. Seine Schulzeit als Protestant in der katholischen Insel Wiesensteig am Rande der Schwäbischen Alb thematisierte er immer wieder. Ekkehard wurde nicht nur ein wunderbarer Ethnologe und Ethnopharmakologe, sondern auch ein exzellenter Photograph volkskundlicher Gegenstände und Devotionalien – ein Kalender mit seinen Kruzifix-Motiven schmückt bis heute unser Haus.

Ekkehard absolvierte sowohl ein ausgedehntes Ethnologiestudium wie auch ein erfolgreiches

Medizinstudium, und das sowie sein politisches Engagement machten ihn in den 1970er Jahren zu einem herausragenden Mitarbeiter in der tropenmedizinischen Abteilung des Südasiens-Instituts der Universität Heidelberg, wo Ekkehard und ich uns 1983 im Rahmen meiner Vorbereitung für den Entwicklungsdienst kennenlernten. Die *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin* (AGEM) und die Zeitschrift *Curare* wurden zusammen mit wichtigen Weggefährtinnen und Weggefährten sein Projekt. Auch wenn andere absprangen, hielt er mit seinem Einsatz beides bis zum heutigen Tage aufrecht – hierfür zolle ich ihm große Bewunderung!

Als Nervenarzt und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie arbeitete Ekkehard viele Jahre als Oberarzt in der stationären Psychosomatik und Psychotherapie in der Klinik Ortenau in Zell am Harmersbach bei Gengenbach im Badischen. Gemeinsam interessierten wir uns für Psychoanalyse, auch für die Geschichte dieses Faches. 2001 besuchte er die erste Karl-Wilmanns-Vorlesung, die ich gemeinsam mit dem Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz organisierte. Norman Sartorius, der langjährige Direktor der Abteilung für seelische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation, sprach über die Zukunft der Psychiatrie. Bereits 2001 relativierte er die Bedeutung der Neurobiologie und betonte den Wert von Sozialpsychiatrie, politischem Engagement und transkulturellen Ansätzen – durchaus im Sinne unseres Jubilars, dem ich viele weitere glückliche Jahre wünsche.



# Transkulturelle Betrachtungen im Umgang mit Flüchtlingen

PETER KAISER

## Das Fremde

„Fremde bedeuten das Fehlen von Klarheit, man kann nicht sicher sein, was sie tun werden, wie sie auf die eigenen Handlungen reagieren würden; man kann nicht sagen, ob sie Freunde oder Feinde sind – und daher kann man nicht umhin, sie mit Argwohn zu betrachten“, so der Soziologe Zygmunt Bauman (BAUMAN 2000: 39). Dies geschieht dann, wenn das Fremde, das Andersartige überall und dominierend wahrgenommen wird, wenn also nicht auf das Verbindende, sondern nur das Trennende fokussiert wird.

Letztlich erst dann, wenn das oder der Fremde nicht mehr als fremd gesehen wird, sondern auch als Teil einer übergeordneten Kultur, wird dieser Teil dieselben Rechte bekommen wie die eigene Kultur, und denselben Schutz genießen. Spätestens seit der massiv angestiegenen Migration von Menschen mit nicht europäischer Sozialisation nach Europa wird „das Fremde“ zunehmend in den Flüchtlingen gesehen, die in großer Zahl hierherkommen und dadurch ins abendländische Bewusstsein drängen. In zahlreichen Arbeitskreisen, Projekten und Initiativen wird deshalb versucht, die Menschen in Deutschland mit der Kultur der Flüchtlinge aus Syrien und Afghanistan und Irak und Afrika südlich der Sahara vertraut zu machen. Und gleichzeitig werden diesen Menschen, die meist nicht freiwillig ihre Heimat verlassen haben, die „westliche“ Kultur und deren Werte nähergebracht. Dieser Prozess, das „Fremde“ zuzulassen, kennenzulernen, miteinzubeziehen und wertzuschätzen, ist noch nie wichtiger gewesen als heute.

Denn so wie sich der Westen mit diesen (fraglich) fremden Kulturen vertraut machen muss, müssen die Menschen, welche in Deutschland Zuflucht und eine Zukunft suchen, sich selbstverständlich mit der Kultur und den Wertvorstellungen des gegenwärtigen Aufnahmelandes auseinandersetzen. Dies muss ein gegenseitiger Prozess

sein. Je mehr man vom Gegenüber weiß, umso seltener werden Missverständnisse auftreten, und umso eher gelingt es, die Welt durch die Brille des anderen zu sehen.

*Die Analyse kultureller Merkmale beinhaltet das Hinterfragen des vorherrschenden Denkens und Handelns, Wahrnehmens und Fühlens der Vertreter der jeweiligen Kultur. Dass es sich dabei nur um allgemeine Tendenzen handeln kann, lässt sich schon am Beispiel des „typischen“ Deutschen veranschaulichen. Ein/e Deutsche/r würde verneinen, dass es so etwas wie eine/n typische/n Deutsche/n oder eine typisch deutsche Mentalität gibt. Aber auch wenn es große Unterschiede im Denken und Verhalten von Deutschen gibt, würde von außen (etisch) betrachtet von typisch deutschen Eigenschaften gesprochen werden. Teilweise können diese Eigenschaften im Sinne eines mehr oder weniger starken Ausprägungsgrades zwischen zwei Extremen definiert werden, teilweise handelt es sich um unipolare spezifische Denk- (und damit Handlungs-)strukturen, meist sind sie geprägt von der Rollenerwartung, welche die entsprechende Gesellschaft an ihre Mitglieder hat und welche diese dann erfüllen. Beispiele sind Individualismus (individuelle Anreize) – Kollektivismus (Gruppenanreize), „Feminität“ (Konfliktlösung durch Gleichheitsprinzip, Orientierung zu Gesamtheitlichkeit und Lebensqualität) – „Maskulinität“ (Konfliktlösung durch fairen Kampf, Wettbewerbsorientierung) (Geert Hofstede); hierarchisch – egalitär; monochrome (zeitfixiert, „eins nach dem andern“) – polychrone (viele gleichzeitig) Aspekte (Edward T. Hall) etc.*

Die Verortung einer Gesellschaft bezüglich oben genannter möglicher Parameter haben Einfluss und Auswirkungen auf die nun folgenden Grundausrichtungen einer Gesellschaft. Gleichzeitig sind die nun genannten Grundeinstellungen, Positionen wiederum Ausgangspunkte für die oben genannten Parameter.

- Einstellung zur Umwelt
- (Nicht-)Trennung von Privatsphäre und öffentlichem Raum
- (In)direkte Kommunikation
- (Nicht-)Äußerung eigener Emotionen
- Körperlichkeit, Blick- und Körperkontakt
- Sprache
- High context – low context
- Raumverständnis
- Kausalattributionen
- Handlungsfreiräume

Einige Grundeinstellungen seien exemplarisch herausgegriffen:

### „High context“- und „low context“-Kulturen

Kulturen mit starkem Kontextbezug

In „high context“-Kulturen ist es weniger üblich, die Dinge direkt beim Namen zu nennen. Ihre Bekanntheit wird implizit vorausgesetzt, und das Erwähnen zahlreicher Details kann als negativ empfunden werden. Der Gesichtsausdruck der Gesprächspartner, Anspielungen, die Umstände der Begegnung und viele weitere Kontextfaktoren sind eigene, nicht zu unterschätzende Informationsträger.

Most of the information is either in the physical context or initialized in the person, while very little is in the coded, explicit, transmitted part of the message. (HALL 1976: 79)

Kulturen mit starkem Kontextbezug finden sich in Ländern Südeuropas, vielen asiatischen, arabischen und afrikanischen Ländern sowie in Lateinamerika. Auch Afghanistan kann dazugezählt werden. Meist sind dies Kulturen mit einem starken Gruppen-Bezug (im Gegensatz zu der hohen Bewertung des Individuums, wie dies in „low context“-Kulturen typisch ist), nicht selten finden sich hier Kulturen mit eher gering ausgeprägter ethnischer Diversität (Beispiel China, arabischer Kultur-„Kreis“). Folgendes lässt sich (generalisierend) über Kulturen mit starkem Kontextbezug („high context“-Kulturen) aussagen:

- Es wird erwartet, dass ein Großteil der Informationen bereits bekannt oder ohne sprachlichen Ausdruck erkennbar ist
- Sprache ist ein Kommunikationsmittel neben vielen (Mimik, Gestik der Gesprächs-

- partner, Anspielungen, die Umstände der Begegnung, und andere Kontextfaktoren)
- Es ist weniger üblich, die Dinge direkt beim Namen zu nennen. Ihre Bekanntheit wird implizit vorausgesetzt
- Kommunikation ist indirekter, das Erwähnen zahlreicher Details kann als negativ empfunden werden
- Sind stärker Gemeinschafts-orientiert: Individuum definiert sich über die Gruppe
- Sind stärker traditions- und geschichtsbeusst

Kulturen mit schwachem Kontextbezug

In „low context“-Kulturen erwartet man nicht, dass der Großteil der Informationen bereits bekannt oder ohne sprachlichen Ausdruck erkennbar ist. Hier wird alles beim Namen genannt, man wirkt direkter und fühlt sich verpflichtet, dem Gegenüber möglichst präzise Angaben zu machen. So genannte „low context“-Kulturen sind etwa die USA, Kanada, skandinavische Länder, die Beneluxländer und Großbritannien. Diese Kulturen kommunizieren soziale Erwartungen überwiegend durch Sprache und weniger durch den Kontext oder nonverbale Interaktionen. „Low context“-Kommunikation bedeutet, dass „the mass of information is vested in the explicit code“ (HALL 1976: 70). Amerikaner und Deutsche werden diesbezüglich als Angehörige typischer „low context“-Kulturen betrachtet, welche in erster Linie das Individuum (und dessen Verhalten in der Gesellschaft) bewerten. „Low context“-Kulturen zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus:

- Es wird *nicht* erwartet, dass ein Großteil der Informationen bereits bekannt oder ohne sprachlichen Ausdruck erkennbar ist
- Sprache ist das wichtigste Kommunikationsmittel, soziale Erwartungen werden verbal ausgedrückt
- Alles (Zustände, Ereignisse, Gefühle etc.) wird beim Namen genannt und erläutert
- Wenig implizite Bedeutung (implicit meaning), dafür mehr explizite Codierung
- Kommunikation ist direkter
- Sind stärker Individuums-orientiert: Individuum definiert sich über sich selbst
- Sind wenig traditions- und geschichtsbeusst.

Migration aus „high context“-Umgebungen in „low context“-Umgebungen und umgekehrt

Bei der Migration von einer „high context“-Kultur in eine Kontext-arme Kultur (also der Vorgang, welcher momentan in Europa zu beobachten ist) kommt es zu typischen Erwartungshaltungen und Irritationen seitens der Angehörigen der „high context“-Kultur. Die Betroffenen:

- erwarten eher zahlreiche Sozialkontakte, aber weniger intime, intensive Beziehungen
- fragen eher zuerst Dritte um Hilfe, bevor sie sich selbst an die Lösung eines Problems machen
- sind schneller enttäuscht, wenn ihre neue soziale Umgebung nicht am Aufbau von Beziehungen interessiert ist, oder sie nicht längerfristig unterstützen möchte
- erwarten eher, von Dritten „an die Hand genommen zu werden“
- sehen Beziehungen zu Dritten eher unter dem Aspekt der gegenseitigen direkten Hilfe und nicht unter dem Aspekt der *Hilfe zur Selbsthilfe*
- hinterlassen bei Angehörigen der „low context“-Kultur das Gefühl des „Ausgenutzt-werdens“.

Im Gegensatz dazu neigen Angehörige einer „low context“-Kultur dazu, in einer ihnen fremden Umgebung:

- zu versuchen, rasch auf eigenen Beinen zu stehen, sich selbst zu organisieren
- sich eher über mangelnde Informationen und Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe zu beklagen
- weniger nach Dienstleistungen zu fragen, sondern zu versuchen, diese ggf. selbst zu organisieren
- sich weniger um den Aufbau von neuen sozialen Netzen zu bemühen.

### Raumverständnis

Das Raumverständnis nach Hall beschreibt den „Wohlfühl-Abstand“ interagierender Personen. Wo eine Berührung normal erscheint, kann sie in anderen Kreisen als aufdringlich empfunden werden. Andersherum kann in manchen Kulturen ein zu großer Abstand als beleidigend und misstrau-

end gewertet werden. Diese Verhaltensmuster gilt es zu kennen und dann baut sich auch ein gewisses Verständnis auf, warum die Japaner den Körperkontakt meiden.

Mögliche Einflussfaktoren:

- Geschlecht
- Alter
- Rahmenbedingungen: bekannt, unbekannt, vertraut, intim, öffentlich, nicht öffentlich
- Frequenz
- Art der Berührung: freundschaftlich, versehentlich, sexuell, verwandtschaftlich, hierarchisch
- Tabu-Zonen

Frequency of touch also varies significantly between different cultures. Harper refers to several studies, one of which examined touching in coffee houses. During a one-hour sitting 180 touchings were observed for Puerto Ricans, 110 for French, none for English and 2 for Americans. (HARPER 2006: 297)

### Kausalattributionen – die Frage nach dem Warum

Unter Kausalattribution versteht man die sogenannte Ursachenzuschreibung nicht nur des eigenen oder fremden Handelns und Verhaltens, sondern auch die Begründung für Ereignisse, welche momentan geschehen oder geschehen sind. Im engeren Sinne unterscheidet man die *internale Kausalattribution*, bei welcher eine Person die Ursache eines Ereignisses bei sich selbst sieht. Eine *externale Kausalattribution* liegt vor, wenn die Ursache eines Ereignisses bei anderen Personen, Umwelteinflüssen oder Faktoren gesehen wird.

Die Art und Weise wie Ereignisse und Zustände begründet werden, hat einen nachhaltigen Einfluss auf die Lebensgestaltung, das individuelle Moral- und Wertesystem und spezifisch die Interaktion des Betroffenen mit seiner sozialen Umwelt:

- Zufall: Für Ereignisse oder das Zusammentreffen mehrerer Ereignisse gibt es keine kausale Erklärung.
- Karma: (sanskrit „Wirken, Tat“): Jede physische oder psychische Handlung hat eine Ursache und eine Folge.

- Schicksal, Los, Kismet: ist der Ablauf von Ereignissen im Leben des Menschen, die als von göttlichen Mächten vorherbestimmt (geschickt) oder von Zufällen bewirkt empfunden werden, mithin also der Entscheidungsfreiheit des Menschen entzogen sind.

Einstellung zu einer Höheren Macht (Gott, Götter):

- Hat sich nach dem Schöpfungsakt zurückgezogen und überlässt den Menschen seinem Schicksal
- Greift noch bestimmend ein (Gottes Wille)
- Greift noch unterstützend ein (Gebet)

Einstellungen gegenüber dem Schicksal:

- Vorherbestimmtheit:
  - Fatalismus
  - Prädeterminismus (der Mensch kann sein Schicksal mit-gestalten) Glauben an seine Überwindbarkeit (nimmer sich beugen/kräftig sich zeigen/rufet die Arme/der Gottheit herbei – Goethe)
- Trotzdem Willensfreiheit des Individuums (Voluntarismus)
- Selbst-Bestimmtheit (mit unterschiedlichen Freiheitsgraden)

Bei der Arbeit und Begegnungen mit Migranten stellen sich somit verschiedene Fragen:

- Wie interpretiert der „Andere“ seine momentane Situation, Lebensereignisse und Zustände: Positive „Live events“ wie „Glück“, „Reichtum“, körperliche und psychische „Gesundheit“, und negative wie Krankheit, Krieg, Verfolgung, Ablehnung, Flucht?
- Werden diese interpretiert als: Zufall oder Strafe oder Prüfung oder Karma etc.?
- Welche ethisch/moralischen Werte hat der Flüchtling? Hat er diese diskursiv reflektiert oder sind diese ein Bauch/Leber/Kopf-Gefühl?
- Daraus abgeleitet: Wie ist seine Einstellung zu Hierarchien, sein Verhältnis zu Autoritäten und „Untergeordneten“? Wie ist seine Erwartungshaltung gegenüber einem Sozialarbeiter, wie gegenüber einem Arzt, welches Rollenverständnis hat er bezüglich der Beziehung Arzt – Patient?

## Handlungsfreiräume

- Eng mit den Kausalattributionen verknüpft (also: was bedingt Ereignisse im Allgemeinen und Ereignisse, welche ein Individuum oder eine Gruppe betreffen) ist das Konzept der Handlungsfreiräume und der hiermit verbundenen Kontrollattributionen (also: inwieweit bin ich Herr oder Frau in meinem eigenen Haus/bin ich selbstbestimmt). Kultur ist sicher eine der umfassendsten „Situationen“, die auf unser tägliches Leben einwirkt bzw. mit diesem in Wechselwirkung steht. Und somit muss es nicht verwundern, dass nach einem Prozess der Akkulturation sich Kontrollattributionen und Kausalattributionen beispielsweise bezüglich eigener Situation und bezüglich Krankheit ändern. Welche Handlungsfreiräume hat der Geflüchtete wie der Kranke? Diese entsprechen unterschiedlichen Vorstellungen der individuellen Beziehung/Interaktion zu Gott/einer höheren Macht oder mit den Umgebungsbedingungen oder zu/mit niemand/nichts:
  - Das *Konzept der Selbstbestimmtheit* betont die Eigenverantwortung und aktive Rolle des Individuums bei der Lösung eines Problems oder Meisterung einer Krisensituation. (Die Kraft für das (richtige) Handeln ist ggf. gottgegeben.)
  - Das *Konzept der Delegation* überträgt die Verantwortung und Lösung des Problems auf Gott, das Individuum nimmt eine eher abwartende, passive Haltung ein.
  - Im Rahmen des *Konzeptes der Kollaboration* werden beide Teilnehmer als aktive Partner betrachtet.

Eine umfangreiche Untersuchung an 14- bis 16-jährigen Deutschen und in Deutschland aufgewachsenen Mädchen türkischer Herkunft konnte zeigen, dass türkische Mädchen im Bereich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen signifikant externaler als die Deutschen attribuierten, nicht jedoch bezüglich Gesundheit und Krankheit.

Hier fanden sich Unterschiede insbesondere im Bereich übernatürlicher Kräfte als Krankheitsursache (Türkinnen mehr als Deutsche) sowie im Bereich Umwelt, Klima, Luft (Deutsche

mehr als Türcinnen) (SCHREIBER 2001). Auch im Bereich „psychischer Verursachung“ zeigen sich bei beiden Gruppen nur geringe Unterschiede, die in der Literatur immer wieder beschriebene exogene Monokausalität von Erkrankungen als Krankheits-konzept von Menschen aus dem Mittelmeerraum konnte bei dieser Klientel nicht bestätigt werden. Auch zeigte sich, dass alle übernatürlichen Krankheitsursachen von mehr als 50 % der türkischen Mädchen verneint wurden, mit Ausnahme der Ursache „Gottes Wille“.

Inwieweit die unterschiedlichen Krankheitskonzepte tatsächlich Einfluss auf das Krankheits- und Vorsorgeverhalten haben, muss offenbleiben, ob also ein blaues Nazar-Auge gegen den bösen Blick nur zusätzlich zu ansonsten ähnlichen Gesundheitsmaßnahmen getragen wird, oder ob, im Extremfall, eine notwendige Therapie vernachlässigt wird, weil die Erkrankung vielleicht als eine Strafe oder Prüfung angenommen wird.

### Attributionsfehler

Eine wie auch immer geartete Akkulturation hinterlässt also ihre Spuren, der oder die Betroffene ändert sich und passt sich häufig, aber nicht immer, der Gastkultur an. Die Geschwindigkeit und Nachhaltigkeit der Anpassung ist abhängig von (u. a.):

- Bildung,
- ländlicher oder urbaner Herkunft,
- Größe der Migrantenpopulation am Zielort der Migration,
- Vorerfahrungen mit fremden Kulturen sowie
- Anlass der Migration.

Akkulturation ist ein sukzessiver Prozess, und kann nicht a priori – sozusagen über Nacht vollendet – bei Geflüchteten vorausgesetzt werden. Ein Umstand, der unsererseits – die wir mit diesen uns teilweise fremden Vorstellungen zu tun haben – häufig zu einem fundamentalen Attributionsfehler führt, also der Tendenz, das Verhalten anderer Menschen ausschließlich anhand von Persönlichkeitsmerkmalen zu erklären und dabei die Bedeutung des soziokulturellen Einflusses zu unterschätzen. Wir, aufgewachsen in säkularisierten westlichen Kulturen, postulieren die Autonomie des Individuums, welches unabhängig und

selbstständig entscheidet, und dessen Verhalten eine Widerspiegelung interner Persönlichkeits-eigenschaften (traits) ist.

In östlichen, aber auch schon durch den Islam geprägten Gesellschaften ist es eher die Gruppe, welche als kleinste (soziale) Einheit Autonomie zeigt. Das Individuum schöpft seine Selbst-Bedeutung aus der sozialen Gruppe, zu der es gehört. Menschen individualistischer Kulturen bevorzugen Attributionen *dispositionaler Art*, dies bedeutet, das Individuum mit seiner Persönlichkeit aber auch seinen Fähigkeiten ist verantwortlich für sein Wahrnehmen und sein Sein, während kollektivistische, östliche Kulturen eher *situative*, externale Attributionen als Erklärung für individuelle und kollektive Krisen und bedrohliche Zustände heranziehen.

Es scheint eine klare interkulturell vorhandene Tendenz zu geben, über den jeweils anderen dispositional zu denken, es besteht also eine sogenannte *Korrespondenzverzerrung* – die Situation des anderen wird seiner Persönlichkeit zugeschrieben. Kulturell bedingte Unterschiede ergeben sich, wenn *situative Faktoren* bei Verhaltensklärungen salient/offensichtlich sind, diese von Menschen in kollektivistischen Kulturen wahrgenommen und in den Denkprozess mit einbezogen werden und bei Attributionsprozessen Verwendung finden. Der Geflüchtete wird also beispielsweise eine Situation in einer Landeserstaufnahmeeinrichtung (LEA) oder in einem Flüchtlingslager im Herkunftsland oder einem Transitland dahingehend interpretieren, dass er die Bedingung als primär situativ wahrnimmt, und seine Reaktionen darauf ebenfalls als situativ. Diese Überlegung geschieht vor dem Hintergrund seiner eigenen Grundüberzeugungen / Kausalattributionen – „das ist Allahs Wille, dass ich hierher gelangt bin, das kann als Glück oder Pech interpretiert werden, aber es liegt nicht an mir, dies zu interpretieren, sondern ich muss diese Situation annehmen.“

Menschen individualistischer Kulturen werden eher dazu tendieren, situative Faktoren zu ignorieren oder als potentielle Ursachen für Verhalten zu unterschätzen, auch wenn exogene Faktoren offensichtlich sind. Mit der Konsequenz, dass beispielsweise durch aggressives Verhalten auffällige Geflüchtete ohne große Kommunikation oder Verständnis für ihre Situation in Polizeigewahrsam

genommen werden und von dort dann auf eine geschlossene Station eines psychiatrischen Krankenhauses transferiert werden. Einweisungsgründe: dissoziale Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, allgemeine Aggression.

### Gerechte-Welt-Glauben

Untersuchungen belegen, dass der Glaube an eine persönliche gerechte Welt als eine Ressource betrachtet werden kann, die das Wohlbefinden von Menschen unterschiedlichen Alters in unterschiedlichen Situationen sowie von Opfern und Nichtopfern gleichermaßen erklären könnte. Die Fähigkeit, Ereignisse und Situationen in dieser Weise zu verarbeiten, kann unter dem Begriff Resilienz subsumiert werden. Der Glaube an eine gerechtere Welt und ein religiöser Glaube dienen dem gleichen Bedürfnis, nämlich dem Wunsch, dem eigenen Leben einen Sinn zu geben oder/bzw. und auch einen Sinn in der Schöpfung zu erkennen. Genau dieser Sinn war für Viktor Frankl die treibende Kraft, welche ihn das Martyrium mehrerer Konzentrationslager und den Verlust seiner Nächsten ertragen lassen ließ. Ein zentrales Streben in Lebenskrisen ist daher die Suche nach Sinn im eigenen Schicksal (DAVIS *et al.* 1998). Religiosität – dezidiert positive Religiosität – unterschiedlicher religiöser Orientierung (FURNHAM 1993, DALBERT 1996) und Gerechte-Welt-Glaube korrelieren demnach positiv miteinander.

Ohne aber dass das eine das andere unbedingt voraussetzen würde – eine gerechte Welt ist nicht notwendigerweise deshalb gerecht, weil ein gerechter Gott mittels Fegefeuer oder Karma Gerechtigkeit herstellt. Gerechtigkeit entsteht auch, wenn der Einzelne sein Schicksal selbst in die Hand nimmt und seines Glückes Schmied wird. Wenn der Glaube an diese Gerechtigkeit auf Erden erfahrungsbasiert oder indoktriniert verloren geht, dann wendet sich der eine oder andere von der Welt ab und einer imaginierten und postulierten Gerechtigkeit im Jenseits zu, und wird zum Selbstmordattentäter. Der Einzelne sucht seine Werte zu leben und zu verfolgen. Werte sind wie Leuchttürme, die helfen, den Kurs zu halten, und die oft in einer dialektischen Beziehung zueinander stehen – ein gläubiger Moslem zu sein und gleichzeitig sich in einer fremden Umgebung einleben zu müssen – einschließlich der Sozialisation

der Kinder in dieser teilweise unverständlichen und aversiven soziokulturellen Umgebung. Sollten die bisherigen Lebenserfahrungen, insbesondere seit der (forcieren) Migration traumatisch gewesen sein, kann es zur sogenannten „*experiental avoidance*“, also zur Vermeidung aufgrund Empirie, aufgrund Erfahrung kommen – Gedanken, körperliche Wahrnehmungen, Gefühle werden vermieden (HAYES 1996). Manche Betroffene sagen dann, wenn sie nach ihrer Definition von Glück gefragt werden, dass Glück für sie bedeutet, keinen Schmerz oder Enttäuschung zu verspüren.

### Transkulturelle Psychiatrie

Die transkulturelle Psychiatrie beschäftigt sich seit Kraepelins Untersuchung auf Java 1904 systematisch mit den kulturspezifischen Aspekten psychischer Krankheiten (KRAEPELIN 1904, BERRY 1989). Heutzutage wird die wissenschaftliche Debatte zwischen den Vertretern des „*etischen*“ und des „*emischen*“ Ansatzes nicht mehr entsprechend heftig geführt. Man ist sich zunehmend darüber einig, dass beide Ansätze sich gegenseitig ergänzen und beide Ansätze für ein umfassendes Verständnis von kulturellen (in diesem Kontext psychischen) Phänomenen und Symptomen notwendig sind. Typische Beispiele hierfür sind die für westlich ausgebildete und sozialisierte Psychiater Schizophrenie-typischen Phänomene von Halluzinationen und Wahn, welche in bestimmten Kulturen im Allgemeinen nicht als krankhaft gelten, beziehungsweise nur dann, wenn sie eine über die dortige Norm hinausgehende Häufigkeit und Intensität und/oder einen von der Norm massiv abweichenden Inhalt aufweisen. Psychotische Symptome führen in anderen Kulturen weniger häufig zu der Diagnose einer Verhaltensauffälligkeit bis hin zu einer Schizophrenie. Oft sind es Reaktionen auf Stress, vergleichbar mit Neurosen oder Depressionen in der europäischen Kultur. In Westafrika werden psychotische Symptome systematisch durch Stress verursacht angesehen (COPELAND 1968).

Wahngedanken unterliegen einer starken kulturellen Prägung, bei der Beurteilung sollte große Zurückhaltung an den Tag gelegt werden. Trotz kultureller Einflüsse gibt es gemeinsame Charakteristika in der Darstellung der Schizophrenie, beispielsweise die Erstrangs-Symptome von Kurt

Schneider. Richtungsweisend sind häufig nicht die Positiv- sondern die Negativ-Symptome und das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen (HAASEN *et al.* 2005).

### Arzt und Patient

Der muttersprachlich deutschsprachige Therapeut wird in der Regel zunächst in seiner Funktion als Repräsentant der hiesigen (westlich „liberalen“) Gesellschaft wahrgenommen, ein nicht muttersprachlicher deutschsprachiger Therapeut als einer, dem die Integration erfolgreich gelungen ist.

Es liegt auf der Hand, dass die Beurteilung des klinischen Bildes nicht nur abhängig ist von der objektiv präsentierten Psychopathologie, sondern auch von der subjektiven Wahrnehmung des beurteilenden Arztes. Diese Wahrnehmung des Beurteilers wird geprägt durch seinen eigenen sozialen kulturellen Hintergrund, somit seinen eigenen Wertvorstellungen, er ist also abhängig von den soziobiografischen Faktoren des Arztes oder Psychologen. Dies erscheint auf den ersten Blick trivial, da es im Umgang mit Patienten, welche eine ähnliche Sozialisation erlebt haben, meist unerheblich ist. Aber es kann in der Interaktion mit dem „Fremden“ dann ein Problem werden, wenn es nicht gelingt, sich den eigenen Standpunkt als einen von verschiedenen möglichen zu vergegenwärtigen.

Das Thema von Normalität und Pathologie – und wo wird die Grenze zum Pathologischen gezogen –, hat hier eine zentrale Bedeutung. So können auf phänomenologischer Ebene kulturelle Aspekte die Präsentation eines Symptoms beeinflussen. Beispiel hierfür wäre der Inhalt von Wahnvorstellungen: Bei einem Größenwahn ist es unwahrscheinlich, dass sich der Patient als Buddha wahrnimmt, wenn er im Westen sozialisiert worden ist, oder als der Präsident eines fremden Landes. Die Wahnfigur hängt von der kulturellen Bewertung dieser Gestalt ab.

Bei der Beschreibung von Symptomen, welche bei Flüchtlingen beobachtet werden, sollte zwischen migrationsspezifischen Erscheinungsformen und Kultur-spezifischen unterschieden werden. Häufig sind es die Auswirkungen der Migration, entweder durch die direkten Erfahrungen im Zusammenhang mit der Migration oder

die indirekten, nachträglichen Erfahrungen im Rahmen der Akkulturation, welche entsprechende Symptome hervorrufen.

### Migration, Stress und posttraumatische Belastungsstörung

Migration hat auch auf den psychisch gesunden Menschen, durch die Konfrontation mit dem Neuen und noch nicht Vertrauten, unzweifelhaft psychisch belastende, wenn auch nicht zwingend krankmachende Auswirkungen. Migration kann, insbesondere wenn lebensbedrohliche Situationen wie Inhaftierung, Verfolgung, Abhängigkeit von Schleppern oder Offiziellen, feindselige Umgebung etc. erschwerend hinzukommen, muss aber nicht mit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen. Nicht nur Frauen, Heranwachsende und Kinder sind wegen möglichen sexuellen Übergriffen gefährdet, auch bei Männern kommt sexuelle Gewalt als spezielle Form der Erniedrigung regelmäßig im Rahmen von Folter und Inhaftierung zur Anwendung.

Eine von Richard F. Mollica, Direktor des „Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT)“ am Massachusetts General Hospital und der Harvard Medical School 2001 veröffentlichte Studie mit 534 bosnischen Flüchtlingen in einem Camp in Kroatien zum Zeitpunkt 1996 und 1999 ergab, „dass weder PTSD noch Depression mit einem Migrationsstatus oder erhöhter Mortalität korrelierten. Vielmehr korrelierten die Zeit des Aufenthalts im Flüchtlingslager, die Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen, ein höherer Bildungsstand und eine körperliche Unversehrtheit mit dem Migrationsstatus, während männliches Geschlecht, höheres Alter und eine soziale Isolation mit einer erhöhten Mortalität einhergingen“ (MOLLICA *et al.* 2001).

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wird im DSM-5 nicht mehr als Angststörung klassifiziert, sondern gemeinsam mit der „akuten Belastungsstörung“ und den „Anpassungsstörungen“ in einem neuen Kapitel als sogenannte „Trauma- und Stressor-Related Disorders“. Das Kriterium „starke Angst oder Hilflosigkeit“ wurde beim Erleben eines Traumas aufgegeben, da es das Auftreten einer PTBS nicht voraussagt. Das Kriterium A (Stressor-Kriterium) in Bezug darauf, wie ein Betroffener das traumatisierende Er-

eignis erlebte, wurde deutlich ausgearbeitet, das Kriterium A2 (subjektive Reaktion auf das Ereignis) wurde gestrichen. Die Diagnosekriterien wurden erweitert und somit das Stellen der Diagnose erschwert: Statt bisher drei werden nun vier Symptom-Cluster beschrieben: Flashbacks (wiederholtes Erleben), Vermeidungsverhalten, negative Kognitionen und erhöhtes Erregungsniveau. Die Unterscheidung in akute und chronische Phasen einer PTBS entfiel (DSM-5 2013).

Für die ICD-11 wurde vorgeschlagen, eine komplexe PTSD (SACK 2004: 451–459), welche Störungen der Affektregulation, Sexualität, Selbstwahrnehmung, Beziehungsbildung, dissoziative Symptome, Somatisierung, sich ändernde persönliche Überzeugungen und Werte beinhaltet, in Betracht zu ziehen. Der Vorschlag einer komplexen PTSD-Kategorie, die zusätzlich zu den zentralen PTSD-Symptomen (Wiedererleben (Intrusion), Vermeidung, erhöhte Erregbarkeit) drei Gruppen von intra- und interpersönlichen Symptomen (Affektregulationsstörung, (negatives) Selbstkonzept, problematische Beziehungsgestaltung) umfasst, wird in die ICD-11 aufgenommen (KARATZIAS *et al.* 2017).

In Anlehnung an Konzepte der Stressbewältigung und der Coping-Mechanismen können nach Sluzki (SLUZKI 2001) modellhaft fünf Phasen der Auseinandersetzung mit dem Migrationsgeschehen unterschieden werden:

- Vorbereitungsphase,
- Migrationsakt,
- Phase der Überkompensation,
- Phase der Dekompensation,
- Phase der Anpassung.

### Norm und Normalität

Während es auch für einen Laien offensichtlich ist, wann jemand ein gebrochenes Bein hat und somit als krank gilt und jemand anderes zwei gesunde Beine hat, war und ist dies bei psychischen Störungen schwieriger festzulegen: ab wann – Zeit- und Ausprägungsgrad – gilt zum Beispiel eine Trauer als pathologisch? Wie viel Depression ist erlaubt? Wie viel Verrücktheit darf ich mir erlauben, um noch als normal zu gelten, ab wann darf ich bei einem zwanghaften Kollegen von einer Persönlichkeitsstörung sprechen?

Der Diskurs über „normal“ und „nicht (mehr)

normal“ ist ein gesellschaftlicher wie auch ein individueller: d. h. die Gesellschaft bestimmt was als normal betrachtet wird und was nicht (mehr), und die Gesellschaft als solche beeinflusst die Wahrnehmung des Einzelnen maßgeblich mit. Deshalb glauben in Deutschland beispielsweise relativ wenige Menschen an die Wiedergeburt. Darf man also sagen, dass der Begriff „psychische Krankheit“ beziehungsweise „psychische Störung“ immer kulturrelativ und von geschichtlichen Entwicklungen abhängig ist? In dieser Absolutheit definitiv nicht. Ethnopsychiatrische Untersuchungen belegen, dass es sehr wohl kulturspezifische psychiatrische Syndrome gibt, aber auch ab einem gewissen Ausprägungsgrad abweichende/s Wahrnehmungen, Denken, Handeln und Fühlen weltweit von der lokalen Bevölkerung und indigenen Heilern als krankhaft angesehen wird/werden.

Was als krank und was als gesund gilt, lässt sich vereinfacht „naturalistisch“ oder „normativistisch“ unterscheiden: „Naturalistisch“ (vereinfacht auch als „funktionalistisch“ bezeichnet) bedeutet, dass psychische Krankheiten anhand der Natur beziehungsweise ohne (evaluative) Normen bestimmt werden können, Krankheiten also objektiv in der Natur ablesbar sind, sie sind also ohne große Hilfsmittel vom gesunden Zustand abzugrenzen (Beispiel: selbstverletzendes Verhalten). Der zweite Ansatz – „normativistisch“ – schließt biologisch oder funktionelle Defizite nicht aus, aber prinzipiell gilt ein Zustand dann als krank, wenn dieser immer wieder durch die Person selbst oder durch die Gesellschaft negativ beurteilt wird.

Einer der größten Kritiker des DSM-5 ist der ehemalige Leiter der Arbeitsgruppe für das DSM-IV, Allen Frances, welcher eine „diagnostische Inflation“, fragwürdige Diagnosen und das Verschwinden der Grenze zwischen normalen und krankhaften Verhaltensweisen kritisiert (FRANCES 2013). Das Krankheitsverständnis im DSM als auch in den ICD ist sowohl funktionalistisch als auch normativistisch. Für das Vorliegen einer psychischen Krankheit muss das individuelle Fühlen, Denken, Wahrnehmen und Handeln und das sich hieraus ergebende Verhalten von den im DSM/in den ICD definierten Normen abweichen und/oder anhand psychologischer oder biologischer Methoden als Resultat einer Funktionseinschränkung bestimmt werden.

Gemäß dem französischen Philosophen und Gesellschaftskritiker Michel Foucault (1924–1984) kann es zu einer Pathologisierung von eigentlich normalen Phänomenen kommen, wenn Verhaltensweisen zu Syndrom-Komplexen zusammengefasst werden, die isoliert betrachtet an sich nicht pathologisch sind. Jedes Verhalten, so Foucault, das beispielsweise mit Unordnung, Unbeherrschtheit und Mangel an Empathie einhergeht, kann somit in den Gegenstandsbereich der Psychiatrie überführt und ggf. therapiepflichtig werden. Der gesellschaftliche Normwert-Abweichler kann durch therapeutische Intervention normalisiert werden (FOUCAULT 2003).

### Umgang mit dem Fremden im direkten Kontakt

Der Umgang mit dem Fremden beginnt mit der ersten Begegnung: Schon der Aspekt von Habitus, Hautfarbe und Kleidung führt zu einer Reaktion und fraglich negativen Interpretationen. Es setzt sich fort mit der Begrüßung, das „sich die Hände geben“. Die seitens des westlich sozialisierten Untersuchers als Unfreundlichkeit wahrgenommene Verweigerung der Hand, welche andererseits seitens muslimischer Patienten gemäß ihrem Glauben verweigert werden muss, da sie ihren Körper aus Scham oder Verlegenheit vor anderen verhüllen, um ihn vor fremden Blicken oder einem Körperkontakt zu schützen, kann zu Irritationen führen. Händeschütteln kann als Verletzung der persönlichen Integrität seitens einiger orthodoxgläubiger muslimischer Patientinnen wahrgenommen werden.

Für den westlichen Untersucher steht die sprachliche Kommunikation im Zentrum jeder diagnostisch-therapeutischen Intervention. Wichtig ist bei der sprachlichen Kommunikation das Wissen über mögliche häufige Missverständnisse. Stichwort Symptompräsentation: Menschen aus südeuropäischen, arabischen und asiatischen Ländern beschreiben ihre Beschwerden viel eher ganzheitlich und weniger auf einen Körperteil bezogen als im Westen bzw. Nordeuropa. Dies ergibt sich aus einem spezifischen Krankheitskonzept, welches postuliert, dass Krankheiten typischerweise den ganzen Körper betreffen und nicht nur lokale Beschwerden verursachen und lokal wahrgenommen werden können. Auch bezüglich der nicht seltenen Tendenz zur Somatisierung süd-

ländischer und aus dem arabischen Kulturkreis stammender Menschen, sollte der Untersucher das eigene Krankheitsverständnis und die eigene Krankheitstheorie (weshalb bin ich krank, woher kommt Krankheit?) reflektieren: Wie weit wird in unserer westlichen Kultur somatisiert, beispielsweise Stress, welcher sich in Magenschmerzen manifestiert oder Verspannungen im Bereich des Bewegungsapparates, insbesondere der Nacken- und Rückenmuskulatur?

### Der Migrant als Flüchtling

Bezüglich psychischer Störung notwendige Differenzierung:

- Flüchtlinge mit eher psychischen Störungen, welche mehr oder weniger unabhängig von traumatischen Erlebnissen und unabhängig vom Flüchtlingsstatus aufgetreten sind bzw. auftreten (Beispiel: Schizophrenie, Demenz, ggf. Störungen aus dem affektiven Bereich), diese Patienten entsprechen prinzipiell den deutschen Patienten (allerdings mit ggf. abweichendem Krankheitsleben und -verhalten).
- Flüchtlinge mit psychischen Störungen infolge Flucht, Vertreibung, Erlebnissen im Herkunfts- und Aufnahmeland.
- Flüchtlinge ohne primär nennenswerte psychische Störungen, welche aber unter dem Aspekt des sekundären Krankheitsgewinns (Aussetzung der Abschiebung etc.) diese entwickeln bzw. vorgeben, diese zu haben.

Die Beschäftigung mit dem Wertesystem, den Kausalattributionen des Migranten, kann unabhängig davon geschehen, ob dieser Migrant ein Flüchtling ist oder nicht bzw. ein Trauma erlitten hat oder nicht. In der Auseinandersetzung mit Flüchtlingen stellen sich diesbezüglich spezifische Fragen:

- Erlebte der Flüchtling ein Trauma?
- Wenn ja, welche Art von Trauma: sogenannte „natural events“ (z. B. Erdbeben) oder Traumata, welche durch Menschen verursacht wurden beispielsweise Kriegshandlungen oder Folter oder Vertreibung („man made traumata“). Diese werden im Allgemeinen als schwerwiegender wahrgenommen, Umweltkatastrophen führen meist

nicht dazu, dass sich der einzelne als Individuum gezielt als Opfer fühlt, die Emotion Hass spielt kaum eine Rolle. Wie oben schon erwähnt, kann der Umstand der Flucht mit einer Traumatisierung gleichgesetzt werden, muss allerdings nicht zwangsläufig zu einer (anhaltenden) Traumatisierung führen.

- Eine weitere wichtige Frage stellt sich bezüglich des zeitlichen Kontextes einer Traumatisierung: geschah diese vor der Migration, beispielsweise wurde der Betroffene im Heimatland verfolgt, inhaftiert, gefoltert etc. oder erlitten Familienangehörige entsprechendes Leid?
- War die Flucht nach Deutschland traumatisierend oder kam es zu Erlebnissen nach Ankunft, welche traumatisierend wahrgenommen worden sind bzw. noch werden, beispielsweise unklarer Aufenthaltsstatus mit permanent drohender Abschiebung, Diskriminierung bis hin zu verbalen und tätlichen Übergriffen?
- Wie hoch ist die Wiederholungsfahrer des Traumas?
- Wie erfolgt der Umgang mit der Traumatisierung: Kommt es zu einer akuten Belastungsreaktion mit Schlafstörungen, gegebenenfalls psychotischen Symptomen, vegetative Übererregbarkeit, welche innerhalb von Stunden bzw. wenigen Tagen abklingt? Oder zu einer länger andauernden Anpassungsstörung bis hin zu rezidivierenden depressiven Zuständen, welche auch Selbstmordgedanken und -impulse beinhalten können? Kommt es im Verlauf zu einer sogenannten Verbitterungsstörung, einer depressiven Grundstimmung aufgrund des Gefühls, extrem ungerecht behandelt worden zu sein von den Mitmenschen und vom Leben im Allgemeinen? Oder, insbesondere bei mehrfach Traumatisierten, ist es zum Verlust der sogenannten „basic beliefs“, zum Verlust der Grundüberzeugungen gekommen?
- Nicht übersehen werden darf auch die Möglichkeit, dass Menschen durch die Konfrontation mit sehr belastenden Umgebungsbedingungen Kraft schöpfen, es vermögen,

anderen zu helfen und ein sogenanntes „Posttraumatisches Wachstum“ zu erleben.

Aktuelle Probleme von Flüchtlingen können differenziert werden in Probleme, welche aufgrund des Aufenthaltsstatus entstehen, sowie in solche, welche den Funktionsstatus betreffen, dies meist nicht unabhängig des Aufenthaltsstatus (post migrant). Der Umstand, tatenlos den Tag verbringen zu müssen, permanent auf fremde Hilfe angewiesen zu sein und zum eigenen Lebensunterhalt gegenwärtig mehr oder weniger nichts beitragen zu können, führt zu einem (individuellen und sozialen) Funktionsverlust. Dem Flüchtling gelingt es meist nicht, sich über die neue Rolle zu definieren, da diese Rolle verständlicherweise als defizitär wahrgenommen wird. Nicht unbeachtet bleiben darf der Umstand, dass Flüchtlinge, welche in Deutschland angekommen sind, sich primär in Sicherheit fühlen dürfen. Unabhängig davon sind weiterbestehende Sorgen nicht nur um die eigene Zukunft, sondern beispielsweise auch Sorgen um den Verbleib von Angehörigen in Kriegsgebieten, sowie der sogenannte euphemistisch als „uneindeutiger Verlust“ bezeichnete Verbleib vermisster Angehöriger und Freunden starke Stressoren, welche eine Bearbeitung zurückliegender Traumata oft unmöglich machen.

Somit lassen sich folgende Traumata bezüglich des zeitlichen Kontextes unterscheiden:

1. Trauma vor der Migration (*pre migrant*):  
Stress/Situation/Zustand
2. Trauma im Rahmen der Migration
3. Trauma nach der Migration (*post migrant*) /  
Stress: Aufenthaltsstatus, Kulturschock etc.

Die aktuellen Probleme können sich grob differenzieren lassen in sich gegenseitig nicht ausschließende Aspekte:

- Kognitive (z. B. Sinnkrise, Kontrollverlust, Langeweile)
- Emotionale (z. B. Angst, Aggression)
- Verhaltensbezogen (behavioral), z. B. Trauer, Rückzug, Aggression
- Sozial: Funktionsverlust (Ernährer).

Wie zeigt sich Stress in der fremden Kultur (psychisch, sozial, körperlich ...)? Neben den typischen, ubiquitär zu findenden physiologischen Symptomen akuter und chronischer Stressbelas-

tungen gibt es soziale Emotionen, welche kulturspezifischen Charakter haben können, wie z. B. Stolz oder Schuld und Scham. Während Schuld durch Buße oder Sanktionen verarbeitet werden kann und Schuldgefühle eher durch eine Kritik von „innen“ (verinnerlichte Autorität) entstehen, findet sich Scham in Folge eher als eine Reaktion auf Kritik von „außen“ und geht einher mit verletzter Ehre und Gesichtsverlust (für das Individuum, aber insbesondere für die soziale Gruppe). In den (eher östlichen) „Schamkulturen“ ist die höchste Instanz eben nicht das „gute Gewissen“, wie dies in den (eher westlichen, insbesondere vom Protestantismus geprägten) „Schuldkulturen“ der Fall ist, sondern der gute Ruf in der Gruppe beziehungsweise die Ehre (GÜC 2003).

Im Rahmen der Migration muss sich das Individuum neu verorten, das Streben nach Autonomie ruft Scham- und Schuld-Affekte gegenüber der Herkunftsgesellschaft oder der ethnischen Gruppe hervor. Scham und Schuld sind häufig zunächst nicht bewusst erlebbare Gefühle. Sie können zu selbstbestrafenden Gedanken und Handlungen führen und sich zur Vermeidung der Bewusstwerdung auf einem regressiven Niveau wiederfinden. Kultur hat, wie beschrieben, einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung unseres sozialen Ichs, unser Wir und darüber hinaus auf unser gesellschaftliches Handeln, unsere Lebenseinstellungen, unsere Wertevorstellung, unser Gesundheitsverhalten und unsere subjektiven Krankheitskonzepte. Die Differenzierung zwischen Scham und Schuld ist insbesondere in psychotherapeutischen Settings notwendig. So ist Scham wesentlich existenzieller als Schuld. Wer sich schämt, fragt: „warum konnte ich das nur tun?“ Die Betonung liegt auf der handelnden Person. Bei Schuldgefühlen lautet die Frage eher: „warum konnte ich das nur tun?“ Die Betonung liegt auf der Handlung. Entsprechend schwerer wiegen die Konsequenzen bei Regelverletzungen. Schuld bittet die Möglichkeit zur Sühne, Scham nicht. Hier lässt sich höchstens die verletzte Ehre wiederherstellen, mitunter durch Maßnahmen wie Ehrenmord.

Die Integrationsfähigkeit des Einzelnen ist im Rahmen der Akkulturation massiv gefordert, aus psychoanalytischer Perspektive kann sich ein Ich-Identitätsverlust einstellen. In diesem Zusammenhang können Ängste in Form von Visionen

aufzutreten, oder der Betroffene gewinnt den Eindruck, verhext worden zu sein.

Ein wiederholtes Scheitern in der Anpassung kann zu einer erheblichen narzisstischen Kränkung führen und mit intensiven Gefühlen der Scham und der Angst verbunden sein. In der Abwehr dieser Gefühle kann es auch zu einer Abwertung der fremden Mehrheitsgesellschaft und deren Normen kommen, was sich in einer trotzig anmutenden Verschlossenheit zeigen kann. (WOHLFART *et al.* 2005)

Diese kann sich auch lediglich in Form einer aus der Perspektive Dritter unverständlichen verdeckten oder offenen Aggressivität manifestieren. Die Entwicklung der Persönlichkeit in nicht-westlichen Kulturen scheint vorrangig am Ideal der Gruppe orientiert (PARIN 1992), was auch für ein gruppentherapeutisches Setting in der Arbeit mit Flüchtlingen spricht.

### Coping

Unter Coping-Strategien versteht man Einstellungs- und Handlungsmuster zur Bewältigung von (psychisch) belastenden Faktoren, Stressoren und Anforderungen, wobei prinzipiell ein problemorientiertes Vorgehen (wie Informationssuche, zielgerichtetes Handeln, Anpassung, Vermeidung) von einem emotionsorientierten Vorgehen (positive Umdeutung, Gefühlskontrolle, Aggressionen, Suchtmittelleinnahme etc.) unterschieden werden kann. Welche Strategien stehen dem Flüchtling zur Verfügung, mit seinen aktuellen Lebensbedingungen bzw. stattgehabten Traumata umzugehen: auf welche Copingstrategien/Copingmuster greift er bewusst oder unbewusst zurück?

Der Umgang mit einer Krankheit hängt davon ab, wie man diese Krankheit erklärt: Somit ist für das Verständnis des Verhaltens von Flüchtlingen wichtig, sich über deren Erklärungsmodell beispielsweise für psychische Störungen zu informieren. Fest steht, dass der Betroffene nur dann aktiv gegen eine Störung an-arbeiten bzw. lernen wird mit ihr umzugehen, wenn dies überhaupt Aussicht auf Erfolg hat. Für das Gros der gegenwärtig aus dem arabisch/kurdischen Raum nach Deutschland kommenden Flüchtlinge sprechen im Kontext des Umgangs mit psychischen Störungen zwei Gründe gegen Eigenaktivität (LAABDAL-

LAOUI & RÜSCHOFF 2010): Die Vorstellung, dass es prinzipiell die Aufgabe des Arztes ist, den Patienten gesund zu machen; die Vorstellung, dass psychische Störungen weder vom Patienten noch vom Arzt beeinflussbar sind, sondern durch Gott auferlegt werden und somit nur von diesem oder einem von ihm beauftragten Geistlichen geheilt werden können.

### Fazit: Von der Nothilfe über Entwicklungshilfe zur Selbsthilfe

Die sogenannte „Entwicklungshilfe“ hat sich in den letzten fünfzig Jahren weiterentwickelt und differenziert. So ist zu unterscheiden zwischen einer notwendigen akuten Nothilfe, welche das Überleben in Krisensituationen sichert, beispielsweise bei Umweltkatastrophen, welche die betroffene Bevölkerung überfordert und in deren Verlauf sie auf die Hilfe von außen angewiesen ist. Diese akute Phase der Nothilfe sollte so früh wie möglich in die Phase der „Hilfe zur Selbsthilfe“ übergehen. Die Situation mit den permanent nach Deutschland strömenden Migranten stellt sich etwas anders dar: Zum einen ist die Umgebung für die Migranten fremd, meist sind sie zumindest anfänglich auf die vollständige Hilfe Dritter, hier des Aufnahmelandes und der entsprechenden Bevölkerung, angewiesen. Dies soll allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Hilfeempfänger bis zu ihrer Flucht und auch noch während ihrer Migration meist kompetent selbst-bestimmt gehandelt haben, wenngleich sie aufgrund der Umgebungsbedingungen zu einem bestimmten Handeln gezwungen waren. Selbst-Bestimmtheit ist eine wichtige Quelle für Selbst-Identität und somit sollte allen Helfenden daran gelegen sein, den Betroffenen möglichst rasch dazu zu verhelfen, ihre Selbstidentität wieder zu stabilisieren. Es sollte von Fall zu Fall unterschieden werden, ob ein Migrant bezüglich seiner kognitiven Grundeinstellung willens und in Betracht seiner körperlichen und psychischen Verfassung in der Lage ist zur „Hilfe zur Selbsthilfe“. Erfahrungen aus ähnlichen Flüchtlings-Settings weltweit zeigen, dass die zunehmend eigenverantwortliche Übernahme von Aufgaben als ein wichtiger Schritt in die Eigenverantwortung mit dem Ziel von mehr Autonomie, Selbst-Bewusstsein und Selbst-Wert gesehen und befürwortet wird.

### Literatur

- ASSION H.-J. (Hg) 2005. *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- BAUMAN Z. 2000. Vereint in Verschiedenheit. In BERGHOLD J., MENASSE E. & OTTOMEYER K. (Hg). *Trennlinien*. Klagenfurt: Drava: 35–46.
- BENDICK C. 1989. *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904*. Ein Beitrag zur Geschichte der Ethnopsychiatrie. Feuchtwangen: Kohlhauser.
- BERRY J. W. 1990. **Psychology of acculturation. Understanding individuals moving across cultures.** In BRISIN J. W. (ed). *Applied cross-cultural psychology*. London: Sage.
- COPELAND J. R. M. 1968. Aspects of mental illness in West African students. *Soc Psychiatry* 3: 7–13.
- DSM-V. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing (5<sup>th</sup> edition). [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).
- FOUCAULT M. 2003. *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1973–1974)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- FRANCES A. 2013 (2. Aufl.). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: Dumont.
- GÜC F. 2003. *The importance of shame in the treatment of migrants from Turkey*. In READER 15. *Int. Kongress für analytische Psychologie*. Diamond. Frankfurt am Main: 595–600.
- HAASEN C., KLEINEMEIER E. & YAGDIRAN O. 2005. *Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen*. In ASSION H.-J. (Hg), a. a. O.: 145–155.
- HALL E. T. 1976. *Beyond Culture*. New York: Garden City.
- HARPER J. 2006. “Men hold key to their wives’ calm.” *The Washington Times*: A10.
- HOFSTEDE G. 2011. *Lokales Denken, globales Handeln*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag (5. Auflage).
- KARATZIAS T., CLOITRE M., MAERCKER A. et al. 2017. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *Eur J Psychotraumat* 8, Suppl. 7.
- KRAEPELIN E. 1904. Psychiatrisches aus Java. *Centralblatt fuer Nervenheilkunde und Psychiatrie*, Jg. 27, Neue Folge Bd. 15: 468–469; Reprint *Curare* 3(1980)4: 249–250.
- LASABDALLAOUI S. & RÜSCHOFF I. 2010. *Umgang mit muslimischen Patienten*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- MOLLICA R. F., SARAJLIK N. & CHERNOFF M. 2001. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and migration among Bosnian refugees. *JAMA* 286: 546–554.
- OERTER R. 1995. Kultur, Ökologie und Entwicklung. In OERTER R. & MONTADA L. (Hg). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 84–127.
- PARIN P. 1992. *Der Widerspruch im Subjekt: Ethnopsychanalytische Studien*. Hamburg: EVA [Orig. 1978, Frankfurt].
- SACK M. 2004. Diagnostic and clinical aspects of complex post-traumatic stress disorder. *Nervenarzt* 75 (5): 451–459.
- SLUZKI C. E. 2001. Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In HEGEMANN T. & SALMAN R. (Hg). *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag: 101–115.
- WOHLFART E., ÖZBEK T. & HEINZ A. 2005. Von kultureller Antizipation zu transkulturellem Verstehen. In ASSION H.-J. (Hg), a. a. O.: 157–166.

# Migranten aus der Türkei in Deutschland im Spiegel von Kunst und Kultur

ECKHARDT KOCH

## Vorbemerkung

Ekkehard Schröder hat schon 1962 im Gymnasium in Geislingen/Steige in der Schülerzeitung einen Artikel über Gastarbeiter in Deutschland verfasst. 1986 war er dann Mitveranstalter der stark beachteten 8. Fachkonferenz der AGEM zum Thema „Kranksein und Migration in Europa“ in Heidelberg. So wundert es nicht, dass er seit der Gründung der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP e. V.) 1994 Interesse an deren Arbeit hatte und aktiv an einigen der Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresse teilnahm.

Uns verbinden schöne Stunden mit lebhaften Diskussionen an unterschiedlichsten Orten in der Türkei und in Deutschland. Daher möchte ich die Migration aus der Türkei nach Deutschland aus der Perspektive von Kunst und Kultur zum Thema für die Festschrift aufgreifen. Ich habe schon Ende der 1980er Jahre Kontakte zu Psychiatern in der Türkei geknüpft (Prof. Günsel Koptagelilal, Prof. Metin Özek aus Istanbul und Prof. Sunar Birsöz aus Antalya). Aus diesen Verbindungen entstand dann auch der erste Deutsch-Türkische Psychiatrie-Kongress 1994 in Antalya unter der gemeinsamen Präsidentschaft von Prof. Metin Özek und Prof. Wolfgang M. Pfeiffer.

Pfeiffer war mein akademischer Lehrer, und ich brachte ihn mit Özek nach dessen Entlassung aus türkischer Haft und seiner beruflichen Rehabilitierung zur Planung dieses Kongresses zusammen. Im November 1994 wurde dann in Marburg die DTGPP gegründet. Eine bis heute bestehende Besonderheit ist die Möglichkeit der Mitgliedschaft in Deutschland und der Türkei. Und mein Blick hat sich im Laufe der Jahre verbreitert. Dabei haben mir Literatur, Theater und Film neue Perspektiven vermittelt.

## Historischer Rückblick

Die Wanderbewegung fand überwiegend aus der Türkei nach Deutschland statt, doch gab und gibt es neben den Remigranten auch eine aus Deutschland in die Türkei gerichtete Migration. Vor allem in den Jahren der Nazi-Diktatur nahm die Türkei ca. 1000 Flüchtlinge, vor allem jüdische Wissenschaftler und Künstler auf. Dieses deutsch-türkische Erbe ist heute aber weitgehend in Vergessenheit geraten. An das Schicksal einiger dieser Emigranten und ihrer Familien erinnerte kürzlich die Regisseurin Eren Önsöz. Ihr Film „Haymatloz“ – der Begriff ist als Synonym für Exilanten als Fremdwort ins Türkische eingegangen – kam 2016 in die deutschen Kinos. In der Türkei wurde er bislang noch nicht gezeigt.

Eine neue Form der Einwanderung in die Türkei stellen deutsche Rentner an der Süd- und Westküste dar, die teilweise auch eigene Immobilien bewohnen. Nach Angaben des Auswärtigen Amtes (2017) leben aktuell 70 Tsd. Deutsche dauerhaft in der Türkei.

Am 30. Oktober 1961 wurde das Anwerbeabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei unterzeichnet. Ursprünglich war eine Befristung der Aufenthaltsdauer auf maximal zwei Jahre vorgesehen. Dies erwies sich in der Realität aber nicht als sinnvoll, da die Arbeitgeber an einer längeren Beschäftigung der nunmehr angelernten Arbeiter interessiert waren, die Migranten in dieser kurzen Zeit auch nicht ihre Ziele von Sparvermögen für die geplante Rückkehr in die Türkei erreichen konnten. Von 1961 bis 1973 stieg der Anteil der damals Gastarbeiter genannten Zuwanderer aus der Türkei von 0,97 % auf 22,96 % aller Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland (HÖHNE *et al.* 2014). Dies hat sich trotz des späteren Zuzugs der Spätaussiedler bis heute nicht geändert. Nach der „Ölkrise“

se“ und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Einbruch wurde 1973 weitere Arbeitsmigration gestoppt, eine Einreise nach Deutschland war danach nur noch über Familienzusammenführung oder Asylantrag möglich.

Die Arbeitsmigration erfolgte neben der Anwerbung von Fachkräften (z. B. aus den Kohleabbaugebieten an der Schwarzmeerküste für die Zechen des Ruhrgebietes) überwiegend aus bildungsfernen Schichten der auf Landwirtschaft ausgerichteten Regionen Mittel- und Ostanatoliens. Integrationsangebote wurden seitens des deutschen Staates nicht für erforderlich gehalten. So wurden keine verpflichtenden Sprachkurse angeboten. Der staatlichen Erwartung einer baldigen Rückkehr der Gastarbeiter entsprechend verfolgte die Mehrzahl der Migranten aus der Türkei den Plan der Rückkehr nach einigen Jahren mit dem Ziel in der Heimat einen höheren sozialen Status zu erreichen. Überstunden des Geldes wegen waren wichtiger, als sich in der neuen Umgebung heimisch zu fühlen. Doch die Pläne änderten sich spätestens mit der seit dem Anwerbestopp 1973 forcierten Zusammenführung der Familien und der Geburt von Kindern in Deutschland. Allerdings war es meist keine bewusste Entscheidung, in Deutschland zu bleiben. Im Laufe der 1970er Jahre wandelte sich bei vielen MigrantInnen die Idee, rasch in die Türkei zurückzukehren, unmerklich von einem konkreten Lebensplan zu einem Mythos. Dies betrifft gerade die erste Generation, die nicht ohne Kinder und Enkel dauerhaft in der Türkei leben wollte. Allenfalls das sog. Pendeln ist in Rentnerkreisen üblich. Man lebt über die Sommermonate im Heimatort oder an der Küste im eigenen Haus in der Türkei, kehrt dann nach Deutschland zurück. Dieses Konzept erfordert neben finanziellen Ressourcen allerdings ausreichende Gesundheit und ist daher zeitlich begrenzt.

Die Nachkommen der ersten Generation haben meist eine Sozialisation in Deutschland erlebt. Das betrifft allerdings nicht die als „Kofferkinder“ bezeichneten Migranten der zweiten Generation, die teilweise in der Türkei zurückgelassen wurden und oft dort auch zur Schule gegangen sind. Diese Besonderheit der Migration aus der Türkei wurde nur ansatzweise beforscht. Eine journalistische Publikation (WILHELM 2011) spricht von mehr als 300 Tsd. Betroffenen. Ein Dokumentar-

film von Anke Kültür (2013) geht sogar von ca. 700 Tsd. Kindern von Arbeitsmigranten aus, die zumindest teilweise in der Türkei bei Verwandten aufgewachsen und zur Schule gegangen sind oder zwischen Deutschland und der Türkei hin und her geschoben wurden. Dass dadurch nicht selten Probleme der Identität und auch der Integration in Deutschland ausgelöst wurden, liegt auf der Hand.

Eine besondere und kaum beachtete Form der Einwanderung stellt die Migration türkischer Akademiker dar, die zur Elite mit Migrationshintergrund gezählt werden können. In den 1960er Jahren kamen zahlreiche türkische Ärztinnen und Ärzte (die hier beispielhaft für alle Akademiker genannt werden) in die Bundesrepublik, um sich medizinisch fortzubilden. So arbeiteten 1968 mehr als ein Fünftel aller in der Türkei ausgebildeten Ärzte im Ausland (PEPLER 2016: 9). Heute leben und arbeiten geschätzt mehr als 2000 Ärzte mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland. Sie migrierten zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder wurden bereits als Nachkommen in Deutschland geboren (ebd.).

Unabhängig von dem Zeitpunkt der Migration bleiben die Sozialräume in Herkunfts- und Ankunftsregion dauerhaft miteinander verwoben. Die Sozialforschung spricht von transnationaler Migration mit eigenen Symbolsystemen wie Mehrsprachigkeit und Mediennutzung, die keine permanente physische Mobilität benötigt, aber in Herkunfts- und Ankunftsregion gleichermaßen wirksam ist (PRIES 2017). Es handelt sich bei der Migration also nicht um einen einmaligen räumlichen Wechsel mit anschließender Assimilation, sondern um einen nie endgültig abgeschlossenen Prozess. Das führt auch zu einem Wandel von Identität und Kultur. Schablonenhafte Zuordnungen verbieten sich in einem heterogenen Geflecht von Beziehungen, die soziostrukturell eingebettet sind. Gerade in den Geisteswissenschaften ist es zu einem Paradigmenwechsel gekommen. Statt Migration als defizitären gesellschaftlichen Status zu beschreiben, sind Untersuchungen zunehmend ressourcenorientiert und betrachten auch die subjektive Perspektive der Migrierenden. Die bislang gebräuchliche, recht schematische Einteilung in verschiedene Generationen der Migration wird dem multidimensionalen und dynamischen Prozess kultureller und psychologischer Veränderungen nicht gerecht. Die psychiatrische For-

schung kann und muss hier in einem interdisziplinären Austausch neue Perspektiven entwickeln.

Migranten-Milieus in Deutschland unterscheiden sich weniger nach ethnischer Herkunft als nach Wertvorstellungen, Lebensstilen und ästhetischen Vorlieben. Die Herkunftskultur prägt zwar meist maßgeblich die Identität, aber sie determiniert nicht die milieukonstitutiven Grundorientierungen und Werthaltungen. Diese reichen von einer fortbestehenden Verankerung in konservativ-religiösen Traditionen, dem Streben nach materieller Sicherheit, bis zu Erfolg und gesellschaftlichem Aufstieg. Das kann zu Entwurzelung und Unangepasstheit aber auch zu Selbstverwirklichung und Emanzipation führen (VHW 2016).

### **Kunst und Kultur in der postmigrantischen Gesellschaft**

Zum Verständnis gesellschaftlicher Prozesse ist Kunst in ihrer vielfältigen Form hilfreich. Zunächst zum **Theater**: Die Migrationsthematik ist mindestens so alt wie das Theater selbst. „Medea“ von Euripides (480 bis 406 v. Chr.) ist ein Drama, das sich mit dem Fremdsein in einer Kultur und damit verbundenen Schwierigkeiten auseinandersetzt. Die gebildete Königstochter Medea verliebt sich in den Argonauten Jason, mit dem sie aus Kolchis nach Korinth emigriert. Dort wird sie zur Projektionsfigur für „die Fremde“. Sie akzeptiert ihren neuen, geringeren sozialen Status nicht, wird umgekehrt nicht als Korintherin anerkannt.

Es finden sich Gemeinsamkeiten von Theater und Psychiatrie in Bezug auf die Migration. Die Maxime „Wer erzählt, wird wahrgenommen“ beschreibt eine biographische Arbeitsweise des Theaters, die auch Grundlage psychiatrischer Arbeit ist. Auch die aktive Gestaltung des eigenen Bildes in Theaterproduktionen mit partizipativem Charakter entspricht einer aktiven Beteiligung an (gruppen)therapeutischen Maßnahmen psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung. Empowerment (Selbstermächtigung) wird vom Theater wie von der Psychiatrie nicht nur gewünscht, sondern gefördert.

Auch sind die Ziele, die sich Psychiatrie und Theater für die Patienten/das Publikum setzen, verwandt. Durch aktive Herangehensweise im künstlerischen Feld wird die Rolle des Sozialopfers in die Rolle eines Handelnden verwandelt.

Dies ist bei einer auf Ressourcen orientierten psychiatrischen Behandlung ebenso der Fall. Beteiligung ist das Ziel sowohl künstlerischer als auch psychiatrischer Zugangswege.

Das migrantische Theater wurde ab ca. 1980 bis weit in die 1990er Jahre in der freien Szene von Künstlern mit Migrationsbiographie an verschiedenen Metropolen in Deutschland entwickelt. Sie brachten klassische Theatergeschichten sowie Geschichten aus der Lebenswelt der Einwanderer auf die Bühne. Bei der theoretischen Auseinandersetzung um Fragen der Identität stützen sich Theater und Psychiatrie auf dieselben Quellen, die Bandbreite reicht von Georg Simmel über Homi K. Bhabha bis hin zu Stewart Hall und Bernhard Waldenfels. Engerer interdisziplinärer Austausch wäre wünschenswert und fruchtbar. Der Begriff der postmigrantischen Gesellschaft stammt ursprünglich aus den Theaterwissenschaften und wird erstmals in der soziologischen Forschung als Analyseperspektive verwendet (GHADERI 2017). Es geht nicht darum, Migranten weiterhin als randständig zu exotisieren, sondern sie als Teil der Lebensrealität zu begreifen. Das Ballhaus Naunynstraße und das Gorkitheater in Berlin haben sich – um nur zwei wichtige Vertreter zu nennen – dem postmigrantischen Theater verschrieben und fördern mit ihren Produktionen den Zugang zu gesellschaftlichen Prozessen und auch migrantischer Befindlichkeit.

Eine Annäherung zu subjektiven Sichtweisen von Migration ist auch durch die **Literatur** möglich. Günter Grass fand in seiner Laudatio auf Yaşar Kemal zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels 1997 treffende Worte:

Sonst vielgereist, bin ich nie in Anatolien gewesen, und dennoch habe ich mir als Leser von Buch zu Buch Ihr Land angeeignet. Was fremd war, ist mit allen Gerüchen vertraut. Wörter können das. Die Literatur hebt Entfernungen auf. Literarische Landnahme bringt uns Menschen nah, die nur auf Papier stehen. Sie hebt auf Landkarten gezogene, aber auch unser Bewusstsein schneidende Grenzen auf. Die Literatur schlägt die Brücke zum anderen.

Zum Verständnis der Türkei ist nicht nur Yaşar Kemal eine Fundgrube, die türkische Literatur ist vielseitig und wesentliche Werke liegen in deutscher Übersetzung vor. Die frühe Gastarbeiterliteratur bot vielen Migranten Orientierung.

Stellvertretend sei Güney Dals Roman von 1981 *Europastr.* 5 genannt (KOCH 2007). In einer originellen Rahmenhandlung werden wesentliche Themen der Migranten aus unterschiedlicher Perspektive beleuchtet. Schon damals wurden der transnationale Rahmen und die Verflechtung von kulturellen Prägungen, der Bezug zur Heimat und die gleichzeitige Neuorientierung bei den Protagonisten unterschiedlicher Altersgruppen differenziert dargestellt. Auch die Komplexität der Welt und der Verlust der Heimat werden angesprochen:

Wir leben wirklich in einer komischen Zeit, alles ist durcheinander. Wer soll da noch durchblicken. Als ich noch in Çanakkale war, wär ich nie darauf gekommen, daß die Dinge in der Welt so kompliziert sind. Ohnehin haben die Menschen ja mittlerweile gar kein Heimatland mehr. Deine Heimat ist immer da, wo es gerade Arbeit gibt. Und wenn nicht wenigstens ein paar Bekannte dageblieben sind, da fragst du dich nie nach dem Fleck, wo du geboren bist, und vermißt ihn überhaupt nicht (DAL 1990: 218).

Güney Dal schrieb noch auf Türkisch, die Autorin, Schauspielerin und Theatermacherin Emine Sevgi Özdamar schreibt auf Deutsch, obwohl sie in der Türkei aufgewachsen ist. Von 1967 bis 1970 besuchte sie die Schauspielschule in Istanbul. Nach ihrer Migration stand sie von 1979 bis 1984 bei Claus Peymann als Schauspielerin und Regieassistentin am Schauspielhaus Bochum unter Vertrag. Im Auftrag des Bochumer Schauspielhauses entstand auch ihr erstes Theaterstück *Karagöz in Alemania* [Schwarzauge in Deutschland]. Für ihre Romane wurde sie mehrfach ausgezeichnet. Sie verknüpft die Kultur Anatoliens mit modernen Diskursen und zeitgenössischer Politik. Özdamar schafft ein eigenes Sprachmuster, indem sie assoziativ mit bildlichen Aspekten der deutschen Sprache arbeitet. Als Autorin hat sie eine Zwischenstellung im Übergang von der Gastarbeiter-Literatur zu jüngeren Autoren.

Ein Beispiel dieser neuen Generation ist Feridun Zaimoğlu. Er versteht sich als deutscher Schriftsteller und hat mit *Kanak Sprak* seine bedeutende Rolle als Innovator der deutschen Literatur begründet. Es kommt zu einer positiven Umdeutung ursprünglich stigmatisierender Stereotypen, die sich auch im sog. Gangsta-Rap türkischer Künstler findet und von zahlreichen Comedians

aufgegriffen wird. Auch bei der deutsch-türkischen Literatur handelt es sich also um verschiedene Inhalte, Zeiten und Ansätze, nicht um ein homogenes Kollektiv. Ein weiterer wichtiger Zugang zu Befindlichkeiten im Migrationskontext ist der **Film**. Die Filmwissenschaft hat für Filmemacher mit türkischen Wurzeln den allerdings unscharfen Begriff „Deutsch-türkisches Kino“ geschaffen (ALKIN 2018). Im Gegensatz zu Literatur und Theater wurden zunächst von deutschen Regisseuren problemorientierte Filme geschaffen. Bekanntestes Beispiel ist Rainer Werner Fassbinders „Angst essen Seele auf“ von 1974. Die weitere Entwicklung führte dann vom Problemkino zur Culture-Clash-Komödie. Beispiele mit erfrischender Selbstironie sind u. a. „Süperseks“ (2004) oder der kommerziell erfolgreiche „Kebab Connection“ (2005), bei dem Fatih Akin am Drehbuch beteiligt war. Auch Akins „Soul kitchen“ (2009) wird dieser Kategorie zugeschlagen, von ihm selbst aber als „Heimatkino“ bezeichnet.

Der bekannteste Vertreter des Deutsch-türkischen Kinos ist sicherlich Fatih Akin. Eigene Erfahrungen als Mitglied einer Jugendgang verarbeitete er künstlerisch in seinem ersten Spielfilm „Kurz und schmerzlos“ aus dem Jahr 1998. Sein dritter Film aus dem Jahr 2002 „Solino“ erzählt die Geschichte einer italienischen Familie zwischen Deutschland und dem sizilianischen Heimatdorf. Damit verlässt er seine eigenen türkischen Wurzeln, die er in der Trilogie „Liebe Tod und Teufel“ („Gegen die Wand“, 2004, „Auf der anderen Seite“, 2007 und „The Cut“, 2014) wieder aufgreift. Akin scheut schwierige politische Themen nicht. „The Cut“ beschäftigt sich mit dem Armeniner-Genozid, „Aus dem Nichts“ mit dem NSU-Terror. Mittlerweile ist das Genre inhaltlich und personell viel breiter aufgestellt und verlässt die ursprünglichen ethnischen Zuschreibungen, ist zum transnationalen Kino geworden (BURNS 2006). In einem Interview mit dem Magazin Ray (AKIN 2007) meinte er auf die Frage, ob er sich mehr als Deutscher oder als Türke fühle:

Das kann ich so nicht sagen. Ich komme aus Hamburg und Istanbul. Wären meine Filme Gemälde, wären das die Hintergründe. Die Frage, wie deutsch oder wie türkisch ein Film von mir ist, stellt sich 2007 gar nicht mehr: Das ist Weltkino, das von einem globalen Konflikt erzählt. Es geht um die Frage, wie sich Christentum und Islam ge-

genüberstehen. Wenn man will, kann man auch sagen: Kapitalismus und Sozialismus. Im Kern geht es um die Ambivalenz ... Wir leben in einer so globalisierten Welt, dass ich nicht mehr in diesen Kategorien denke ... Ich fühle mich in Deutschland sehr wohl und habe auch nicht vor, hier wieder wegzuziehen. Aber wie deutsch oder türkisch ich bin, kann ich nicht beantworten.

Die Bedeutung von *Musik* analysierte der Musikethnologe Martin GREVE (2003). Einen ersten musikalischen Ausdruck fanden die Erfahrungen der MigrantInnen in den sogenannten *gurbetçi*-Liedern, Liedern über Heimweh und Auswanderung. Der Vergleich des „kalten Deutschland“ mit einem idealisierten Leben in der Türkei bestimmte in den 1970er und 1980er Jahren das allgemeine Lebensgefühl. Musikalisch fand die Sehnsucht nach der „Heimat“ ihren Ausdruck im „arabesk“, einer Mischung aus anatolischer Volksmusik, westlichem und urbanem türkischen Schlager. Die Liedtexte handelten von den Schmerzen unglücklicher Liebe, von Heimweh, von der Kälte der Großstädte, von Schicksalsergebenheit und Verzweiflung. Erfolgreich war arabesk nicht zuletzt aber auch deshalb, weil Musik durch die in dieser Zeit aufkommenden Musikkassetten erstmals für ärmere Schichten bezahlbar wurde (GREVE 2011).

### Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Sowohl die politische Lage im Herkunfts- als auch im Ankunftsland beeinflusst die Haltung und Befindlichkeit der Migranten wie der Mehrheitsgesellschaft. So war die Einwanderungspolitik in Deutschland im europäischen Vergleich bis zur Jahrtausendwende eher restriktiv, was Integration und ein neues Heimatgefühl der Migranten erschwerte (ERSANILLI & KOOPMANS 2011). Aber auch die unterschiedliche Motivationslage sehr heterogener Einwanderer aus der Türkei lässt keine allgemeingültigen Aussagen zu. Kamen Arbeitsmigranten meist aus wirtschaftlicher Not, suchten während der Militärdiktatur in der Türkei ab 1980 viele Verfolgte, v. a. Kurden, Aleviten und Yesiden Asyl in Deutschland. Zunehmende Automatisierung in der Industrie ersetzte die Arbeitsplätze zahlreicher Arbeitsmigranten und führte zu Arbeitslosigkeit. Nicht allen in Deutschland geborenen Kindern gelang eine gleichberechtigte

Teilhabe am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Leben. Der Bildungsbericht 2016 weist eine geringere Nutzung von vorschulischer Bildung aus. Obwohl Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund gute Bildung für ihre Kinder wünschen, besuchen diese überproportional Schulen, die maximal einen mittleren Abschluss ermöglichen; insbesondere an Gymnasien sind sie unterrepräsentiert. Die „Generation Erdoğan“ (AKYOL 2015) lebt seit vielen Jahren mit gesellschaftlicher Polarisierung. In der Türkei nimmt die Orientierung auf den Islam zu, laizistische Konzepte der Republik Atatürks werden zunehmend in Frage gestellt.

Die Wahlen zum Verfassungsreferendum im April 2017 bilden auch bei den in Deutschland wahlberechtigten türkischen Staatsbürgern diese Situation ab: Fast zwei Drittel stimmen für die Verfassungsreform, allerdings nutzten in Deutschland nur knapp 50% ihr Wahlrecht. Der Stolz auf die Republik und zunehmender Nationalismus in der Türkei in Verbindung mit Diskriminierungserfahrungen und sozialer Unzufriedenheit in Deutschland könnte dieses Wahlverhalten erklären. Gerade in Krisenzeiten tendieren Gruppen zur Abwertung anderer, um die eigene Gruppe aufzuwerten. Statt Wertpluralismus und nicht einheitliche Identitäten anzuerkennen, besteht die Gefahr der Orientierung an einer vermeintlich homogenen Kultur mit der Konsequenz von Abwertung schwacher Gruppen und Fremdenhass (GHADERI 2017).

### Fazit

Zum Verständnis der Migration aus der Türkei reicht es nicht, eine konstruierte ethnische Gruppe quantitativ mit der Mehrheitsgesellschaft zu vergleichen. Es geht vielmehr um die differenzierte Wahrnehmung der individuellen und gesellschaftlichen Unterschiede. Neben direktem Kontakt der Mehrheitsgesellschaft mit den Zuwanderern aus der Türkei und ihren Nachkommen kann gerade die Auseinandersetzung mit Kunst und Kultur und eine selbstreflexive Haltung eine Annäherung an diverse Befindlichkeiten erleichtern. Es geht darum, Stereotypen zu erkennen und zu überwinden, ohne Konflikte aus dem Weg zu gehen. Nur dann können wir den Migranten angemessen begegnen.

## Literatur

- AKIN F. 2007. <http://www.ray-magazin.at/magazin/2007/10/auf-der-anderen-seite-fatih-akin-im-gespraech>.
- AKYOL C. 2015. *Generation Erdoğan. Die Türkei – ein zerrissenes Land im 21. Jahrhundert*. Wien: Verlag Kremayr und Scheriau.
- ALKIN Ö. 2018. Deutsch-Türkische Filmkultur im Migrationskontext. Wiesbaden: VS Springer.
- AUSWÄRTIGES AMT. 2017. *Länderinformationen Türkei*. [http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Tuerkei/Bilateral\\_node.html](http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Tuerkei/Bilateral_node.html) (aufgerufen am 19.4.2017).
- BILDUNGSBERICHT. 2016. *Bildung und Migration*. [http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/h\\_web2016.pdf](http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/h_web2016.pdf).
- BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (BAMF). 2016. Migrationsbericht 2015. [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.pdf;jsessionid=38ADA1D1AAA40DF45A0E01E766E888C0.1\\_cid294?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.pdf;jsessionid=38ADA1D1AAA40DF45A0E01E766E888C0.1_cid294?__blob=publicationFile) (aufgerufen am 18.4.2017).
- BURNS R. 2006. Turkish-German Cinema: From Cultural Resistance to Transnational Cinema? In CLARKE D. (ed). *German Cinema Since Unification*. London: Continuum.
- DAL G. 1981. *Europastraße 5*. Hamburg: Buntbuchverlag (Erstausgabe), spätere Ausgaben München: Piper (hier zitiert 1990) und dtv.
- ERSANNILLI E. & KOOPMANN R. 2011. *Do Immigrant Integration Policies Matter? A Three-Country Comparison among Turkish Immigrants*. *West European Politics* 34: 208–234.
- GHADERI C. 2017. Postmigrantische Gesellschaft: Identität und Kultur im Wandel. In GRAEF-CALLIESS I. T. & SCHOULER-OCAK M. (Hg). *Migration und Transkulturalität*. Stuttgart: Schattauer: 3–20
- GRASS G. 1997. *Laudatio auf Yaşar Kemal* zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels
- GREVE M. 2003. *Die Musik der imaginären Türkei. Musik und Musikleben im Kontext der Migration aus der Türkei in Deutschland*. Stuttgart: Metzler.
- 2011. Migration von Musik aus der Türkei nach Deutschland, <https://heimatkunde.boell.de/2011/11/18/migration-von-musik-aus-der-tuerkei-nach-deutschland>.
- HÖHNE J. LINDEN B., SEILS E. & WIEBEL A. 2014. *Die Gastarbeiter. Geschichte und aktuelle soziale Lage*. WSI-Report 16 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- ISRAEL A. 2011. Kulturelle Identitäten als dramatisches Ereignis. Beobachtungen aus dem Kinder- und Jugendtheater. In SCHNEIDER W. (Hg). *Theater und Migration – Herausforderungen für Kulturpolitik und Theaterpraxis*. Bielefeld: Transcript Verlag: 47–64.
- KOCH E. 2007. Vortrag „Türkeistämmige Schriftsteller in Deutschland: Güney Dal – Europastraße 5“ beim VI. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongress „Identität(en)“ am 12. September 2007 Istanbul.
- KOCH E. & KOCH L. 2012. Rezension zu „Theater und Migration – Herausforderungen für Kulturpolitik und Theaterpraxis“, herausgegeben von Wolfgang Schneider. *Curare* 35, 4: 288–289.
- KÜLTÜR A. 2013. *Kofferkinder*. Zurückgelassen in der Türkei. Dokumentarfilm Deutschland.
- ÖNSÖZ E. 2016. *Haymatloz – Exil in der Türkei*. Film Türkei/ Deutschland.
- PEPLER L. 2016. *Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie*. Göttingen: Wallstein.
- PRIES L. 2017. Erklärungsmodelle für Migration und Integration. In GRAEF-CALLIESS I. T. & SCHOULER-OCAK M. (Hg). *Migration und Transkulturalität*. Stuttgart: Schattauer: 21–29.
- VHW-BUNDESVERBAND FÜR WOHNEN UND STADTENTWICKLUNG e.V. 2016. *Migranten-Lebenswelten in Deutschland*. Projektphase 1: Qualitative Leitstudie. Zwischenbericht des vhw-Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V. auf Basis der qualitativen Explorationen von Sinus Sociovision, Heidelberg. [http://www.vhw.de/fileadmin/user\\_upload/06\\_forschung/Gesellschaftliche\\_Vielfalt/Zwischenbericht\\_Migranten-Lebenswelten\\_in\\_Deutschland\\_2016.pdf](http://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/06_forschung/Gesellschaftliche_Vielfalt/Zwischenbericht_Migranten-Lebenswelten_in_Deutschland_2016.pdf) (Aufgerufen am 9.5.2017).
- WILHELM G. 2011. *Generation Koffer: Die zurückgelassenen Kinder*. Berlin: Orlanda Verlag.
- ZAIMOĞLU F. 2004. *Kanak Sprak – 24 Mißtöne vom Rande der Gesellschaft*. Berlin: Rotbuch Verlag.

## “Romantic Ayurveda”

### Perceptions of Health and Medicine in Germany in the Context of Ayurveda and Romantic Medicine<sup>1</sup>

LEONIE AGNES NOMI KRAHL

#### Introduction

The soothing pictures of treatments appear; alluring and attractive images of healthy aesthetic bodies; with fresh oil and naturally grown herbs; with oil being poured rhythmically onto the forehead of a person, lying in the midst of green natural landscapes. The ways in which Ayurveda presents itself in Germany have the attributes of pure, green and capable of bringing the body close to the essence of nature. Through the internet, guidebooks and neat product placements, Ayurveda has become a “Bestseller auf dem Wellnessmarkt” in Germany (DIE ZEIT 2001). Ayurveda is a medical system from India that has a history of more than 2000 years (WUJASTYK & SMITH 2008). When further exploring the situation of Ayurveda in Germany, catchphrases repeatedly draw one’s attention and are used by practitioners, patients and the media: Ayurveda; Kur<sup>2</sup> and Nature! The perception and practice of Ayurveda fits into a sentiment that is present on the health market. The way Ayurveda is practiced in Germany fits into the institution Kur (NARAINDAS 2011) that goes back to the Romantic Movement. Also, the inclusion of herbal medicine into the current health system in Germany can be seen as a legacy of German romanticism (PAYER 1988). Therapeutic practices such as herbal medicine, water and pure air have been incorporated into mainstream medicine (MARETZKI & SEIDLER 1985). Several examples show how the present situation on the health sector is still strongly influenced by developments originating in the Romantic Movement. Thus, the contemporary situation can only be understood within the context of medical history. An historical overview will be the basic construct of this paper, followed by own ethnographic research on contemporary Ayurveda practices. The examples of Ayurveda given aim to show how they fit into patterns of thinking that were developed during the Romantic Movement.

#### Historical development of medicine in the era of romanticism and the contemporary sentiments in the health sector in Germany

The special role of scientific medicine in Germany can only be understood in the context of the developments in Romantic Medicine (LABISCH 2000). Several characteristics are attributed to Romanticism: aesthetic, emotional, dynamic, imaginative, medieval, mysterious or exotic (PORTERFIELD 1968). The inherent concept of “somebody is romantic,” or a “romantic action,” fires the imagination. When tracing the history of the word romantic, its later meanings stands for the intangible that is fired through the imagination, connected to enchantment and the contemplation of the past (LOHFF 1990).

The era of Romanticism was a literary, artistic and humanistic movement that took place in the 19<sup>th</sup> century and touched most European countries (PAYER 1988). In English literature the term “Romantic Movement” is used instead of Romanticism. The word underlines that it was a movement that continuously changed its appearance (LOHFF 1990). Therefore, the term Romantic Movement will be used in this work. The influence of the Romantic Movement did not only involve the humanities, but also the natural sciences, and especially medicine. Because the influence on medicine was so strong, the term Romantic Medicine was coined. Nevertheless, the term should not suggest that it was a homogenous body, but was a movement full of diversity and contradictions (ROTHSCHUH 1978). It must be emphasized that the Romantic Movement influenced all of Europe, but only in Germany was the influence on medicine so important (ENGELHARDT 2007, GARRISON 1931, LEIBBRAND 1956, RISSE 1976, ROTHSCHUH 1978). Thus, when talking of Romantic Medicine, the regional focus is Germany and the chronological

peak was reached between 1795 until 1825 (ROTHSCHUH 1978).

The Romantic Movement developed as a counter movement to the preceding period of Enlightenment, during which rationality gave birth to a new way of scientific thought that divides the unity of nature and the supernatural. For the Romanticists, rationality was the culprit for the disenchantment of the world and, as a consequence, also for nature (TREPL 2012). Magic and enchantment were banished from nature and replaced by a world that was distinguished by the attributes cold, senseless and soulless (RADMANN 2009). But for the Romanticists, there was still hope because a bond between the human and nature existed that could connect the thoughts of the human with the soul of nature due to the inner affinity of the human with nature (ROTHSCHUH 1978).

Despite of all triumphs of the natural sciences of that time, no matter how accurate natural science was, for the German Romanticists it was not capable of proving the essence of the actual driving force of life in nature (RADMANN 2009). The lack of firm theoretical principals had resulted in a state of crisis in the field of medicine, as existing principals were being challenged by new discoveries in chemistry, physics and biology (RISSE 1976). This was the breeding ground that resulted in the birth of a new field of philosophy, *Naturphilosophie*. The father of this philosophy and composer of its doctrines was Friedrich Wilhelm Schelling (1775–1854), a physician and philosopher who would become the leading figure in the development of medical philosophy and a guide to many physicians of that time (ROTHSCHUH 1978). He was influenced by conversations with the German poet Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832) that made him realize the philosophical importance of nature (JAHN 1994). Goethe was positive about the effects that natural philosophy had on science.

For him it was an instrument that allowed the depths of the human being and nature to be grasped. As he was one of the most influential poets in Germany, he is often connected to the scientific orientation of the Romantic Movement and labelled “[...] a researcher close to the romantic orientation” (MARETZKI 1987: 1063). The aim of natural philosophy was to bring back the entity of nature that is formed through a soul that interconnects all units in nature. Risse writes that “Ac-

cording to Schelling, man had once been one with nature but had set himself apart from the world by mental reflection” (RISSE 1976: 77). Thus, a relationship of all beings exists within nature, lying in the presupposition of mind, regardless whether human or non-human (DE ALMEIDA 1991). The whole world is animated and alive and connected through a path that moves from nature to mind and vice versa, revealing a state of harmony between nature and mind within a holistic frame. Always the entity has to be taken into account to form one overall picture from all the individual fragments. The human rationality is a limited instrument that captures only half of nature’s essence. For the creation of holistic picture, faith, feelings, dreams and fantasy have to be taken into consideration (ENGELHARDT 2007).

Knowledge was thus a combined picture of various components but was not an era of mysterious prophetic speculation that was completely caught in bafflement. The Romanticists “[...] had a profound respect for nature, but this had nothing to do with religious worship” (POGGI & BOSSI 1994: xv). The strict separation of human and nature, scientist and study object, observer of nature and the observed, lacks all fundamental understanding. The harmony of the romantic worldview arises through the unity of *Geist* and matter (RADMAN 2009). The German *Geist* is a concept for which, according to PAYER (1988), no adequate translation exists. It can be referred to as “[...] a conscious cultural and national emphasis in which physicians participated in the 19<sup>th</sup> century” (SCHNABEL 1965, MARETZKI & SEIDLER 1985: 384). *Geist* is also a component of the *Geisteswissenschaft*, (the German humanities) that always have to be taken into consideration when analyzing medicine in Germany because of the interrelationship that exists between the humanities and medicine (MARETZKI & SEIDLER 1985). The holistic picture could only arise through the combination of humanities and natural sciences because “Philosophy without natural science is empty, natural science without philosophy is blind” (SCHNABEL 1965: 175). Medicine for the Romantic doctors could not be reduced to simply the healing of disease. “Within medicine faith and science, philosophy and theology, life and art shall reassemble themselves” (ENGELHARDT 2007: 511).

The “Romantic Doctor” would speak of her/his

profession to be “Heilkunst” rather than of “Arzneiwissenschaft” (RISSE 1976). Heilkunst is the art of healing that underlines that the doctor or medicinal person is not merely a healer but also an artist. This emphasizes the sentiment in favor of philosophy. Romanticists have an antipathy towards “systems” and strive for the union of science and art (ENGELHARDT 2007). “Arzneiwissenschaft” on the other hand is more closely connected to science. The boundaries between medicine, philosophy and art were blurred during the Romantic Movement and physicians gathered in the artistic and humanistic circles and considered themselves artists (LEIBBRAND 1937). Thus, for supporters of natural philosophy, medicine was neither strictly science nor art, although the connection to the latter was preferred. If a definition of medicine of that time was to be done, then the romantic physicians would have preferred the assignment to philosophy rather than science. The aim was that fundamental findings in medicine were not made through experimentation but through philosophical contemplation (HEISCHKEL 1952). The preference for philosophy and the tendencies towards religious mysticism, intuitive knowledge and ecology, were traits that characterized Romantic Medicine overall and led to one of its fundamental principles: “only nature can heal.”

While French and British medicine turned into a matter-of-fact observation-based medicine, German medicine as a whole “[...] was completely under the spell of the romantic natural philosophy. [...], German doctors indulged in extensive speculations about the nature of life and disease [...]” (ACKERKNECHT 1955: 142)<sup>3</sup>. For historians and the subsequent representatives of medicine, Romantic Medicine was considered inferior in comparison to the medicinal practices in other countries. Many attempts of the Romantic Movement were seen as mere speculations or bafflement that cannot be brought into harmony with modern medicine (TSOUYOPOULOS 1982). Consequently, Germany turned into the “nidus of Romantic Medicine” (GALDSTONE 1954: 346). Trust was put into the healing power of nature rather than in drugs (or pharmacology) (SCHNABEL 1954). Hence diet, fresh air, massage, exercise and balneotherapy were employed for medical treatment (GALDSTONE 1945). The basis of all these therapeutic modalities is the healing power of nature. Medicine

and the representatives of medicine such as the physicians are (only) able to assist nature in the healing process (ENGELHARDT 2007). Activities in nature were treatment (of ailments/illness) on the one hand and the feeling of being part of nature by indulging in outdoor activities like walking through fields and forests, hiking and relish in nature's beauty were, in the romantic period, enjoyment and treatment for Germans (MARETZKI & SEIDLER 1985).

Today, methods that propagate the use of “holistic medicine” are known under the umbrella term “holistic health movement” that seized the market in the early 1970s. This movement is closely connected to the New Age movement and consists of various schools and practices that are nowadays often labelled as “complementary health” (PUTTICK 2008: 246). The holistic health movement is based on ancient medical systems from all over the world. Lay alternative practitioners, psychic healers, naturopathic practitioners or acupuncturists who include different aspects of humanistic and psychosomatic medicine, folk medicine, herbalism or massage and yoga are included within the holistic health movement. It was the outgrowth of the counter-movement that had started in the 1960s and was associated with the slogan “back to nature” and disenchantment with mainstream culture (BAER 2008).

The holistic movement developed particularly in the Anglophone countries (BAER 2008). For Baer “[...] the medical pluralism is alive and well here” (BAER 2008: 233). Medical pluralism is considered as a diversity of health therapies that exist on one market but all of these holistic therapies in the United States developed “[...] in direct opposition to biomedical orthodoxy [...]” (REDDY 2002: 98). This means that the so-called holistic treatments are placed outside the medical mainstream. This concept was transferred to Europe and consequently also to Germany. But in Germany, naturopathic medicine is well established and maintains remarkable vigor on the fringes of German mainstream medicine (MARETZKI & SEIDLER 1985). Biomedicine has emerged as the most dominant player in the health market, but other approaches to healing have stood their ground then and are going strong today. For Germans the feeling of merging with nature still provides a sense of well-being (*ibid.*). In the United States, holism

is considered as a countermovement against the hegemony of biomedicine, while in Germany the development of holism took place within the medical mainstream (*ibid.*).

### The ideas of the Kur and nature

“The Kur is the German institution which most distinctly reflects therapeutic pluralism and the continuation of naturopathic healing principles in medicine” (MARETZKI & SEIDLER 1985: 407). The above quote refers to the institution Kur as a unique example of “institutionalized pluralism” that has been integrated into the formal health care system in Germany (MARETZKI 1987). The term Kur circumscribes a therapeutic process containing different factors that have a characteristic profile. Natural remedies are an important component fostering the positive effects that are created by the surrounding such as the sea, the countryside and the environment. The change of locality aims at developing a health programme that is specific, individual, active and lifelong, comprising both health promotion and curative treatment (Deutscher Tourismusverband e.V. and Deutscher Heilbäderverband e. V. 2005).

The Kur emerged in Germany in the 18<sup>th</sup> century and put great emphasis on water as a therapeutic medium through bathing and hydrotherapy. The healing power ascribed to water was fostered by physicians who were oriented towards Romantic Medicine (HEISCHKEL 1952). Thus, the location of the Kur would be located either close to a spring or in a climatically favorable region such as the mountain or the seaside. According to MARETZKI (1987), Kuren became an almost purely German phenomenon, which no other population but indulged in so excessively. During the stay at a Kur resort, the patient would undergo several different types of natural treatment such as baths, hydrotherapy, exercise and massage and relish the beauty of the natural environment. The importance of the concept in Germany can also be seen in literature. For example, Johann Wolfgang von Goethe, Hermann Hesse and Thomas Mann used the Kur as setting for novels (*ibid.*). The novel *Der Zauberberg*, by Thomas Mann, is considered one of the most influential works of 20th century German literature and is located in the picturesque mountain landscape of Davos at a Kur resort. The

protagonist, Hans Castorp, spends several years, encountering people with different backgrounds that confront him with politics, love, philosophy and death while undergoing a Kur. The Kur resort was turned into a metaphor for the mental state of Europe at that time.

For mainstream medicine which is dominated by allopathic medicine, which is under the influence of the Anglo-American medical system, the Kur has been denied its medical effectiveness. In the United States the Kur is commonly equated to wellness or lifestyle treatments or to extended beauty farm stays (FALKENBACH 2005). The healing aspect is not recognized and thus Kur is regarded as a commodity that serves the individual pleasure and has to be paid for out-of-pocket. For the German health market, it is important to not simply reduce the Kur to rehabilitation, nor label it as wellness, but recognize the unique role it played in Germany (MARETZKI 1987). The Kur incorporates characteristics that are also used in Ayurveda in the way it is practiced in Germany (NARAINDAS 2011).

### The history of Ayurveda in Germany and the contemporary situation

Whenever one engages with understanding Ayurveda on an academic level, catchwords such as “New Age movement,” “holistic health movement,” “holistic medicine” and “environmentalism” are, almost inevitably, encountered. Ayurveda refers to South Asian medical teachings that are codified in medical texts and can be traced back to 600 B. C. (REDDY 2002). With the appearance of the New Age movement, it became somewhat more complicated. The reason might be that New Age is a mixture of various ideologies that are often connected to religious and spiritual movements (KEMP 2004). Ayurveda and New Age practices helped to establish Maharishi Mahesh Yogi’s<sup>4</sup> Ayurveda. This form of Ayurveda “[...] represents the first adaption of Ayurveda intended for the Western public, and it has contributed to the shape, representations, and practices of the different groups that eventually became engaged with Ayurveda” (JEANNOTAT 2008: 303). Maharishi Ayurveda was introduced into Europe and the United States at the end of the 1970’s and then further established itself during the 1980s (*ibid.*).

With the establishment of its own Ayurveda brand as well as the establishment of various clinics all over Europe and in the United States, a whole Maharishi network was established.

Nowadays the Ayurveda that exists has dissociated itself from Maharishi or his followers. One of the reasons was that the whole movement and Transcendental Meditation had sectarian traits and the commercial interests became too prominent (JEANNOTAT 2008). In addition, one would argue that their influences helped Ayurveda enter Germany but never became as important as in the United States. There were also independent developments of Ayurveda that were not connected to the powerful Maharishi movement and evolved mainly in the 1990s. One example is the Gesundheits- und Kurzentrum in Birstein that is connected to the Rosenberg Academy of Ayurveda and was founded in 1993 by Kerstin and Mark Rosenberg (ROSENBERG 2012).

One of the most popular treatment modalities within Ayurveda in the West is the purification treatment Panchakarma (ZIMMERMANN 1992). *Panca* means five and *Karma* is the therapy or action used (PATIL 2012). The five elements are listed below, as they are explained in a basic educational textbook for German practitioners of Ayurveda (DESPANADE 2003).

*Vamana* is the therapeutic induced vomiting

*Virecana* is the therapeutic purging

*Basti* consists of enema administered through oil or water

*Nasya* is the ingestion of medicines through the nose

*Raktamoksa* refers to bloodletting

These five therapy elements are applied onto a body concept that is made up of a network of channels. These channels take up the toxins that have to be discharged from the body (ZIMMERMANN 1992).

Panchakarma cleans the body of the substance *Ama* and restores the balance of the body (OTTEN 1996). *Ama* gathers in the body when the digestion is malfunctioning and, according to Otten, is best translated with the term ‘indigestible substance’. When too much food is consumed or eaten at the wrong time of the day, or when different negative emotions worry a person, it results in the production of the substance *Ama*. It is a simplified version of how Panchakarma works, as the aim is not

a thorough understanding of the underlying concepts but to get a feeling of how the treatment is considered in the German context.

### The meeting point of Ayurveda, Kur and Romantic Medicine—The Kur neologism

In the following personal experience that was encountered at the Ayurveda Gesundheits- und Kurzentrum in Birstein will be outlined:

Prior to my journey to the Kur resort in Birstein, a newsletter from the “Ayurveda Gesundheits- und Kurzentrum” has reached me and invites me to spend time in Birstein because: “The cold time of the year is perfect for an Ayurveda-Kur.” Instead of indulging in Christmas cookies, baked apples and other treats, I am invited to spend Christmas with a detoxification regimen, organic nutrition and moderate exercise during their offer “*Weihnachtskur*.” If this is not enough, I can experience the full regimen of the “Panchakarma-Reinigungs-Intensivkur.” With other package offers, I start my journey to visit their open information day. Relying on public transport, I realize, the bus which is supposed to bring me to Birstein has just left. Consternation grows when I see the sign telling me that the next bus is scheduled in three hours. Unaware that the center was this secluded, as it is not only supposed to be a Kur resort, but also one of the biggest training centers for Ayurveda in Germany. As I am already close by, I take a taxi and my pulse slowly rises while the taximeter happily goes up and the taxi driver even happier babbles on about how deserted this area is and hence how perfect the location of the Kur center is. I agree about the attribute deserted, as we have long passed the bigger villages and there are now only farm houses lining the road. After 27 Euros of tension, as I don’t know how much further it will go up, we reach the Kur center. It is a picturesque timbered house that suddenly appears out of nowhere. The house is thoroughly renovated to modern standards but its historical charm has been preserved. Throughout the house, little antiques from India decorate the rooms. Candles illuminate the rooms, transmitting a feeling of warmth. A garden that is overgrown just to the right extent encircles a lake and invites one to take a stroll. For lunch I have an appointment with Doctor D, a medical doctor and trained Ayurveda physician who introduces me to the Panchakarma-Kur and the way it is practiced in Germany while we en-

joy an organic lentil soup! (Personal experience at the Ayurveda Gesundheits- und Kurzentrum in Birstein).

The description shows the repeated encounter with the word Kur, such as Weihnachtskur, Ayurveda-Kur, Panchakarma-Reinigungs-Intensivkur or Panchakarma-Kur. In addition, without exception, all of the interviewees whether HeilpraktikerInnen, medical doctors or patients continuously spoke of Panchakarma-Kur or Ayurveda-Kur, when referring to the treatment in Ayurveda. Hence in Germany the common denominator when referring to the treatment of Panchakarma is Kur or Panchakarma-Kur (OTTEN 1996). The term Kur in Germany refers to a long tradition of treatment modalities that the public is familiar with (MARETZKI 1987). Thus, the use of the word Kur also stresses the fact that the treatment is not merely wellness but has a medical value. For the patient, after getting acquainted with the treatment modalities of Panchakarma, they resemble that of a Kur. This results in expectations of a treatment that follows certain patterns and is located in areas that grant positive effects to the environment (OTTEN 1996). The location of the Ayurveda Gesundheits- und Kurzentrum in Birstein may be a remote area, but in the context of the location for a Kur resort, it is appropriate and desirable.

### **The lingering of romantic thoughts through Ayurveda—Ayurveda's Nature**

Another hallmark of contemporary Ayurveda in Germany that stresses the fact that "Ayurveda is a naturalistic healing system [...]" as can be seen in the above description (TRAWICK 1992: 140). The whole surroundings of the clinic transmit a feeling of nature through the designed ambience, the wooden furniture, the room decoration and the location. This fact of a connection with nature, is not only transmitted through the treatment itself, but is a prominent trait in the whole appearance of Ayurveda. A picture is created that has the attributes "green," "organic" and "close to the environment and nature." Ayurveda serves as an instrument that can help in bringing back the unity with nature. The treatments offered in Ayurveda are accomplished through an "[...] integration with the environment [...]" and "[...] offer an alternative to

the harshness of biomedicine" (ZIMMERMANN 1992: 209).

Although the main aim of Zimmermann is to show how Ayurveda has transformed from written traditions, he also outlines attributes that fit into romantic medicine. He states that "this modern version of Ayurveda appeals to an ideal shared by environmentalists in which the soft, the gentle, the harmless, the cool, the refreshing, and the natural are qualities rooted in the soil, in the cycle of the seasons [...]" (*ibid.*). The way Ayurveda is presented and promoted to the public and the way therapists talk about it, consequently outlines the tie with nature that can be formed when engaging with Ayurveda. The favor for nature and natural surroundings is also mirrored in the following description by Person N who stayed at a secluded Kur treatment resort for three weeks.

I think it is good that there is nothing surrounding this Kur resort because this way I can really concentrate on myself. Everything here is so quiet and secluded. I don't get overtaken by my daily routine. The nature here helps me to calm my body and *Geist* and makes my body receptive to the treatments. I am more inwardly focused in these natural surroundings. (Person N)

The healing power of nature forms the fundamentals of the therapy in Romantic Medicine "(vis medicatrix naturae)," of which physician and medicine are only the executing hands (ENGELHARDT 2007: 509). In connection with Ayurveda, there also repeatedly arises the attribute of organic nutrition arises. The Ayurveda Gesundheits- und Kurzentrum in Birstein advertises that their kitchen only works with organic products. This connection with nature that was so important for the Romantic Doctors is as much a fundamental principal in the Ayurveda encountered in Germany.

### **The Geist of Romantic Medicine**

Romanticists strive for the union of science and art (ENGELHARDT 2007). The diagnostic process in Ayurveda is described to be an important component of the "[...] art of healing" (CHOPRA 2003: 97). This brings Ayurveda Romantic Medicine into a close connection regarding the perception of their practice. The diagnostic and therapy pro-

cess of Ayurveda does not rely on technical devices or pharmacology, but the examiner relies on his five senses, the instruments of perception, to reach a conclusion (CHOPRA 2003). This is just like the idea of Romantic Medicine which was to put trust into the healing power of nature rather than pharmacology (SCHNABEL 1954). The critique of technical devices often points to the facts that they don't capture the whole picture but are merely a fragment. Ayurveda is considered as a tool for the whole body that reaches everything the body and the *Geist*. Person N describes in this context how she perceives Ayurveda:

Ayurveda is something that touches body, soul and *Geist*. When I go to a classical concert for example, I feel that a whole process is started. Modern music today is touching on an emotional level; the simple melody makes a person happy or sad. But a classical philharmonic concert like Mozart or Bach is more complex, it is not simply working on the emotions. I feel elated because it touches the *Geist*. I feel Ayurveda can be described in a similar way. It is definitely not something merely for the body but also touches the *Geist*. (Person N)

The omnipresent concept of *Geist* recurs again and Person N relates it to nature, art and culture. Just like classical music, Ayurveda is regarded as a tool that touches the *Geist*. As mentioned in a previous chapter it is impossible to adequately define *Geist* but medically it can be considered to be something that connects to nature and “[...] while Americans see the body as mechanical, Germans see health and the body as going hand in hand with *Geist* and nature” (PAYER 1988: 77). This concept forms a bridge from the essence of Ayurveda to the bottom of the thoughts of the Romantic Movement. In the romantic worldview, a picture is formed that unites the *Geist* and the surrounding matter (RADMANN 2009). But to connect to nature, a balance has to be restored and to find this balance, between the human and nature, was the final goal for the Romanticists (LABISCH 2000). The Panchakarma-Kur becomes a medium that helps to connect with nature because it offers ways to bring back the harmony. A person can connect to nature through detoxification of the body from *Ama*. *Ama* is mainly produced when the digestion is malfunctioning and is more or less similar to toxins. It also arises through different factors such as wrong nutrition, unhealthy lifestyle or wrong

stress handling resulting in the occurrence of disease (RAI 2003). In German it is equalized to the word *Stoffwechselschlacken* (RAI 2003). The removal is not a process that can be explained in a physiological way but the word has a metaphorical meaning. However, there is no precise translation for the word *Stoffwechselschlacken* or *Schlacken* that adequately reflects the meaning. The medical doctor and Ayurveda physician, Doctor Birstein describes in this context:

*Schlacken* or *Ama* cannot be explained from a modern biomedical point of view. The waste products that the body produces have distinct names, but *Schlacken* or *Ama* are not produced through explainable metabolic processes. They may be produced by negative thoughts that occur in your mind or a wrong lifestyle or stress. That is why you need a Panchakarma-Kur as a treatment that removes them from your body and bring back the harmony. (Doctor Birstein)

For patients, *Ama* and *Schlacken* are products that are bad for the body, that gather in the body and that have to be eliminated from the body. Person N describes her understanding of *Schlacken* and her reasons for undergoing a Kur as follows:

I feel that *Schlacken* gather in my pores due to stress, wrong lifestyle, too much alcohol and wrong nutrition. But by undergoing a Panchakarma-Kur I can eliminate them. The exercise and heat treatment and treatments with oil, help me to sweat them all out and then the oil removes the rest. The nutrition is also important. It has to be organically grown and you have to adhere to your nutrition plan so you can really clean yourself from the inside. (Person N)

For the prevention of *Ama* it is important to follow the concept of discipline in the daily routine as well as adjust the routine to the season (RAI 2003: 59). The scheme of balance and polarity that “[...] German scientists developed explanations of the world based on the interplay between positive and negative, attractive and repulsive, centripetal and centrifugal, expansile and contractile, oxidative and reductive, inner and outer, female and male” (PAYER 1988: 75). Henceforth the aim of this therapeutic concept was the restoration of balance.

Harmony for the romantic doctors was not achieved through rational contemplation (ENGELHARDT 2007). In a similar manner the balance in Ayurveda can only be found through the contem-

plation of the whole body that forms an entity between body, soul and *Geist*.

## Conclusion

Ayurveda is used in a way that fits into the romantic German ideas of health and medicine thus forming “Romantic Ayurveda” with its attributes natural, herbal, non-invasive and organic. Payer describes the connection with nature in Germany as “[...] another legacy of romanticism to German medicine is the healing powers accorded to nature [...]” (PAYER 1988: 96). Also, the Kur that was developed during the Romantic Movement and, therefore, holds many traits that developed during that time as a treatment that goes hand in hand with nature. In connection to Ayurveda, the Panchakarma-Kur is used like the traditional concept of the Kur and promoted as a tool of harmony. The basic ideas of health, medicine, the body and nature, as well as the attitude towards alternative therapies, suit the concept of *Geist* and the ideas about nature, and are still present in the public discourse (PAYER 1988).

The notion of natural healing is not a return, but a continuation of a therapeutic pluralism that has long been integrated into the German health landscape. The current sentiment of an integrated pluralism in the way it represents itself in Germany, can only be understood through the Romantic Movement and the influence this movement had on medicine and conception of health with the consequence of the emergence of Romantic Medicine. The expansive implications this movement had on the development of medicine in Germany at that time and it has stood its ground until the present. Hence in Germany the relationship between humanities and medicine is more entangled compared to other countries. The institution of the Kur started during the Romantic Movement that may be abolished on a reimbursement level but is still alive in the public discourse. The use of Ayurveda fits into this well-known concept that Kur. At the same time it has several traits that make the lingering influence of Romantic Medicine visible through Ayurveda thus creating “Romantic Ayurveda.”

## Notes

**1** This work was shortened and modified from a Master thesis within the “Master of Arts Health and Society in South Asia” (MAHASSA), a two-year degree, focusing on Medical Anthropology and South Asian Studies at the Heidelberg University.

**2** *Kuren* can be translated with the English term cure, spa or “treatment at a health resort.” It is a treatment complex that was characteristic for the German health market. Today the term is not used officially anymore and is replaced by the term rehabilitation (NARAINDAS 2011). In the general population the term still exists and it will be used throughout this work to underline its standing within the German health system.

**3** “Im Ganzen gesehen stand die deutsche Medizin [...] ganz unter dem Zauber der romantischen Naturphilosophie. [...], ergingen sich die deutschen Ärzte in ausgedehnten Spekulationen über das Wesen von Leben und Krankheit [...]” (ACKERKNECHT 1955: 142).

**4** Maharishi Mahesh Yogi was born in India between 1911 and 1920. After taking a degree in Physics he had spiritual teachers who inspired him to develop a meditation technique that he labelled Transcendental Meditation (TM). He developed and adapted this technique that was meant to lead to rejuvenation and stress reduction to meet the market of his Western audience in the late 1950s. He particularly gained fame for being the guru of the Beatles, Mia Farrow and Jane Fonda (KNOTT 2008). Later he promoted MAV—Maharishi Ayur—Ved as “the holistic approach to life” and is frequently associated with the Flower Power- and New Age movement (JEAN-NOTAT 2008).

## References

- ACKERKNECHT E. 1955. *A short history of medicine*. New York: Ronald.
- ALTER J. 2005. *Asian Medicine and Globalization*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BAER H. 2008. The work of Andrew Weil and Deepak Chopra – Two Holistic Health/ New Age Gurus: A Critique of the Holistic Health/ New Age Movements. *Medical Anthropology Quarterly* 17(2): 233–50.
- CHOPRA A. 2003. Fallbeispiele zu ausgewählten Krankheitsbildern. Umweltbedingte Erkrankungen. In *Ayurveda Basislehrbuch*, edited by RANADE, SUBHASH, CHRISTIAN HO-SIUS & JÜRGEN HECKMANN. München: Urban & Fischer: 298–303.
- 2008. Practicing Ayurveda in the Western World. A Case Study from Germany. In WUJASTYK D. & SMITH F. M. (eds), *op. cit.*: 243–55.
- DE ALMEIDA H. 1991. *Romantic medicine and John Keats*. New York: Oxford University Press.
- DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND e.V. DEUTSCHER HEILBÄDER-VERBAND e.V. 2005. *Begriffsbestimmungen und Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen*. Bonn: Flöttmann.
- ENGELHARD von D. 2007. Naturwissenschaft und Medizin im romantischen Umfeld. In STRACK F. & TEBBEN K. (eds).

- 200 Jahre Heidelberger Romantik. Heidelberg: Springer: 499–517.
- FALKENBACH A. 2005. Kurmedizin, Balneologie Und Klimatologie. Morbus Bechterew. In Falkenbach A. (ed). *Morbus Bechterew. Beratung, Betreuung, Behandlung*. Vienna: Springer: 613–31.
- FRANK R. 2004. *Globalisierung alternativer Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- FRANK R. & GUNNAR S. 2004. Conceptualising hybridisation – on the diffusion of Asian medical knowledge to Germany. *International Sociology* 19: 71–88.
- GALDSTON I. 1956. The Romantic Period in Medicine. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 32, 5: 346–62.
- GARRISON F. 1931. The Romantic Movement in the History of German Medicine. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 7, 11: 841–64.
- HEISCHKEL E. 1952. Das Wasser als Arzneimittel in der romantischen Medizin. *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* 36: 119–49.
- JAHN I. 1994. On the Origin of Romantic Biology and its further development at the university of Jena between 1970 and 1850. In POGGI S. & BOSSI M. (Eds.). *Romanticism in science. Science in Europe, 1790–1840*. Dordrecht: Kluwer: 75–91.
- JEANNOTAT F. 2009. Maharishi Ayurveda. A controversial model of global ayurveda. In WUJASTYK D. & SMITH F. M. (eds), *op. cit.*: 285–309.
- JÜTTE R. 1997. *Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*. München: Beck.
- KEMP D. 2004. *New age. A guide. Alternative spiritualities from aquarian conspiracy to next age*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- KNOTT K. 2006. Transcendental meditation. In *Encyclopedia of new religious movements*, edited by Peter Clarke. London: Routledge: 573–4.
- KROHN O. 2001. Yin und Yang für Millionen. *Die Zeit*. September 27, 2001. Accessed January 25, 2015. [www.Zeit.De/2001/40/Yin-Yang für Millionen](http://www.Zeit.De/2001/40/Yin-Yang für Millionen).
- LABISCH A. 2000. Medizin als Wissenschaft–Medizin als Kunst. In JÜTTE R. (Ed.). *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 19. Stuttgart: Steiner: 9–32.
- LEIBBRAND W. 1937. *Romantische Medizin*. Hamburg, Leipzig: Goverts.
- LOHFF B. 1990. *Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie In Zeit der Romantik*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- MANN T. 1991 [1924]. *Der Zauberberg* (20. Aufl.) Frankfurt am Main: Fischer.
- MARETZKI T. 1987. The Kur in West Germany as an interface between naturopathic and allopathic ideologies. *Social Science and Medicine* 24,12: 1061–8.
- 1989. Cultural variation in biomedicine: The kur in West Germany. *Medical Anthropology Quarterly* 3, 1: 22–35.
- MARETZKI T. & SEIDLER E. 1985. Biomedicine and naturopathic healing in West Germany: A historical and ethnomedical view of a stormy relationship. *Culture, medicine and psychiatry* 9, 4: 383–421.
- NARAINDAS H. 2011. Of relics, body parts and laser beams: The German Heilpraktiker and his ayurvedic spa. *Anthropology & Medicine* 18, 1: 67–86.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, Committee on the use of complementary and alternative medicine by the American public. 2005. *Complementary and alternative medicine in the United States*. Washington: National Academies Press.
- OTTEN T. 1996. Die sanfte Veränderung ayurvedischer Heilverfahren am Beispiel der Pancha Karma Kur. In WOLF A. & STÜRZER M (eds). *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: VWB: 75–88.
- PATIL V. 2012. *Principles & Practice of Panchakarma. A comprehensive book for ug, pg, researchers & practitioners*. Bangalore: Atreya Ayurveda.
- PAYER L. 1988. *Medicine and Culture. Varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Henry Holt.
- PORTERFIELD A. 1968. Einige weitverbreitete Missverständnisse über die deutsche Romantik (1916). In PRANG H. (ed). *Begriffsbestimmung der Romantik*. Darmstadt: Wiss. Buchges.: 17–47.
- PUTTICK E. 2008. Chopra, Deepak. In CLARKE P. (ed). *Encyclopedia of new religious movements*. London: Routledge: 101–2.
- 2008. Holistic health movement. In CLARKE P. (ed). *Encyclopedia of new religious movements*. London: Routledge: 245–7.
- RADMANN Z. 2009. Die Kunst der Wissenschaft. Alexander von Humboldts „Erkenntniß des Weltganzen.“ In VOGEL G.-H. (ed). *Die Welt im Großen und im Kleinen: Kunst und Wissenschaft im Umkreis von Alexander von Humboldt und August Ludwig Most*. Berlin: Lukas-Verlag: 237–47.
- RAI S. 2003. Physiologische Besonderheiten: agni und ama. In *Ayurveda Basislehrbuch*, edited by RANADE SUBHASH, CHRISTIAN HOSIUS & JÜRGEN HECKMANN. München: Urban & Fischer: 53–60.
- REDDY S. 2002. Asian medicine in America: The ayurvedic case. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 583, 1: 97–121.
- RISSE G. 1976. “Philosophical” medicine in nineteenth-century Germany: An episode in the relations between philosophy and medicine. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1, 1: 72–92.
- ROSENBERG M. 2012. The European Academy of Ayurveda: 20 years of ayurvedic education in Germany. *Ancient science of life* 32, 1: 63–5.
- ROTSCHUH K. 1978. “Naturphilosophische Konzepte der Medizin aus der Zeit der deutschen Romantik.” In BRINKMANN R. (ed.). *Romantik in Deutschland: Ein interdisziplinäres Symposium*. Stuttgart: Metzler: 243–66.
- ROTSCHUH K. 1984. Das Verhältnis von “Schulmedizin” und “Naturheilkunde” in historischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt* 81, 3: 122–5.
- SCHNABEL F. 1954. *Deutsche Geschichte im neunzehnten Jahrhundert. Erfahrungswissenschaften und Technik*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- TRAWICK M. 1992. Death and nurturance in indian systems of healing. In LESLIE C. & YOUNG A. (eds). *Paths to Asian med-*

- ical knowledge*. Berkeley, CA: Univ. of California Press: 129–59.
- TREPL L. 2012. *Die Idee der Landschaft: Eine Kulturgeschichte von der Aufklärung bis zur Ökologiebewegung*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- TSOUYOPOULOS N. 1982. *Andreas Röschlaub und die romantische Medizin: die philosophischen Grundlagen der modernen Medizin*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- UNSCHULD P. 1975. Medico-cultural conflicts in Asian settings: an explanatory theory. *Social Science and Medicine* 9: 303–12.
- 1980. The Issue of Structured Coexistence of Scientific and Alternative Medical Systems. A Comparison of East and West German Legislation. *Social Science and Medicine* 14b: 15–24.
- WUJASTYK D. & SMITH F. M. 2008. Introduction. In IDEM (eds). *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Albany, NY: State University of New York: 1–29.
- ZIMMERMANN F. 1992. Gentle Purge. The Flower Power of Ayurveda. In LESLIE C. & YOUNG A. (eds). *Paths to Asian medical knowledge*. Berkeley, CA: Univ. of California Press: 209–223.

## Zeitenwandel

Soziokulturelle Gedankensplitter zu Ekkehard Schröders 75. Geburtstag

WOLFGANG KRAHL

Lieber Ekkehard,

seit 1978 verbindet uns bis heute eine Freundschaft. Wir haben einige biographische Gemeinsamkeiten und teilen ähnliche Interessen in Medizin, Psychologie und Ethnologie. Wir sind beide klinische Psychiater und Psychotherapeuten geworden. Obwohl uns akademische Karrieren angeboten wurden, haben wir nur zeitweise an Universitäten gearbeitet. In gewisser Weise ist das auch ein Resultat unserer 68iger Sozialisierung. Du hast, obwohl mehr als befähigt und begabt – warum auch immer – keinen Doktor- oder Professorentitel. Unsere Freundschaft ist über Jahrzehnte gewachsen – Freundschaft stark wie ein verwurzelter Baum – widerstandsfähig gebürstet durch Stürme wie eine Latschenkiefer in den Alpen – nicht wie eine „stolze, deutsche Eiche“.

Was geschah an Deinem Geburtstag am 24.03.1944 in Potsdam und Umgebung? So etwas kann man heute googeln. In der Nacht vom 24. auf den 25. März gab es einen Bombenangriff der Royal Air Force, wobei Berlin das Hauptziel war. Damals wurde vor allem der Südwesten der Stadt getroffen. Ich will hier aber nicht auf den Krieg und das Ende Hitlers eingehen, obwohl dies im Hinblick auf den Zeitenwandel die größte Zäsur nach Deiner Geburt darstellte. Ich will im Hinblick auf Zeitenwandel auf das eingehen, was Du und auch ich als Wandel wahrgenommen haben, wobei ich vor allem auf Ereignisse eingehen will, die im weitesten Sinne mit Gesundheit und Gesellschaft zu tun haben. Es ist natürlich unmöglich, im Rahmen einer Festschrift auf all das, was sich geändert hat, einzugehen – deshalb Gedankensplitter.

### **Die 1950er Jahre – erst kommt das Fressen, dann die Moral**

Wir kamen Anfang der 1950er Jahre in die Schule, die Klassenstärken lagen damals so bei etwas über vierzig Schülern. Wir lernten Kaugummi kennen, amerikanische GIs warfen sie den Kindern zu, wenn sie aus ihren Kasernen ins Manöver führen. Fernsehen gab es in den fünfziger Jahren nur in wenigen Haushalten, das Radio war neben der Zeitung das wichtigste Informationsmedium, für Kinder war die Kinderstunde im Radio am Sonntag irgendwann zwischen 14 und 15 Uhr ein besonderer Höhepunkt. Comic-Hefte wie Tarzan, Akim, Sigurd, Fix und Foxi und Micky Maus wurden von Mittelstandseltern als Schund abgetan, gern gelesen wurden sie von uns trotzdem. Das erste Bravo-Heft kam 1956 heraus, gemacht für Jugendliche, informierte über Schlager und Film, und ein Dr. Sommer gab Tipps bei Liebeskummer, gab Ratschläge zum Knutschen und Sexualverhalten und gab Antworten auf Gesundheitsfragen, die für Jugendliche von Interesse waren wie z. B. Akne und die Kusskrankheit (Pfeiffersches Drüsenfieber). Damals hörte man die Schlagerparade, überwiegend deutsche Schlager. Elvis Presley, der Mitte der fünfziger Jahre in Friedberg in Hessen als Soldat stationiert war, begeisterte viele Backfische wie man damals weibliche Teenager bezeichnete, viele Erwachsene nannten das damals „Negermusik“.

Nach der Währungsreform 1948 flüchteten die Bundesbürger in den Konsum und in die Arbeit und verdrängten die Erinnerung an die braune Vergangenheit. Waren in den 1950er Jahren zunächst Kaffee, Südfrüchte, Schokolade und Tabak noch Luxuswaren, so kam es nach den Hungerjahren zur Fresswelle in eben diesen 1950ern. Schweinefleischkonsum und Fettkonsum allgemein stiegen, nach den Hungerjahren ging es da-

rum eine „starke Figur“ zu machen. Der damalige Wirtschaftsminister Erhardt und spätere Kanzler kann als Prototyp des gut genährten Mannes mit Zigarre gelten. Inzwischen ist allerdings Adipositas eines der größten Gesundheitsprobleme der Gesellschaft geworden. Zu diesem Thema haben wir 2015 eine AGEM-Tagung in Heidelberg veranstaltet: „Adipositas im Fokus: Oder wie Übergewichtig darf man sein? Kontroversen, Diskurse, Theorien und Herausforderungen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin.“

Seit den 1950er Jahren fanden amerikanische Produkte wie Ketchup, Coca Cola, Corned Beef und Erdnussbutter Eintritt in die Küche. Während es bis in die frühen 1960er Jahre fast nur deutsche „Lokale“ gab, so änderte sich dies mit dem Ankommen der Gastarbeiter. Sie brachten auch anderes Essen mit und das änderte den Geschmack der Mehrheitsbevölkerung grundlegend. Zunächst italienische und jugoslawische Restaurants, dann griechische und türkische Lokale – ausländische Küche wurde salonfähig. 1971 wurde die erste deutsche Filiale von McDonald in München eröffnet. Die Fastfood-Welle trat in der Bundesrepublik, genauso wie auf der ganzen Welt, einen Siegeszug an, allerdings mit negativen Folgen für die Gesundheit. In den 1970er und 1980er Jahren kamen dann chinesische, indische, thailändische und vietnamesische Restaurants dazu. Inzwischen ist es so, dass man eher ein asiatisches oder italienisches Restaurant findet als ein Lokal, das „gutbürgerliche“ deutsche Küche anbietet. Als ich 2017 in Berlin beim Weltkongress für Psychiatrie junge KollegInnen aus Mosambik zum Essen in ein deutsches Restaurant einladen wollte, gab es kein Lokal in angemessener Entfernung, wir sind dann beim Italiener gelandet – immerhin europäisches Essen.

Während in den 1950er und 1960er Jahren das soziale Netzwerk neben Familie und Freunden auch aus dem Bäcker, dem Metzger, dem Lebensmittelgeschäft (Tante Emma-Laden), dem Briefträger, dem Elektrohändler, dem Möbelgeschäft, dem Kleider- und Schuhgeschäft bestand, wo im Allgemeinen der Käufer die Verkäufer und Verkäuferinnen kannte, so hat die Ökonomisierung und Profitmaximierung eine Anonymisierung in diesen Bereichen ergeben. Lebensmittel werden zum großen Teil bei Discountern (zum Beispiel Aldi, Lidl usw.) oder bei Handelsketten (Edeka,

Rewe) gekauft, Elektroartikel bei Saturn oder im Media-Markt – „Geiz ist geil“ –, macht aber sozial arm. Bücher kauft man inzwischen nicht mehr bei seinem Buchhändler, sondern bei Amazon. Durch die allzeit mögliche Austauschbarkeit der Mitarbeiter in diesen Geschäften, die häufig auf der grünen Wiese in Gewerbegebieten stehen, hat sich die Anonymisierung gesellschaftlicher Beziehungen verstärkt. Über das Internet können „anonymisierte Freundschaften“ geschlossen werden, die das Gefühl einer sozialen Bindung geben, jedoch keine emotionale Tragfähigkeit haben. Damit sind wichtige soziale informelle Netzwerke weggefallen. Dies hat zu einer Verdünnung wichtiger sozialer Kontakte geführt, dafür ist alles „billiger“, jedoch nicht preiswerter geworden. Dass diese Änderung auch einen Einfluss auf die Psyche der betroffenen Angestellten und Bürger des Viertels hat, ist naheliegend. Allerdings gibt es kaum sozialpsychologische oder sozialpsychiatrische Arbeiten zu diesem Gebiet, auch ethnologische Forschungen zu „Dahoam“ wären ein Thema!

### **Die 1960er Jahre – politisierte Studenten: weg mit dem Muff aus den Talaren**

Anfang der 1960er Jahre, wir waren Teenager, wurde der Twist getanzt. Die Beatles und die Rolling Stones haben ihre ersten Platten aufgenommen, das Erstaunliche ist, die Rolling Stones sind auch heute noch aktuell. Zeitenwandel?

Der Mauerbau im August 1961, die Kuba-Krise 1962, die Ermordung Kennedys 1963, Atomwaffen in West und Ost, fast eine Million NATO-Soldaten in der Bundesrepublik (500 000 Bundeswehr, 250 000 US-Amerikaner, circa 80 000 britische Soldaten und circa 70 000 französische Soldaten, dazu noch kanadische und Soldaten anderer Nationalitäten). In der „Ostzone“, wie die DDR damals genannt wurde, standen die Truppen des Warschauer Paktes und es dürften ähnlich viele Soldaten gewesen sein.

Erinnerst Du Dich noch an die Programme in der Schule, wo man Übungen machte „Was tue ich, wenn eine Atombombe fällt?“ Damals wurden öffentliche, aber auch private Atombunker gebaut, Essensvorräte angelegt, „Aktion Eichhörnchen“. Wir lernten, dass wir uns bei einem Atomangriff auf den Boden zu legen und den Schulranzen über den Kopf zu halten haben. Es herrsch-

te eigentlich bis Ende der 1980er Jahre die Angst vor einem Atomkrieg, die aber immer wieder verdrängt wurde.

Nachdem in den 1950er Jahren die circa zwölf Millionen Vertriebenen und Flüchtlinge einigermaßen untergebracht – noch nicht integriert – waren, begann bereits 1955 die erste systematische Gastarbeiteranwerbung aus Italien. Anfang der sechziger Jahre wurden Gastarbeiter aus Spanien, Portugal, der Türkei und später auch aus Jugoslawien angeworben. Damals hatte man gedacht, die bleiben ein paar Jahre und gehen dann zurück. Deshalb hatte man sich auch bis zum Jahre 2001 dagegen gewehrt, Deutschland als Einwanderungsland zu sehen. Dies war jedoch, wie wir heute wissen, ein großer Fehler. Inzwischen wird jeder Fünfte in der Bevölkerung in Deutschland zu den Menschen mit einem herkunftsmäßig anderen kulturellen Hintergrund gezählt.

1962 wurde die Antibabypille in der BRD zugelassen, allerdings durfte sie damals nur an verheiratete Frauen verschrieben werden, die bereits Kinder hatten. Alois Hundhammer, der damalige bayerische Kultus- und spätere Landwirtschaftsminister verkündete: „Mit der Anwendung der Pille sind die Grenzen zwischen Gut und Böse überschritten.“ Oswald Kolle, der Sohn des Lehrstuhlinhabers für Psychiatrie in München, begann indes damals Aufklärungsbücher und -filme zu produzieren: ein Vorbote der „sexuellen“ Revolution. Sprüche wie „wer zwei Mal mit derselben pennt, gehört schon zum Establishment“ waren 1968 natürlich nur möglich, da es die Antibabypille gab.

Zur gleichen Zeit gab es einen ersten Auto-boom, und inzwischen waren Studenten durchaus in der Lage, einen Gebrauchtwagen zu unterhalten. Alle Autohersteller in Deutschland wie BMW, Ford, Mercedes, Opel und Volkswagen stellten Gastarbeiter ein und haben dadurch große Profite gemacht, sich aber nie an den Folgekosten der Integration beteiligt. Reisen in andere Länder, auch mit gänzlich anderen Kulturen, unternahm Ende der 1960er, Anfang der 1970er viele Studenten. Reisen nach Nordafrika, besonders nach Tunesien, Marokko oder mit dem VW-Bus über die Türkei, Persien und Afghanistan bis nach Indien und Kathmandu gehörten für viele Studenten dazu. Auch Du hattest mehrere Gebrauchtwagen, zuerst einen Käfer, dann die Isabella von

Borgward, für 200 DM auf dem Kudamm erworben, später einen Opel Rekord und dann den unverwüstlichen 180er Diesel mit dem Stern. Einmal brach in Spanien auf dem Weg nach Marokko auf einer, wie Du erzählst, unnötig genommenen holperigen Piste, bei dem mir zufällig vertrauten Casarabonella im Hinterland von Málaga, ein Lenkungshebel zum Dämpfer an der Vorderachse mit der Folge einer einwöchigen Pause. Opel wurde in Spanien kaum gefahren. Marokko war damals Dein Land, das Land, das Dich insbesondere auch musikethnologisch interessierte.

In München, wo ich studierte, machte damals einmal in der Woche der „Linienbus London-Kabul“ vor der Münchener Mensa Halt. Es blieb nicht aus, dass zu dieser Zeit auch Drogen, vor allem Marihuana, Haschisch und auch LSD konsumiert wurden, zur Bewusstseinsweiterung. Heroin war Ende der 1960er Jahre noch kein großes Problem, Alkohol und Tabak schon, aber nicht im öffentlichen Bewusstsein.

„Politisiert“ wurden wir als Schüler u. a. besonders durch die Spiegel-Affäre 1962 um Conrad Ahlers und die HS30 Panzeraffäre um Franz-Josef Strauss; der Vietnamkrieg tat ein Übriges. Für politisierte Medizinstudenten gehörten Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre neben Karl Marx' *Das Kapital* die Bücher von Frantz Fanon, Paulo Freire, Viktor Frankl, Erich Fromm, Ivan Illich, Alexander Mitscherlich, Horst Eberhard Richter und Erich Wulff zur Pflichtlektüre. Das kleine rote Buch, die Mao-Bibel, war massenhaft verbreitet, nicht nur bei linken Studenten.

### **Die 1970er Jahre: Katastrophenszenario? Hat der Club of Rome doch recht?**

Der Club of Rome veröffentlichte im Jahre 1972 die Studie „Die Grenzen des Wachstums“. Die zentralen Schlussfolgerungen des Berichts waren: Wenn die gegenwärtige Zunahme der Weltbevölkerung, der Industrialisierung, der Umweltverschmutzung, der Nahrungsmittelproduktion und der Ausbeutung von natürlichen Rohstoffen unverändert anhält, werden die absoluten Wachstumsgrenzen auf der Erde im Laufe der nächsten hundert Jahre erreicht. Der Bericht wurde massiv kritisiert, es würden Katastrophenszenarien entwickelt, die subjektive Zukunftsvisionen propagieren, aber nicht den Fakten standhalten. Ein Um-

denken und vor allem ein „Um-handeln“ fanden nicht statt. Im Gegenteil: Die verschwenderische Ausbeutung der Ressourcen der Erde nahm von damals bis heute ungebremst zu. Inzwischen spüren wir massiv die Folgen des damaligen Katastrophenszenarios, das vom Szenario zur grimmigen Realität geworden ist: zum Beispiel Klimawandel, gesundheitsschädliche Luft, Plastikmüll in den Meeren, Pestizide in der Nahrungskette etc.

Bis Anfang der 1970er Jahre war Homosexualität im Sinne des § 175 StGB strafbar. Die ARD zeigte erstmals im Sommer 1973 den 1970 gedrehten Spielfilm von Rosa von Praunheim „Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Gesellschaft, in der er lebt.“ Der bayerische Rundfunk blendete sich damals aus. 1970 hatte Franz-Josef Strauß verkündet: „Ich will lieber ein kalter Krieger sein als ein warmer Bruder.“ Homosexualität wurde noch in der psychiatrischen Klassifizierung ICD-9 als psychopathologische Störung unter der Nummer 302.0 genannt (DEGKWITZ, HELMCHEN, KOCKOTT & MOMBOUR 1980). Erst die DSM III im Jahr 1980 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1984) und die ICD-10 im Jahr 1986 (DILLING, MOMBOUR & SCHMIDT 1993) zählte Homosexualität nicht mehr zu den psychischen Störungen. Wenngleich Homosexuelle immer noch diskriminiert werden, so hat sich doch eine fundamentale Änderung ergeben. In dem Stadtteil, in dem ich wohne, in München Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt, erreichte bei den Wahlen zum Bezirksausschuss im Jahre 2014 die Rosa Liste 14,0 % der Stimmen. Beim Christopher Street Day in München tritt heute als eine besondere Gaudi eine homosexuelle Schuhplattlergruppe auf – wenn das kein Zeitenwandel ist.

Anfang der 1970er Jahre, die Zeit, in der Du in Heidelberg studiert hast, hatte sich in Heidelberg das SPK, das Sozialistische Patientenkollektiv gegründet, das sich als Therapiegemeinschaft verstand. Es wollte aus der Krankheit eine Waffe machen, der Kranke wurde als aktiv handelndes Subjekt definiert mit dem Ziel einer klassenlosen Gesellschaft. Später schlossen sich einige Mitglieder des Sozialistischen Patientenkollektivs der RAF (Rote Armee Fraktion) an. Die 1970er Jahre waren politisch auch geprägt durch eben diese RAF, die sich anfangs insbesondere aus den Protesten gegen den Vietnamkrieg, die Notstandsgesetze, den Protest gegen die kapitalistische Gesellschaft allgemein formiert hatte.

Es entstanden damals Solidaritätskomitees für Befreiungsbewegungen in Angola, Mozambique, Kap Verde und Guinea-Bissau und später für Simbabwe, Namibia, Südafrika und Eritrea. Mangelhafte Gesundheitssysteme und der Bedarf an medizinischer Versorgung in den Befreiungsbewegungen sensibilisierten viele junge Mediziner und Studierende. In Mittel- und Südamerika wurde die Landbevölkerung unterdrückt, es herrschten Diktatoren. In Chile fand 1973 ein Umsturz mit Unterstützung des CIA statt, der dem Leben des Präsidenten, dem Kinderarzt Salvador Allende, ein Ende setzte. Die Hoffnungen auf demokratische Entwicklungen waren beseitigt, und dem von mir verehrten chilenischen Sänger Victor Jara wurden zuerst die Hände zerschlagen, damit er nicht mehr Gitarre spielen konnte, dann wurde er ermordet.

Von den sog. „Alt-68ern“ hatten sich einige auf den „langen Marsch durch die Institutionen“ gemacht, um gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen. Einige der „Langwanderer“ schafften es später bis in höchste Regierungsämter. Es blieb nicht aus, dass Jeans und T-Shirts mit Maßanzügen von Brioni und Maßhemden getauscht wurden, auch Rotweine der Klasse Chateau Lafitte-Rothschild und Cohiba-Zigarren gehörten zur Erholung von dem langen Marsch. Dein Kleidungsstil blieb im Großen und Ganzen unverändert, ich vermisse allerdings bei Dir Deinen schwäbischen Bauernkittel, den Du im Februar 1978 getragen hast, als ich den von Dir verwalteten Kurs „Medizin in Entwicklungsländern“ besuchte.

In die 1970er Jahre fällt auch die Gründung der *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin* (AGEM), das Erscheinen der Zeitschrift *Curare* und eben der Kurs „Medizin in Entwicklungsländern“. Es ist keine Frage, Ekkehard, dass es *Curare* und die AGEM ohne Dich nicht mehr geben würde. Bei der Gestaltung des Kurses „Medizin in Entwicklungsländern“, der an der Universität Heidelberg von 1974 bis 2011 veranstaltet wurde, hast Du in der frühen Phase einen wesentlichen Beitrag geleistet, nicht zuletzt warst Du mit H. J. Diesfeld der Herausgeber der Skriptensammlung „Medizin in Entwicklungsländern“, in die ich auch heute noch gerne hineinschaue (DIESFELD & SCHRÖDER 1978). Diesen Kurs gibt es leider nicht mehr. Nicht, weil es die Probleme nicht mehr gibt, sondern weil nach Ende des „Entwicklungshelfergesetzes“ und zu-

nehmender entwicklungspolitischer Ratlosigkeit medizinische Entwicklungshilfe bzw. Entwicklungszusammenarbeit bei den Entwicklungshilfeorganisationen keine Priorität mehr genießt, wie es in den 1960er bis Ende der 1980er Jahren der Fall war (siehe auch Beitrag von J. DIESFELD in dieser Festschrift).

### **Die 1980er und 1990er Jahre – die Entfesselung der Märkte**

Das bedeutendste Ereignis in den 1980er Jahren war für Deutschland der Fall der Mauer am 09.11.1989. Ein Ereignis, eine Zäsur für Deutschland und die Welt, aber auch für Dich persönlich. Ohne den Mauerfall könntest Du heute nicht in Deiner psychotherapeutischen Praxis in Babelsberg arbeiten.

Inzwischen hat die kapitalistische Globalisierung das Leben von uns allen verändert, übrigens auch das Gesundheitswesen. Was gebraucht wird, ist eine Umkehr vom Shareholdervalue zum, wie ich es nennen möchte, Careholdervalue (KRAHL 2000). Paul Unschuld spricht nicht zu Unrecht von der „Ware Gesundheit“ (UNSCHULD 2014). Krankheit wird zu einem Wirtschaftsfaktor, seit der medizinisch-technologische Komplex das Ruder übernommen hat.

Durch die genannten soziokulturellen Wandlungen haben sich auch deutliche Änderungen im Gesundheitswesen ergeben. Umgekehrt haben sich durch medizinische Entwicklungen grundlegende soziokulturelle Änderungen ergeben. Die Einführung der Antibabypille in den 1960er Jahren hat wahrscheinlich einen größeren Einfluss auf Familie, Fortpflanzung und Sexualverhalten als jede andere Maßnahme. In der Chirurgie haben sich durch die Transplantationschirurgie völlig neue Fragestellungen ergeben. In der Inneren Medizin wurde zwar die Psychosomatik betont, aufgrund des Zeitdrucks können die Erkenntnisse von vielen Ärzten jedoch nicht umgesetzt werden. Die Kinderlähmung konnte durch die Impfkampagnen in den 1960er Jahren fast ausgerottet werden. Dafür ist allerdings die AIDS-Erkrankung, die sich nur aufgrund der interkontinentalen Mobilität so rasch ausbreiten konnte, letztendlich an die Stelle solch bedrohlicher Erkrankungen wie Pocken getreten.

Es ist keine Frage, dass es die neu konturierte posttraumatische Belastungsstörung letztendlich seit Beginn der Menschheit gibt, denn Kriege, Kämpfe, Naturkatastrophen gehen für einige Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen einher. Aber erst im Zusammenhang mit dem Vietnamkrieg nahm die Amerikanische Psychiatriegesellschaft die posttraumatische Belastungsstörung in ihren Diagnosenkatalog in DSM III auf (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1984). Die Borderline-Störung hat an Häufigkeit die Konversionsneurosen bei weitem überflügelt. Sie wird 1980 zum ersten Mal in der DSM III als eine neue diagnostische Entität aufgelistet.

Im Hinblick auf Suchterkrankungen wurde Alkoholabhängigkeit zwar schon lange als psychiatrische Erkrankung gesehen, eine sozialgerichtliche Anerkennung erfuhr sie allerdings erst im Jahre 1968. Dass Alkoholabhängigkeit bei allen Frühverrentungen bei Männern und Depression bei Frauen an erster Stelle steht, hängt wohl mehr mit gesellschaftlichen Gegebenheiten zusammen als mit biologischen Faktoren. Auch die Tatsache, dass die Depression in Deutschland, übrigens auch weltweit, von allen medizinischen Diagnosen inzwischen an der vierten Stelle steht und, wie von der WHO prognostiziert, bald an zweiter Stelle stehen wird, dürfte mit soziokulturellen Veränderungen weltweit zusammenhängen.

Wir beide hatten das Glück, die Urgesteine der deutschsprachigen transkulturellen Psychiatrie persönlich kennen zu lernen als da waren: Alexander Boroffka, der in den 1960er Jahren in Nigeria zehn Jahre klinisch und lehrend gearbeitet hatte. Er hat seit dieser Zeit bis Anfang dieses Jahrtausends einen Patienten aus Kamerun begleitet und ihn mit Medikamenten versorgt (veröffentlicht als Fallstudie, BOROFFKA 1980).

Louise Jilek-Aall wirkte zunächst in Tanzania und hatte 1960 im ländlichen Bereich die erste Klinik für Epilepsieerkrankte eröffnet (JILEK-AALL 1979). Sie emigrierte später mit ihrem Ehemann Wolfgang Jilek nach Kanada, wo beide auch mit First Nation-Einwohnern arbeiteten und dazu veröffentlichten (JILEK 1981). Wolfgang Jilek war von 1983 bis 1999 Sekretär und Vorsitzender der Sektion Transkulturelle Psychiatrie des Weltverbandes für Psychiatrie (WPA) (KRAHL 2003, 2012). Mit den beiden gab es auch etliche persönliche Begegnungen, wenn sie in Europa waren. Diese

Kontakte waren nur möglich, weil Du mit ihnen den brieflichen Kontakt gepflegt hast.

Wolfgang Pfeiffer, der schon in den 1950er Jahren in Indonesien gearbeitet hatte, gab 1971 das erste Lehrbuch „Transkulturelle Psychiatrie“ heraus (PFEIFFER 1971). Alexander Boroffka und Wolfgang Pfeiffer waren treue Begleiter und Referenten bei zahlreichen „Fachkonferenzen Ethnomedizin“ der AGEM sowie Autoren in *Curare*. Beide wurden für ihren Beitrag zur kulturellen Psychiatrie 1999 und 2000 mit Symposien geehrt, die Beiträge der beiden Symposien erschienen in *Curare* (23[2000]2).

Erich Wulff hatte zwischen 1961–1967 in Vietnam gearbeitet und engagierte sich in der antiimperialistischen Vietnam- und Friedensbewegung. Seine kulturellen psychiatrischen Erkenntnisse veröffentlichte er als *Psychiatrischer Bericht aus Vietnam* (WULFF 1972). Erich Wulff spielte für uns, die 68iger Generation, eine wichtige Rolle. Dies besonders durch sein Buch „Vietnamesische Lehrjahre“, das er unter dem Pseudonym Georg Alsheimer veröffentlicht hatte (ALSHEIMER 1968). Alle hier Genannten wurden wegen ihrer Arbeit für die „kulturelle Psychiatrie“ von Dir und Anderen in *Curare* gewürdigt.

### **Dieses Jahrtausend – gemeinsame Arbeit – Ethnologie und Medizin**

Eine besondere, persönliche Freundschaft verband Dich und mich mit Alexander Boroffka, wie Du in Potsdam geboren, der trotz seiner eher konservativen Grundhaltung liberaler dachte, sozialer und weltoffener handelte als einige der „Marschierer durch die Institutionen“. Alexander Boroffka war ein Glücksfall für die AGEM. Als häufiger Besucher der Tagungen fiel er durch klare Beiträge und pointierte Bemerkungen auf, die er mit einer Art britischem Humor würzte. Seiner Initiative ist es zu verdanken, dass Uwe Henrik Peters, damals Vorsitzender der DGPPN, uns (das sind Alexander Boroffka, Wolfgang Krahl, Wolfgang Pfeiffer und Ekkehard Schröder, im Verlauf kam Wielant Machleidt dazu) nach Köln eingeladen hat. Dort wurde 1991 auf der Kölner Jahrestagung der damaligen DGPN in eben dieser Gesellschaft das Referat „Psychiatrie in der Dritten Welt“ offiziell gegründet, das sich in der heutigen DGPPN „Interkulturelle Psychiatrie und Psychothe-

rapie, Migration“ nennt. Du hast Dich 2010 dazu wie folgt geäußert:

Dieser Name war ganz programmatisch gemeint, natürlich ging es um transkulturelle Themen, aber das Wort „Dritte Welt“ sollte eine engagierte und zuvor formal nicht vertretene Position repräsentieren. Vor allem ging es jedoch darum, die Psychiatrie in der Dritten Welt als eine besondere psychiatrische Betrachtungsweise zu lehren, die die Psychiatrie in einen länderspezifischen sozioökonomischen und kulturellen Kontext stellt und sie nicht nur als Lehrbuchwissenschaft mit erratischer Krankheitslehre sieht.... Die separate psychiatrische Sichtweise der globalen medizinischen Entwicklung über die Grenzen Europas hinweg hatte in erster Linie pragmatische Gründe, die eine Abgrenzung und Kennzeichnung rechtfertigen. Die Bedeutung der Präsentation heute mit ihrer mehr inländischen Perspektive vor dem Hintergrund der globalen Migration ist daher nicht weniger wichtig, aber tatsächlich für unser tägliches Leben bedeutender. Die Gefahr liegt natürlich in der möglicherweise geringeren und nicht mehr artikulierten Aufmerksamkeit, die der psychiatrische Berufsverband dem alten Anliegen wirklich widmen kann. *Curare* wird weiterhin ein Ort sein, an dem dieser Aspekt erhalten bleibt (SCHRÖDER 2010).

Du hast damit Alexander Boroffkas Anliegen trefflich in Deiner Würdigung zu seinem neunzigsten Geburtstag charakterisiert. Es war immer ein Vergnügen, mit ihm zusammen zu sein, der im Hinblick auf die Versorgung von psychisch Kranken in Afrika sehr viel geleistet hat. Das schlug sich in einem Symposium nieder, welches wir gemeinsam mit Albert Diefenbacher und Klaus Hoffmann im Jahr 2000 zum achtzigsten Geburtstag in Berlin in der Klinik Königin Elisabeth Herzberge organisiert hatten (*Curare* 23[2000]2). Alexander Boroffka wurde zum achtzigsten Geburtstag zum ersten Ehrenmitglied von i.nez ernannt.

Im Jahre 2000 wurde i.nez (Internationales Netzwerk zur Entwicklungszusammenarbeit im Bereich psychische Gesundheit e. V.) gegründet, das zum Teil Aufgaben des damaligen Referats in der DGPPN „Psychiatrie in der Dritten Welt“ übernommen hat. Du bist i.nez gegenüber immer offen gewesen und hast i.nez unterstützt. Seit 2005 veranstaltet i.nez Internationale Symposien zum Thema „Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries“. Zahlreiche Symposiums-

berichte wurden Dank Deiner Ermutigung in *Curare* veröffentlicht, so dass *Curare* weiterhin ein Ort ist, an dem dieser Aspekt „Psychiatrie in der Dritten Welt“ erhalten bleibt.

Nachdem ich mehrmals von Dir gebeten wurde, mich zur Wahl für den Vorsitz der AGEM zu stellen, habe ich 2009 Deinem Werben nachgegeben, letztendlich weil ich das Thema Ethnologie und Medizin wegen meiner persönlichen beruflichen Erfahrungen in Malaysia sehr wichtig fand und nicht zuletzt aus Pflichtgefühl der AGEM und Dir gegenüber. Neben meiner klinischen Tätigkeit als Oberarzt in einer forensischen Abteilung, die mich massiv in Anspruch nahm und dem Vorsitz bei i.nez war ich eigentlich mehr als ausgebucht. Jochen Diesfeld hat mich mit seinem Appell bei der Mitgliederversammlung 2014 davon überzeugt, mich zum letzten Mal zur Wahl zu stellen. Es war eine gute Zeit mit Dir im AGEM-Vorstand. Nun bin ich froh, dass Ehler Voss aus der jüngeren Generation 2016 das Ruder der AGEM übernommen hat.

Das Ethnologische Museum der J. und E. Portheim-Stiftung in Heidelberg war Heimat für zahlreiche Tagungen der AGEM. Es war auch Deiner guten Beziehung zur Direktorin des Museums, Frau Dr. Margareta Pavaloj, zu verdanken, dass wir dort mit ihrer Unterstützung die Tagungen durchführen konnten. Während meiner Zeit als Vorsitzender der AGEM haben wir insgesamt sieben AGEM-Fachtagungen organisiert, wobei Du immer den Großteil der Organisation übernommen hast – dafür sei Dir besonders gedankt.

Dr. Walter Böhning, der frühere Direktor des Heidelberger Völkerkundemuseums erlaubte, dass das „Büro der AGEM“ und die Literatursammlung der AGEM bereits 1973 dort zeitweise Unterschlupf fanden. Da das Museum Platz brauchte, ist die Literatursammlung jetzt an verschiedenen Stellen untergebracht. Diese Sammlung zu pflegen bleibt ein Anliegen von Dir.

Unsere gemeinsame Vorstandsarbeit in der AGEM begann im Jahre 2009 mit der Vorbereitung und Organisation zum vierzigjährigen Bestehen der AGEM 2010: „Vierzig Jahre Forschen im Interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin. Rückblick und Ausblicke“. 2011 fand eine gemeinsam mit Ruth Kutalek von der Österreichischen Ethnomedizinischen Gesellschaft und Evelyne Puchegger-Ebner vom Ethnomedizinischen Latein-

amerika Arbeitskreis organisierte Fachtagung in Wien statt: „Healing Imaginary: Visuelles und Mediales im Kontext des interdisziplinären Arbeitsfeldes Ethnologie und Medizin“.

2012 hattest Du die Idee, die 26. Fachkonferenz 2013 in St. Augustin bei Bonn im Anthropos Institut durchzuführen, wobei Harald Grauer als Diplomtheologe und Ethnologe sowie Bibliothekar des Hauses eine große Hilfe war. Diese Tagung „*Stranger and Friend – Der Platz langfristiger Feldforschungen in den Diskursen zur Global Health*“ hatte eine besondere Atmosphäre durch den gewählten Ort. Wir hatten im Vorfeld das Anthropos Institut im September 2012 besucht und im Gasthof „Zur Erholung“ im rechtsrheinischen Bonn-Beuel übernachtet. Nomen est Omen – diese Organisationsreise ist mir als sehr angenehm und erholsam im Gedächtnis geblieben (siehe auch Harald GRAUER in dieser Festschrift).

Die AGEM-Tagungen mit den Themen „Diskurse um Körpermodifikationen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin“ (2012), „*Global Mental Health – Psychische Gesundheit und Krankheit in Afrika, Asien und Lateinamerika aus ethnologischer und kulturpsychiatrischer Sicht*“ (2014) sowie „Adipositas im Fokus: Oder wie übergewichtig darf man sein? Kontroversen, Diskurse, Theorien und Herausforderungen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“ (2015) und „Medizinetnologie 2016: The State of the Art“ (2016) fanden alle in unserem geliebten Völkerkundemuseum in Heidelberg statt. Dir war es immer ein Anliegen, jungen Kollegen – seien es Ethnologen, Psychologen oder Ärzten – ein Forum in ihrer frühen Karriere im Grenzgebiet Ethnologie und Medizin zu geben. Dem geneigten Leser sei es überlassen, zu ergründen, welche Themen von Dir und welche von mir ausgewählt wurden. Es waren immer nach einem breiteren Palaver im afrikanischen Sinne Konsensentscheidungen im AGEM-Vorstand mit den VorstandskollegInnen David Brinkmann, Ulrike Kluge und Weiteren aus den Beiräten.

Wir haben in den über vierzig Jahren, die wir als Ärzte tätig sind, große Veränderungen im System erlebt: von dem Halbgott in Weiß, den wir bekämpft haben, sind wir indes zum medizinischen Büttel von Administratoren, Qualitätsprüfern und gewinnorientierten Finanzverwaltern (Krämerseelen) geworden. Der „Arzt“ geht, der „Medizi-

ner“ kommt – ärztliche Kunst wird abgelöst durch die medizinische Technik. Ich gehe davon aus, dass auch die gemeinnützigen Kliniken irgendwann von profitorientierten Hedgefondsmanagern aufgekauft werden. Der Arzt wird dann, wie es Paul Unschuld noch mit Fragezeichen versieht, ganz sicher ein „Fremdling in der Medizin“ sein (UNSCHULD 2005).

Ein sogenanntes Qualitätsmanagement hat Einzug in die Kliniken und inzwischen auch die Praxen gehalten, wobei sich die Qualität nicht auf das eigentliche ärztliche Handeln bezieht, sondern auf Messgrößen, die mit ärztlichem Handeln wenig zu tun haben. Qualitätsmanagement in dieser Form kommt übrigens aus der Autoindustrie. Die sogenannten DRG (Diagnose Related Group) Fallpauschalen (für eine bestimmte Erkrankung wird ein pauschaler Betrag gezahlt) entsprechen dem Denken einer Autoreparaturwerkstatt, wo man einen standardisierten Betrag für den Austausch eines Kotflüges berechnet. Mir ist allerdings rätselhaft, wie man einen pauschalisierten Betrag für die Behandlung einer Depression oder einer multiplen Sklerose patientengerecht fordern kann?

Lieber Ekkehard, ich bin dankbar, Dich vor vierzig Jahren kennengelernt zu haben. Du warst im Februar 1978 der Kursassistent bei Jochen Diesfeld, als ich vom Deutschen Entwicklungsdienst (DED) zur Vorbereitung meiner Tätigkeit in Malaysias größtem psychiatrischen Krankenhaus zum Kurs „Medizin in Entwicklungsländern“ nach Heidelberg geschickt wurde. Ich konnte damals nicht ahnen, wie wichtig dieser Kurs für mich sein würde: im Nachhinein war diese Zeit in Heidelberg sehr fruchtbar und hat mein medizinisches Denken wesentlich beeinflusst (siehe auch Beitrag BICHMANN und DIESFELD). Wir haben über viele Jahre konstruktiv zusammengearbeitet. Wir kennen gegenseitig unsere Stärken und Schwächen, wir hatten auch Auseinandersetzungen, die aber nie verletzend waren. Auch war für uns beide die Arbeit mit unseren Patienten wichtig, diese Realität schützt vor abgehobenen Dekonstruktionen, lässt uns auf dem Boden der Realität.

Es gäbe natürlich noch viel zu berichten, die gemeinsame Arbeit im Bereich der kulturellen Psychiatrie und Migration, 1986 der Besuch der zweiten in Deutschland bedeutenden Tagung zu diesem Thema als 8. Fachkonferenz Ethnomedi-

zin „Kranksein und Migration in Europa“ im Rahmen eines Forschungsprojekts des Heidelberger ITHÖG (Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen) oder 1992 die mehrtägige Fortbildung „Psychiatrische Probleme bei Migranten“ im Bildungszentrum der bayrischen Bezirke in Irsee für Mitarbeiter aus psychiatrischen Fachkrankenhäusern in Bayern, wo Du als Referent gemeinsam mit dem eben aus der sechsjährigen türkischen Gefangenschaft entlassenen Metin Özek mitgearbeitet hast. Erzählenswert auch Spaziergänge in Potsdam, Babelsberg, Heppenheim und Heidelberg oder die Reisen zu Konferenzen nach Budapest (WPA 1990), Tarragona (EASA 2013) und zweimal Istanbul (DTGPP 1996 und 2007), wo wir viel erlebt haben. Auch die von Klaus Hoffmann organisierte Tagung „Psychiatrie im Kulturvergleich“ 1994 auf der Reichenau will ich hier wenigstens erwähnen (HOFFMANN & MACHLEIDT 1997).

Du bist einer der wenigen, der sowohl die Sprache der Ethnologen als auch die der Mediziner fließend spricht und versteht. Im deutschsprachigen Raum bist Du für mich derjenige, der ein medizinethnologisches Wissen besitzt, das in die Tiefe geht, lexikalisch ist und das abrufbereit ist. Du bist selbstbewusst aber bescheiden und Du stehst über dem akademischen Dünkel und der Hochnäsigkeit einiger Universitätsprofessoren.

Nun wird es Zeit für Dich, Dinge mit Muse anzugehen, die Dir am Herzen liegen. Nicht mehr gejagt von Redaktionsschlusssterminen, den Aktualisierungen der AGEM-Website, der Organisation von Fachtagungen, der Beantwortung von Anfragen an die AGEM. Ich habe Dich immer bewundert, welche Mühe Du Dir mit der Beantwortung auch teilweise unsinniger Fragen gegeben hast! Auch Deine oft mühselige, aber wichtige Arbeit als Editor-in-Chief der *Curare* bewundere ich. Nun freue ich mich auf entspannte, weitere Begegnungen mit Dir – sei es in Potsdam, Heidelberg oder in München oder sonst wo – vielleicht auch mal in Afrika.

Auf noch viele gemeinsame Jahre  
Dein alter Freund und Weggefährte  
Wolfgang

## Literatur

- ALSHEIMER G. 1968. (Pseudonym von Erich Wulff). *Vietnamesische Lehrjahre. Sechs Jahre als deutscher Arzt in Vietnam 1961-1967*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1984. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III* Deutsche Bearbeitung und Einführung von KÖHLER K. & SASS H. Weinheim: Beltz.
- BERICHT DES CLUB OF ROME zur Lage der Menschheit 1972. *Die Grenzen des Wachstums*. Aus dem Amerikanischen von Hans-Dieter Heck. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt.
- BOROFFKA A. 1980. *Benedict Nta Tanka's Commentary and Dramatized Ideas on "Disease and Witchcraft in our Society."* A Schreber Case from Cameroon. Annotated Autobiographical Notes by an African on his Mental Illness. (Reihe Medizin in Entwicklungsländern 7). Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- CURARE 2000. *Transkulturelle Psychiatrie: Beiträge zweier Symposien*. *Curare* 23, 2.
- DEGWIZ R., HELMCHEN H., KOCKOTT G. & MOMBOUR W. 1980. *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. ICD-9 Revision, Kapitel V. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- DILLING H., MOMBOUR W. & SCHMIDT M. 1993. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10, Kapitel V (F), 2. Aufl., Bern: Huber
- HOFFMANN K. & MACHLEIDT W. (Hg) 1997. *Psychiatrie im Kulturvergleich*. Berlin: VWB.
- JILEK-AALL L. 1979. *Call Mama Doctor. African notes of a young woman doctor*. Surrey, B. C., Can.: Hancock House Publishers Ltd
- JILEK W. G. 1981. *Indian Healing: Shamanic Ceremonialism in the Pacific Northwest Today*. Surrey, B. C. Canada: Hancock House Publishers Ltd.
- KRAHL W. 2001. Mensch und Arbeit. In *25 Jahre Psychiatrie-Enquete/Aktion Psychisch Kranke*, Bd. I u II. (Hg). Bonn: Psychiatrie-Verlag: 330-335
- 2003. Laudatio auf Prof. Wolfgang Jilek zur Ernennung als Ehrenmitglied der AGEM, *Curare* 26: 168-171
- 2012. Zum 80sten Geburtstag von Louise Jilek-Aall. *Curare* 35: 324-325.
- PFEIFFER W. 1971. *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme*. Stuttgart: Thieme [grundlegend überarbeitete erweiterte Neuauflage 1994]
- SCHRÖDER E. 2010. Ein Gruß zum 91. Lebensjahr dem transkulturellen Erziehungspsychiater Alexander Boroffka. *Curare* 33,1: 10-11.
- UNSCHULD P. 2005. *Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Standortbestimmung*. München: Zuckschwerdt Verlag.
- 2014. *Ware Gesundheit: Das Ende der klassischen Medizin*. München: C. H. Beck Verlag.
- WULFF E. 1972. Psychiatrischer Bericht aus Vietnam. In DERS. *Psychiatrie und Klassengesellschaft. Zur Begriffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin*. Frankfurt am Main: Athenäum: 15-94.



# “Quo vadis, Global Health?”

Perspektiven eines Lehr- und Forschungsfeldes

FRANK KRESSING

## Einleitung

*Global Health* hat sich auf internationaler Ebene seit einigen Jahren als Begriff etabliert, der Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung in einem weltweiten Maßstab einzubeziehen versucht. Gegenüber früheren Ansätzen aus den Bereichen von Public Health und Tropenmedizin nimmt Global Health eine erweiterte, transdisziplinäre Perspektive in Anspruch. Die Absicht des folgenden Beitrags besteht darin, einige Entwicklungslinien dieses Lehr- und Studienfeldes im bundesdeutschen Kontext aufzuzeigen. Insbesondere wird dabei auf Aspekte interkultureller Begegnungen in der Medizin hingewiesen, die nach Meinung des Verfassers einen unverzichtbaren Teil von Global Health darstellen. Dies soll in einer durchaus persönlichen Perspektive anhand von eigenen Forschungen zum medizinischen Pluralismus in den Zentralanden und in Zentralasien geschehen. Abschließend wird auf mögliche zukünftige Themenschwerpunkte von Global Health hingewiesen werden, welche die enge Verquickung weltweiter menschlicher Gesundheit mit Praktiken der Ethnomedizin, Ethnopharmakologie und Biodiversität deutlich werden lassen.

## Definitionen

Der Lehr- und Forschungsschwerpunkt Global Health beschäftigt sich mit der Gesundheitsversorgung – oder gerade Nicht-Versorgung – in einer globalen Perspektive und berücksichtigt dabei nicht allein „klassische“ medizinische Aspekte von Diagnose und Therapie, sondern bezieht gleichermaßen „nicht-medizinische“ Rahmenbedingungen wie den Klimawandel, kriegerische Auseinandersetzungen, wirtschaftliche Ungleichheit, kulturelle und religiöse Diversität oder *Gender*-Fragen mit ein. Es handelt sich um mehr als ein abgegrenztes Fachgebiet, um ein Themengebiet, welches vielfältige medizinische und nicht-medi-

zinische Fachdisziplinen umfasst (BEAGLEHOLE & BONIA 2010). Eine weit verbreitete Definition lautet:

Global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes inter-disciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care. (KOPLAN *et al.* 2009: 1994).

Einige Autoren (etwa LI *et al.* 2012: 1308) identifizieren mit “Global Health” vor allem eine Betrachtungsweise (*approach*), mit der medizinische Fragen und Herausforderungen analysiert werden. Damit ist für den Bereich von Global Health eine gewisse Beliebigkeit von Themen, Schwerpunkten und Aufgabengebieten angelegt, was den Psychiater und Medizinanthropologen Arthur KLEINMAN (2010: 1518) zu dem Schluss führt: “Global health, many would agree, is more a bunch of problems than a discipline.”

Wohl auch gerade aufgrund der großen Spannweite erfreuen sich Global Health-Themen in der öffentlichen Diskussion großer Aufmerksamkeit, oder in den Worten von KOPLAN *et al.* (2009: 1993):

Global Health is fashionable. It provokes a great deal of media, student, and faculty interest, ... is supported by governments as crucial component of foreign policy, and has become a major philanthropic target.

## Global Health in der akademischen Lehre

Das öffentliche Interesse an Global Health ist als Grund dafür zu sehen, dass die Einführung dieses relativ neuen Unterrichtsfeldes vor allem von

Studierenden befürwortet wird. Schon 2006 hob die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (BVMD) in ihrem *Kerncurriculum für die Medizinische Ausbildung in Deutschland* hervor, welche Bedeutung die Einflüsse von Umwelt, Kultur und Globalisierung für die ärztliche Ausbildung haben (ebd. 2006: 13). Weitergeführt wurde dieses Bestreben 2009 mit der Veröffentlichung des Positionspapiers *Lehre am Puls der Zeit* durch die *Globalisation and Health Initiative* (GANDHI 2009). Ausgehend von einer akuten Bedarfslage für Global Health-Themen in der medizinischen Ausbildung (vgl. BRUCHHAUSEN & TINNEMANN 2011, KICKBUSCH *et al.* 2017, GABRYSCH & PHILIPP 2018) wurde im Mai 2011 in Anlehnung an internationale Vorbilder die *Global Health Alliance Deutschland* gegründet. Die *Alliance* versteht sich als akademisches Forum für Studierende, Lehrende und praktisch Tätige im medizinischen Bereich. 2013 gründete sich in Graz der *Ausschuss für kulturelle Kompetenz und Global Health* innerhalb der *Gesellschaft für medizinische Ausbildung*. Dieser Ausschuss verabschiedete mittlerweile das Positionspaper „Kulturelle Kompetenz und Global Health – Perspektiven für die medizinische Ausbildung“ (MEWS *et al.* 2018). Auch die Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) und die deutsche Hochschulrektorenkonferenz sprachen sich in den vergangenen Jahren für die Internationalisierung der medizinischen Curricula und die Einbeziehung von Global Health-Themen aus (LEOPOLDINA 2015; HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ 2017). Inzwischen wird an 24 von 36 medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland Global Health unterrichtet.

### Global Health – ein weites Themenspektrum

In Anlehnung an die oben genannten Publikationen von Medizinstudierenden lassen sich drei Cluster als Vorschläge für ein umfassendes Global Health-Curriculum definieren: 1. Politische Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Maßnahmen, 2. Aspekte bevölkerungsbezogener und individualmedizinischer Gesundheit sowie 3. soziale und grenzüberschreitende Determinanten von Gesundheit (GANDHI 2009: 9).

Damit ist ein weites Themenfeld abgesteckt, gleichzeitig jedoch auch eine große thematische Beliebigkeit geschaffen: Global Health-Themen

können sowohl der Klimawandel im subsaharen Afrika wie auch sogenannte Wohlstandskrankheiten in der südlichen Erdhälfte sein. Der Global Health-Ansatz beschränkt sich nicht allein auf die Untersuchung des Gesundheitszustandes von Menschen in der südlichen Erdhälfte, sondern bezieht gleichermaßen den „globalen Norden“ wie den „globalen Süden“ mit ein, wobei diese Begriffe nicht notwendigerweise als geographische Termini verstanden werden, sondern vielmehr die innige Verzahnung von Gesundheitsfaktoren durch transnationale Zusammenhänge betonen. Hintergründe und mittelbare Ursprünge von Gesundheitsrisiken liegen oft in ganz anderen Ländern und Weltregionen als ihre Effekte, wie der Zugang zu Medikamenten oder der globale Waffenhandel zeigen. Der „globale Norden“ findet sich in Gestalt zahlungskräftiger Käuferschichten für teure Operationen oder Spenderorgane durchaus auch in der südlichen Erdhälfte, der „globale Süden“ in Gestalt von Flüchtlingen, Migranten und medizinisch unterversorgten „einheimischen Bevölkerungsschichten“ auch in Westeuropa und Nordamerika.

Die zunehmende Internationalisierung des Gesundheitssektors manifestiert sich bekanntermaßen auch hierzulande: Indizien dafür sind der hohe Prozentsatz der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland (etwa neun bis 16 Millionen Menschen), die wachsenden Anzahl von Patientinnen und Patienten mit „fremdkulturellem“ Hintergrund, die zunehmende Zahl an Medizintouristen (vgl. KRESSING 2017, 2018), zunehmend international zusammengesetzte Behandlungs- und Pflegeteams in Gesundheitseinrichtungen und die wachsende Anzahl an internationalen Medizinstudierenden.

### Health Inequities im Fokus

Ein grundlegender Ansatzpunkt von Global Health besteht im weltweit völlig ungleich verteilten Zugang zur Gesundheitsversorgung, den so genannten *health inequalities* und *health inequities*. Diese so genannten *health inequities* verschiedener Bevölkerungsanteile sind in unterschiedlicher Ausprägung und lokaler Gestaltung weltweit zu finden und beruhen maßgeblich auf den sozialen Determinanten von Gesundheit (VOIGTLÄNDER *et al.* 2008, WHO 2017). Das seit den 1970er

Jahren von der Weltgesundheitsorganisation popularisierte Ziel „Gesundheit für alle“ ist bei weitem nicht erreicht worden (vgl. WHO 1981). Stattdessen herrschen in vielen Teilen der südlichen Erdhälfte gesundheitliche Not-, Mangel- oder Fehlversorgung vor – bis hin zu gesundheitlicher Überversorgung in Gestalt so genannter „weißer Elefanten“ (BOVARD 1987) – gemeint sind damit aufwändig errichtete Krankenhausbauten, die von der einheimischen Bevölkerung nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden.

Mit Hilfe des *Gapminder* oder *Worldmapper*-Programmes des schwedischen Arztes Hans ROSLING (geboren 1948) lassen sich diese weltweiten Disparitäten sehr anschaulich darstellen, zum Beispiel die Ausgaben im Gesundheitssektor im Vergleich zur Verteilung der Weltbevölkerung oder die weltweit äußerst ungleiche Verteilung von Infektionskrankheiten ([http://archive.worldmapper.org/~display\\_extra.php?selected=483](http://archive.worldmapper.org/~display_extra.php?selected=483)). Wie die *Gapminder*-Landkarten eindrücklich zeigen, betrifft die unter dem Schlagwort *Global Burden of Diseases* zusammengefasste Mangel- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen in erster Linie Länder der südlichen Erdhälfte (vgl. MURRAY & LOPEZ 1996). Innerhalb der Diskussion um Global Health wurden weiterhin die Schlagworte *Urban Penalty* und *The Poor Die Young* geprägt, um die Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung vom Einkommen, aber auch von gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen in *MegaCities* zu beschreiben. Bereits der Bericht der *UN Habitat Conference* aus dem Jahre 2006/07 legte dar, dass die fünf berichtigtesten „Killerkrankheiten“ weltweit (Pneumonie, Diarrhöe, Malaria, Masern sowie HIV/Aids) größtenteils durchaus vermeidbar wären. Diese Krankheiten verursachen mehr als die Hälfte aller Todesfälle bei Kindern weltweit. Weiter heißt es in diesem Bericht:

[...] Studies indicate that the prevalence of these killer diseases in urban slums is due to bad living conditions rather than income levels. For instance, municipal supplies of safe drinking water rarely penetrate slums. It is common for pit latrines to be shared by thousands of people. Children from the highest income groups in slums have higher rates of diarrhea than children of the poorest rural families because they are exposed to contaminated water and food. Pneumonia and diarrhea each kill more than 2 mil-

lion children in developing countries annually. (UN 2016). [http://www.unhabitat.org/downloads/docs/~5636\\_27492\\_SOWCR%2022.pdf](http://www.unhabitat.org/downloads/docs/~5636_27492_SOWCR%2022.pdf).

### Ausweg Medizintourismus?

Unter Medizintourismus sei hier die weltweite Auslagerung von Heil- und Pflegeleistungen (*Global Outsourcing*) verstanden. Auf den ersten Blick scheint diese weltweit florierende Branche eine Möglichkeit zur Eindämmung der oben beschriebenen weltweiten Disparitäten zu bieten. Wie allerdings schon Milica und Karla BOOKMAN (2007) darlegen, erweist sich das ökonomisch motivierte Konzept des Medizintourismus nur in Ländern mit vorteilhaften wirtschaftlichen und politischen Bedingungen als erfolgreich.

Im Rahmen des internationalen Medizintourismus werden gezielt technisch und fachlich aufwändige Heil- und Pflegeleistungen in westlichen Ländern (USA, Westeuropa, Japan) für eine Klientel aus der südlichen Erdhälfte bereitgestellt. Andererseits werden auch vergleichsweise kostengünstige Dienstleistungen in Bezug auf Alten- und Krankenversorgung mit westlichem Standard in der südlichen Erdhälfte angeboten. Diese Dienstleistungen schließen auch Rehabilitationsmaßnahmen und medizinische Langzeitbetreuung mit ein. Die ökonomischen Dimensionen des Medizintourismus machte schon vor mehr als einem Jahrzehnt ein Bericht des *National Center for Policy Analysis* im US-amerikanischen Dallas deutlich:

Apollo Hospital in New Delhi, India, charges \$4,000 for cardiac surgery, compared to about \$30,000 in the United States. Hospitals in Argentina, Singapore or Thailand charge \$8,000 to \$12,000 for a partial hip replacement—one-half the price charged in Europe or the United States. Hospitals in Singapore charge \$18,000 and hospitals in India charge only \$12,000 for a knee replacement that runs \$30,000 in the United States. A rhinoplasty (nose reconstruction) procedure that costs only \$850 in India would cost \$4,500 in the United States. In 2006, the medical tourism industry grossed about \$60 billion. (HERRICK 2007).

Wie diese Zahlen andeuten, trägt der gegenwärtig praktizierte Medizintourismus insgesamt eher zur Verstärkung als zur Beseitigung weltweiter Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung bei – dies war zumindest das Fazit einer vom Ver-

fasser im Juli 2012 organisierten Sommerakademie zu Perspektiven des Medizintourismus an der Universität Ulm (*Perspectives on Global Health in the 21<sup>st</sup> Century—Medical Tourism*).

An dieser vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) geförderten Konferenz nahmen 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus so unterschiedlichen Ländern wie Kanada, Brasilien, Nigeria, Sambia, Palästina, Tadschikistan, Indien, Pakistan, Sri Lanka, Südkorea, Portugal, Rumänien und Deutschland teil. Unter dem Schlagwort *Medical Travel—Benefit or Burden* wurde eine Bestandsaufnahme neuer Regionen des Medizintourismus (z. B. Nordostbrasilien, Südkorea, Palästina, Pamir/Tadschikistan) vorgenommen und eine ethisch begründete Bewertung der globalisierten medizinischen Kommodifizierung von Versorgungseinrichtungen geleistet (vgl. KRESSING 2017, 2018). Unter anderem stellte sich heraus, dass die mit der weltweiten Kommerzialisierung medizinischer Dienstleistungen verbundene Fokussierung auf den internationalen Gesundheitsmarkt in vielen Ländern der südlichen Hemisphäre dazu führen kann, dass die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen für die eigene Bevölkerung vernachlässigt wird. So kann sich die reiche nigerianische Oberschicht je nach Religionszugehörigkeit Krankenhausaufenthalte in den USA, Israel oder Saudi-Arabien (oft verbunden mit der *Haddsch*) leisten und sieht deshalb keine Notwendigkeit, eine Basisgesundheitsversorgung im eigenen Land sicher zu stellen (vgl. TAHIR *et al.* 2013).

### Medizinischer Pluralismus als notwendiges Themenfeld von Global Health

Weil die Mehrheit der Weltbevölkerung im Krankheitsfalle nur über eingeschränkten oder gar keinen Zugang zu westlichen, allopathischen Behandlungsmöglichkeiten verfügt, ist insbesondere in den Ländern der südlichen Erdhälfte ein großer Teil der Bevölkerung auf traditionelle Heilerinnen und Heiler als wichtiger Ressource der Gesundheitsversorgung angewiesen. Teilweise werden diese auch bevorzugt oder erfreuen sich auch innerhalb der biomedizinisch besser versorgten Mittel- und Oberschichten großer Beliebtheit.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO)

wurde bereits vor einigen Jahrzehnten auf die Unverzichtbarkeit traditioneller Heiler aufmerksam. In ihrer 1978 verabschiedeten Deklaration zur Basisgesundheitsversorgung (vgl. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 1978) sah die WHO die Einbeziehung von vier verschiedenen Klassen traditioneller Heiler vor: Phytotherapeuten, traditionelle Hebammen, traditionelle Chiropraktiker und sogenannte „magisch-religiöse Heiler“. Deren Tätigkeiten werden in der Literatur unter verschiedenen und durchaus kontrovers diskutierten Oberbegriffen wie Ethnomedizin, Volksheilkunde, *folk medicine*, Alternativ- oder Komplementärmedizin zusammengefasst (PFLEIDERER & BICHMANN 1985, GREIFELD 2003).

Diese ethnomedizinische Komponente soll im Folgenden etwas ausführlicher anhand eigener Forschungsergebnisse und Erfahrungen dargestellt werden. Im Fokus stehen dabei verschiedene Determinanten der Heilerwahl innerhalb von Prozessen des *Health Shopping*, *Healer Shopping* und – bislang in der einschlägigen Literatur nicht thematisiert – des *Paradigm Shopping*. Gemeint ist damit der Wechsel zwischen ganz verschiedenen medizinischen, rituellen und religiösen Bezugssystemen bei der gleichzeitigen oder konsekutiven Inanspruchnahme verschiedener Heilinstanzen (vgl. PFLEIDERER & BICHMANN 1985, BICHMANN 1987, GREIFELD & SCHMIDT 2003).

### Interkulturelle Begegnungen und Konflikte

Das Programm zur Einbeziehung traditioneller Heiler in die Basisgesundheitsversorgung (*Primary Health Care*) scheiterte weitgehend daran, dass die WHO der innigen Verquickung von „nicht-magischen“ Heilweisen mit unterstützenden spirituellen Praktiken und dem häufig vorzufindenden nahtlosen Übergang von Heil- zu Kollektivritualistik nicht in ausreichender Weise Rechnung trug – weiterhin daran, dass viele traditionelle Heiler die vorgesehene Oberaufsicht und Lizenzierung durch Angehörige der offiziellen Ärzteschaft ablehnten (MACLEAN & BANNERMAN 1982: 1815–1816, BICHMANN 1987: 63–73, BASTIEN 1992). Diese Formen nicht biomedizinischer Gesundheitsfürsorge sind in häufig fremdkulturelle Krankheitsätiologien eingebunden, die von westlichen Erklärungsansätzen sehr weit abweichen können.

Auch die in ethnomedizinischen Praktiken behandelten Syndrome gelten teilweise als kulturgebunden, zum Beispiel „der böse Blick“ oder *susto*, aber auch das prämenstruelle Syndrom (PMS) im „Westen“ (vgl. FADIMAN 1997, GREIFELD 2003: 23–30). Damit ist auf die sehr verschiedenen Formen von Kooperation und Konkurrenz zwischen „Bio“-Medizin und „Ethno“-Medizin verwiesen (vgl. PFLEIDERER & BICHMANN 1985, BICHMANN 1987, GREIFELD & SCHMIDT 2003, BRUCHHAUSEN 2010: 497–522), welche im Folgenden anhand von Beispielen aus den Zentralanden und Zentralasien stärker thematisiert werden sollen.

### Medizinischer Pluralismus in der Kallawayya-Region (Bolivien)

Die erste Studie, durchgeführt mit freundlicher Unterstützung des „Freundeskreises Indianerhilfe“ in Burscheid bei Köln, hatte das Verhältnis von traditionellem Ritualwesen und westlicher Medizin in der Kallawayya-Region Boliviens zum Thema (vgl. KRESSING 1995, 1997, 1999). Die Region liegt am Ostabhang der Anden, entspricht weitgehend der Provinz Bautista Saavedra im *departamento* La Paz, verfügt über eine Fläche von etwa 2 500 km<sup>2</sup> und wird von ungefähr 25 000 Menschen bewohnt, welche überwiegend die indigene Sprache *Quechua* sprechen. Als ein dialektal sehr differenziertes „Mehrsprachenkonglomerat“ stellt Quechua die „Indianersprache“ mit der größten Sprecherzahl auf dem amerikanischen Doppelkontinent dar und wird von etwa acht bis zwölf Millionen Menschen in den Andenstaaten Peru, Ecuador, Bolivien, im Nordwesten Argentiniens und im äußersten Süden Kolumbiens verwandt. Es war die Sprache des Inka-Reichs (*Tawantinsuyu*) und ist in kolonialer Zeit von den Spaniern noch weiter über sein ursprüngliches Sprachgebiet hinaus verbreitet worden.

Die Kallawayya-Region weist eine überdurchschnittliche Dichte von indigenen Heilern auf, weshalb das Gebiet 2003 zum Weltkulturerbe der UNESCO erklärt wurde (RÖSING 2008) – seine Bewohner stehen seit nunmehr 15 Jahren sozusagen „unter Kulturschutz“. Neben der traditionellen indianischen Medizin bestehen in der Region Einrichtungen einer rudimentären westlichen Gesundheitsversorgung, nämlich ein kleines Hospital, dessen Ärzte meistens abwesend sind, und

ein über private Spendengelder finanzierter Sanitätsposten einer nicht-regierungsgebundenen Organisation, die in der Region einfach als *farmacia* (Apotheke) bezeichnet wird.

Angeichts der Tatsache, dass in der Kallawayya-Region ein über Jahrhunderte gewachsenes traditionelles Heilwissen vorzufinden ist (BASTIEN 1987, ABDEL-MALEK *et al.* 1995) stellt sich die Frage, ob diese Gesundheitseinrichtungen angesichts der „Überversorgung“ mit traditionellen Heilern überhaupt gebraucht werden. Zur Beantwortung dieser Fragen wertete ich in den 1990er Jahren die Krankenakten des kleinen Hospitals und der Gesundheitsstation in der Region aus, begleitete den Sanitäter bei Hausbesuchen in weit entfernten Dörfern der Region und befragte die Bevölkerung (*campesinos, indígenas*), was sie im Krankheitsfall tut. Hinzu kam die Auswertung von Volkszählungsdaten für die Region (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 1992).

### Ergebnisse einer Studie zu Determinanten der Heilerwahl

Die Ergebnisse dieser Erhebung waren durchaus widersprüchlich: Die befragten Einwohner der Region sagten weitestgehend einhellig, dass sie sich im Krankheitsbild auf die örtlichen *médicos kallawayas* und *jampiqkuna* (abgeleitet vom Quechua-Verb *jampiy* „heilen“) verlassen. Wie zum Beispiel Dokumente aus der ländlichen Erwachsenenbildung für *campesinos/campesinas* zeigen (COMUNIDAD EDUCATIVA AYNIKUSUN 1994), besteht ein ganz deutliches Misstrauen gegenüber dem staatlichen Krankenhaus. Es wird mit sichtlichem Stolz auf die ethnomedizinisch orientierte Automedikation verwiesen und die ausschließliche Inanspruchnahme der *médicos kallawayas* im Krankheitsfall betont.

Die Krankenakten gaben demgegenüber ein ganz anderes Bild wieder. Sie zeigen, dass so gut wie jeder dritte Einwohner der Region in einem Zeitraum von sieben Jahren mindestens einmal eine der drei biomedizinischen Gesundheitseinrichtungen aufsuchte. Somit wird hier die aus der Literatur bekannte Diskrepanz zwischen Morbiditätsstudien, die auf Interviews beruhen, und solchen, die auf klinischen Studien beruhen, bestätigt (vgl. HAHOLD & KROEGER 1987).

Bezüglich der Verteilung nach den mitein-

ander verknüpften Variablen Schichtzugehörigkeit und Ethnizität, d. h. der Dichotomie *mestizo* (Angehöriger der ländlichen Oberschicht) versus *campesino* (indianischer Bauer) war festzustellen, dass ein Drittel der Konsultationen sowohl im Krankenhaus wie auch in der Krankenstation auf „Mestizen“ entfiel, obwohl diese nur 5 % der Bevölkerung ausmachen. Zwei Drittel der Gesamtkonsultation entfielen auf indianische Bauern über 15 Jahre, die 55 % der Gesamtbevölkerung stellen, d. h. Männer waren als Klientel der biomedizinischen Einrichtungen überrepräsentiert. Als wichtigste Determinanten der Wahl zwischen traditionellen Heilern und den Einrichtungen der westlichen Medizin stellten sich insgesamt die geographische Erreichbarkeit der Einrichtungen (zu Fuß), Schichtzugehörigkeit und Ethnizität (*campesino/a* versus *mestizo/a*) sowie Alter und Geschlecht der Patienten heraus.

### Plädoyer für kultursensible „biomedizinische“ Gesundheitsversorgung

Eine weitere wichtige Rolle spielte die kulturelle Kongruenz im Wertesystem von Gesundheitseinrichtung und Patienten, denn der Vergleich der Konsultationen in den beiden biomedizinischen Einrichtungen (Hospital versus Krankenstation/*farmacia*) zeigte, dass die *farmacia* zum einen 40 % mehr Behandlungen als das Krankenhaus aufweist, zum anderen die Zahl an Mehrfachkonsultationen sehr viel höher war (1 261 Patienten bei 3 000 Konsultationen). Daraus lässt sich eine entschieden höhere Akzeptanz der *farmacia* als des Hospitals innerhalb der Bevölkerung ableiten, und zwar sowohl bei den *campesino/as* als auch bei den Mestizen, wenngleich sich bezüglich des Krankheitsspektrums nachweisen lässt, dass chronische Infektionskrankheiten eher in der *farmacia*, akute Infektionskrankheiten eher im Hospital behandelt werden.

Gerade die stärkere Beliebtheit der Krankenstation gegenüber dem Hospital zeigt, dass einer kultursensiblen, patientenorientierten Krankenversorgung durch muttersprachliche *indigenas* entscheidende Bedeutung zukommt – gerade auch, um die dringend benötigte allopathische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Auch die informellen Befragungen zeigten eine insgesamt größere Akzeptanz der von einer NGO

(*organización no gubernamental*/ONG) getragenen Institution der „kulturell informierten Entwicklungshilfe“ gegenüber der staatlichen Krankenversorgung – auch bei Angehörigen der ländlichen Oberschicht. Bei allen Bevölkerungsgruppen der Region wird somit die Gesundheitsversorgung durch Fachkräfte vom Typ des *community health workers* (Spanisch: *promotor de salud*) gegenüber den zwangsversetzten Ärzten bevorzugt, die in der Region ihr *año de provincia* ableisten (staatliches Pflichtjahr, vgl. das deutsche PJ) ableisten. Diese Ärzte werden als jung, unerfahren und demotiviert eingestuft.

Die statistische Auswertung der Krankenakten dokumentiert somit einen akuten Bedarf an allopathischer Medizin. Unterstützt wird diese Aussage durch die Zensusdaten, denen zufolge die Mortalitätsrate in der Provinz Bautista Saavedra mit 2,6 % sehr deutlich über dem landesweiten bolivianischen Durchschnitt von 1,8 % liegt. Es ist somit zu folgern, dass die traditionelle „Ethnomedizin“ naheliegender Weise keinesfalls allein die Gesundheitsbedürfnisse der örtlichen Bevölkerung befriedigen kann, auch wenn eine gegenüber dem landesweiten Durchschnitt überproportionale Inanspruchnahme traditioneller Heiler vorliegt und die Zensusdaten eine geringere Inanspruchnahme westlicher Einrichtungen als im nationalen Durchschnitt zeigen. Stattdessen kann eine einseitige Favorisierung der „Ethnomedizin“ durchaus zur Vernachlässigung der Gesundheitsbedürfnisse der indigenen Bevölkerung führen (KRESSING 1995, 1997, 1999). Kennzeichnend dafür ist eine Anekdote aus einem anderen Andenland (KNIPPER 2007: 219): Zwei Kanus treffen sich auf dem Río Napo im östlichen Ecuador – in dem einen Boot sitzen Indianer, in dem anderen Mestizen und „Weiße“, welche die *indigenas* fragen: „Wohin des Wegs?“ – „In die Stadt, zum Arzt“, rufen die Indianer. „Ins Dorf, zum Schamanen“, antworten die Mestizen und Weißen. – Diese Begebenheit zeigt, dass die indigene Bevölkerung ein dringendes Bedürfnis nach biomedizinischer Versorgung hat, während gleichzeitig die Ethnomedizin als „schick“ bei städtischen Ober- und Mittelschichten gilt. Der gegenwärtige „Boom“ der Nutzung von Ethnomedizin, Komplementär- und Alternativmedizin durch Menschen im „Westen“ weist dazu deutliche Parallelen auf (vgl. ALBRECHT 2010).

## Schamanismus in Ladakh

Mein zweites Beispiel beschäftigt sich mit der Heilerwahl und den gesundheitlichen Funktionen schamanischer Rituale in Ladakh im äußersten Nordwesten Indiens. Ladakh besteht aus den beiden mit begrenzter Autonomie ausgestatteten Bezirken Leh und Kargil im indischen Bundestaat Jammu und Kaschmir. Kulturell ist die Region tibetisch geprägt. Sie gelangte auf Grund historischer Zufälligkeiten im 19. Jahrhundert unter die Jurisdiktion Britisch-Indiens. Ladakh ist wegen seiner Grenzlage zu Pakistan und China hochgradig militarisiert und weist eine zur Hälfte buddhistische, zur anderen Hälfte muslimische Bevölkerung auf. Die Region ist weiterhin durch eine außerordentliche Vielfalt verschiedener Heilsysteme gekennzeichnet (KUNH 1988), die zum Teil religiös gebunden sind. Neben Praktizierenden der traditionellen tibetischen Medizin (*bod sman*), den *am-chi*, gibt es buddhistische Mönche und moslemische Scheichs, die Heilungen vornehmen, Praktizierende der hinduistisch orientierten *Ayurveda*-Medizin und allopathische Ärzte (durchaus auch einheimische Ladakhis) – und so genannte „Gott-Menschen“ – *lha-mo* (weiblich) oder *lha-pa* (männlich) genannt, die in selbst induzierten Trance-Zuständen mit Besessenheitsphänomenen (*zhug-ces*) Heilungen und Divinationen vornehmen (DAY 1989, YAMADA 1993), weshalb sie von englisch-sprachigen Ladakhis auch als *oracles* bezeichnet werden (KRESSING 2003a, 2003b, 2012b, 2016; Transliteration der Termini aus dem Ladakhi und Tibetischen in Anlehnung an WYLIE 1959: 261–267).

In dem zwischen 1998 und 2001 von der Stiftung Volkswagenwerk geförderten Projekt *Fremdheitslage, Fremdheitslast und Fremdheitslösungen im buddhistischen Ladakh* mit insgesamt fünf europäischen und vier indischen Mitarbeitern wurde versucht, die dort zu verzeichnende, rapide Zunahme der Zahl der seit den 1990er Jahren schamanisch orientierten Volksheiler in Beziehung zu massiven Fremdheitseinflüssen in der Region zu setzen. Wir versuchten, diese „Proliferation“ mit der hochgradigen Militarisierung der Region, die Zugehörigkeit zum moslemischen Bundesstaat Jammu und Kaschmir (die von der ladakhischen Bevölkerung durchwegs als bedrückend angesehen wird) und Einflüssen des seit den 1970er Jah-

ren bestehenden Kultur- und Trekking-Tourismus in Beziehung zu setzen. Entsprechende Hinweise konnten wir in insgesamt 120 narrativen Interviews und beim Besuch von fünfzehn Heil- und Divinations Sitzungen der *oracles* finden. Die narrativen Interviews wurden in einem aufwändigen Verfahren in der damaligen Abteilung Kulturanthropologie an der Universität Ulm transkribiert und transliteriert.

Wie sich feststellen ließ, nehmen die schamanischen Heilerinnen und Heiler nicht nur kurative Funktionen wahr, sondern wirken auch als Wahrsagerinnen und Lebensberater, so dass ihnen auch eine präventive medizinische Funktion zukommt (KRESSING 2012b). In den Heil- und Divinations Sitzungen kann man Soldaten der indischen Armee neben einheimische Bäuerinnen und Bauern, Moslems neben Buddhisten und zum Teil auch westliche Schamanenforscher finden – manchmal sogar mehr *Researcher* mit Übersetzern als Patienten! In den Heil- und Divinationssitzungen fanden sich teilweise auch dieselben buddhistischen Mönche, die kurz zuvor in einem Interview noch erklärt hatten, dass sie die Praktiken der *lha-mo* und *lha-pa* für nicht vereinbar mit den buddhistischen Doktrinen des *dharma* hielten.

## Heil und Gesundheit aus der Ferne?

Das damit beschriebene, in sich oft widersprüchlich erscheinende Oszillieren zwischen ganz verschiedenen, auch ideologisch sehr divers orientierten Heilinstanzen kann als weltweit verbreitetes Phänomen nachgewiesen werden. Die Konfrontation von kulturell unterschiedlichen Konzepten von Diagnose und Therapie findet nicht nur in vermeintlich weit entfernten Ländern der südlichen Erdhälfte, sondern im „globalen Norden“ statt. Grund dafür ist vor allem das wachsende Angebot aus dem Bereich der Komplementär-, Alternativ- und Ethnomedizin auf dem globalisierten Gesundheitsmarkt (vgl. BRUCHHAUSEN 2010). Diese Heilverfahren werden zum Teil mehr von Westeuropäern als von Einheimischen in Anspruch genommen und sind häufig in der Form ihrer Performanz speziell auf eine westliche Klientel zugeschnitten. Konträr zur Attraktivität „ethnomedizinischer Heilverfahren“ für Medizintouristen aus westlichen Ländern und auch für die einheimische städtische Oberschicht zei-

gen Studien aus Südamerika, dass indigene Bevölkerungen „... bei akuten Beschwerden dazu tendieren – im Anschluss an die Selbsthilfe durch die Hausmedizin – zunächst ins Krankenhaus zu gehen oder andere biomedizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, bevor sie sich einheimischen Heilern zuwenden“ (KNIPPER & WÖRRLE 2010: 201f).

### **Pharmazeutische Verwertungsinteressen, Indigenous Knowledge und Intellectual Property Rights**

In der therapeutischen Anwendung der „Ethnomedizin“ werden vornehmlich Versatzstücke außereuropäischer Medizintraditionen in eklektizistischer Weise im Sinne eines „spirituellen Selbstbedienungsladens“ übernommen, Medizin-konzepte wie *Ayurveda* auf ihre Wellnessaspekte reduziert (NARAINDAS 2011, 2014), schamanische Rituale in West-Amazonien eigens für Medizintouristen inszeniert (BRABEC DE MORI 2015). Die Vereinnahmung fremdkultureller „Weltanschauungen“ sowie der skizzierte Umgang mit der „Handelsware Spiritualität“, der „Handelsware Gesundheit“ und der „Handelsware Pharmazie“ haben wesentliche ethische Implikationen, z. B. die Frage nach geistigen Eigentumsrechten (*intellectual property rights*) und *benefit sharing*, die bislang nur ungenügend gelöst sind – insbesondere, wenn es um die Eigentumsrechte marginalisierter indigener Völker (*indigenous peoples*) und die Weltmarktpresenz tribaler Gemeinschaften in Folge von Fremd- und Eigenvermarktung geht (POSEY *et al.* 1995, COMAROFF 2009).

Dies betrifft etwa die zahlreichen pharmazeutischen Produkte der sogenannten „Regenwaldapotheke“, welche inzwischen als Ergebnis der schon in der frühen Kolonialzeit einsetzenden Bioprospektion (FREIN 2008; HOKKANEN 2012) auf dem globalen ethnomedizinischen Markt präsent sind: Beispiele sind das Muskelrelaxans Tubocurarin (aus *Curare* gewonnen), das in der Herzchirurgie eingesetzte Fischgift *Curianol*, das schon seit 1820 genutzte *Chinin* – Ursprung ist der amazonische Chinarindenbaum (*Cinchona pubescens*) – oder das Madagaskar-Immergrün (*Catharantus roseus*), aus dem die Alkaloide *Vinblastin* und *Vincristin* gegen die Hodgkin-Krankheit bzw. lymphatische Leukämie gewonnen werden.

### **„Quo vadis?“ Global Health und Biomapping**

Wie in den bisherigen Ausführungen gezeigt werden sollte, ist das Themenspektrum von „Global Health“ außerordentlich weit. Das verleiht dem Begriff „Global Health“ zum einen eine gewisse Beliebigkeit, bietet andererseits aber auch vielfältige Anschlussmöglichkeiten an Themen von internationaler Gesundheitsfürsorge und Rahmenbedingungen menschlicher Gesundheit weltweit.

Insgesamt zeigt sich, dass die Vermarktung indigener Völker nicht allein deren traditionelles Wissen umfasst, sondern möglicherweise auch die Angehörigen indigener Völker selbst zum Objekt medizinisch bestimmter Verwertungsinteressen machen könnte. Indigene Völker sind seit Beginn der 1990er Jahre schwerpunktmäßig drei internationalen *Biomapping*-Projekten (*Human Genome Diversity Project*, *HapMap-Project*, *Genographic Project*) zur Kartierung ihres Genpools ausgesetzt, um u. a. genetisch bedingte Krankheitsresistenzen zu ermitteln (vgl. BERTHIER *et al.* 2012). Möglicherweise setzt ein gezielter Tourismus zum Zwecke pharmakologischer Behandlungen und gegebenenfalls auch pränataler Genmodifikation ein (RUBEIS & STEGER 2016), zum Beispiel in Form der *Mitochondrial Replacement Techniques* (MRT). Die Erweiterung der medizintouristischen Angebotspalette wird sich damit in Zukunft nicht allein auf kostengünstigere oder kompetentere Diagnose-, Heil- und Pflegeleistungen, sondern zunehmend auch auf die biologische Diversität, inklusive der des Menschen erstrecken. Durch rezente Erscheinungen des Organtransplantations- und Implantationstourismus ist dieser Weg bereits vorgezeichnet (vgl. KRESSING 2017: 158–159).

### **Danksagung**

Dieser Beitrag geht auf einen Vortrag im Oberseminar des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität Ulm im Dezember 2016 zurück.

**Literatur**

ABDEL-MALEK S., BASTIEN J. W., MAHLER W. F. *et al.* 1995. Drug Leads from the Kallawayas Herbalists of Bolivia. Background, Rationale, Protocol and Anti-HIV Activity. *Journal of Ethnopharmacology* 50: 157–166.

ALBRECHT H. 2010. Mediziner Ausbildung. Wehe! Wehe! Homöopathie, Akupunktur, Ayurveda – der Aberglaube frisst die moderne Medizin. Zunehmend lehnen deutsche Hochschulen alternative Verfahren. *ZEIT Online* 9. September. <http://www.zeit.de/2010/37/M-Alternativmedizin> (Aufruf 8. Februar 2018).

BASTIEN J. W. 1987. *Healers of the Andes: Kallawayas Herbalists and Their Medicinal Plants*. Salt Lake City, UT: University of Utah Press.

----- 1992. *Drum and Stethoscope. Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*. Salt Lake City, UT: University of Utah Press.

BEAGLEHOLE R. & BONIA R. 2010. What is Global Health? Invited Editorial. *Global Health Action* 3: 5142. DOI 10.3402/gha.v3i0.5142.

BERTHIER-FOGLAR S., COLLINGWOOD-WHITTICK S. & TOLAZZI S. (Hg) 2012. *Biomapping Indigenous Peoples? Towards an Understanding of the Issues*. Amsterdam, New York: Rodopi.

BICHMANN W. 1987. Traditionelle Medizin und Basisgesundheitsversorgung – eine ethnomedizinische Perspektive. In: Bös B. & Wörthmüller A. (Hg). *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. (ASA-Studien 10). Saarbrücken: Karl Duisberg-Gesellschaft: 63–73.

BOOKMAN M. Z. & BOOKMAN K. R. 2007. *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave McMillan.

BOVARD J. 1987. *The Continued Failure of Foreign Aid*. (Cato Policy Analysis 65). 31. Januar. <https://object.cato.org/~sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa065.pdf>. (Aufruf 29. November 2016).

BRABEC DE MORI B. 2015. *Die Lieder der Richtigen Menschen. Musikalische Kulturanthropologie der indigenen Bevölkerung im Ucayali-Tal, Westamazonien*. Innsbruck: Helbling.

BRUCHHAUSEN W. & TINNEMANN P. 2011. Global Health in der medizinischen Ausbildung: Die Universitäten sind in der Pflicht. *Deutsches Ärzteblatt* 108, 42: A-2223, B-1876, C-1854.

BRUCHHAUSEN W. 2010. „Biomedizin“ in sozial- und kulturwissenschaftlichen Beiträgen. Eine Begriffskarriere zwischen Analyse und Polemik. *Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 18: 497–522.

BUNDESVEREINIGUNG DER MEDIZINSTUDIERENDEN 2006. *Kerncurriculum für die medizinische Ausbildung in Deutschland. Ein Vorschlag der Medizinstudierenden Deutschlands*. Essen: bvmid.

COMAROFF J. 1978. Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. *Social Science and Medicine* 12B: 247–254.

COMUNIDAD EDUCATIVE AYNIKUSUN. 1994. *Memoria primer curso taller de administración communal central Charazani 7–8 de mayo*. Charazani: Centro de educación técnico humanístico autogestionario.

DAY S. 1989. *Embodying Spirits: Village Oracles and Possession Ritual in Ladakh, North India*. London The London School of Economics and Political Science (LSE).

FADIMAN A. 1997. *The Spirit Catches You and You Fall Down. A Hmong Child, her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*. New York: Farrar, Strauss & Giroux.

FREIN M. 2008. *Die Biopiraten. Milliardenengeschäfte der Pharmaindustrie mit dem Bauplan der Natur*. Berlin: Econ.

GABRYSCH S. & PHILLIP J. 2018. Germany must invest in its Global Health Academic Workforce. *The Lancet* 391: 656–657.

GLOBALISATION AND HEALTH INITIATIVE (GandHI) (Hg) 2009. *Lehre am Puls der Zeit – Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen*. Bonn: bvmid.

GREIFELD K. 2003. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer.

GREIFELD K. & SCHMIDT B. E. 2003. Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas. In GREIFELD K. (Hg), a. a. O.: 105–135.

HAHOLD A. & KROEGER A. 1987. *Krankheitsbewältigung im Andenhochland Perus. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung*. (Medizin in Entwicklungsländern 23). Frankfurt a. M.

HERRICK D. M. 2007. *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. (National Center for Policy Analysis Policy Report 304). Dallas: NCPA: 1–35.

HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ (Hg) 2017: *Zur Internationalisierung der Curricula. Empfehlung der 22. Mitgliederversammlung der HRK am 9. Mai in Bielefeld*. [https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Internationalisierung\\_Curricula\\_Empfehlung\\_09.05.2017.pdf](https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Internationalisierung_Curricula_Empfehlung_09.05.2017.pdf) (Aufruf 30. Oktober 2017).

HOKKANEN M. 2015. Imperial Networks, Colonial Bioprospecting and Burroughs Wellcome & Co.: The Case of Strophanthus komba from Malawi (1850–1915). *Social History of Medicine* 25: 589–607.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1992. *Censo nacional de población y vivienda*. La Paz: República de Bolivia, ministerio de planeamiento y coordinación.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, ALMA-ATA, USSR, 6–12 September 1978. *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO.

KICKBUSCH C. F., HOLZSCHEITERA., HUNGER I., JAHN A., KÖHLER C., RAZUM O. & SCHMIDT J.-O. 2017. Germany’s Expanding Role in Global Health. *The Lancet* 390: 898–912.

KLEINMAN A. 2010. The Art of Medicine. Four Social Theories for Global Health. *The Lancet* 375: 1518–1519.

KNIPPER M. & WÖRRLE B. 2010. Einleitung zum Kapitel „Traditionelle Medizin als strategische Ressource“. In DILGER H. & HADOLT B. (Hg). *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt a. Main: Peter Lang: 201–202.

KNIPPER M. 2007. Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der „traditionellen Medizin“ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert. (Historische Politikforschung, Band 12). In CHRISTIAN BÜSCHGES D. & PFAFF-CZARNECKA J. (Hg). *Die Ethnisation des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt am Main: Campus: 216–247.

- KOPLAN J.P., BOND T.C., MERSON M.H. *et al.* 2009. Towards a Common Definition of Global Health. *The Lancet* 373: 1993–1995.
- KRESSING F. 1995. *Westliche Medizin in der Kallawaya-Region. Kontrastive Analyse des Patientenverhaltens in den Anden Boliviens am Beispiel verschiedener Gesundheitseinrichtungen in der Provinz Bautista Saavedra.* (Ulmer Kulturanthropologische Schriften 6). Ulm: Abteilung Kulturanthropologie der Universität/UKAS.
- 1997. *La medicina occidental en la región kallawaya, Bolivia.* (Research papers – Documentos de trabajo – Documents des recherches – Forschungsberichte 1). Ulm: Abteilung Kulturanthropologie der Universität.
- 1999. Von Ärzten, Heilern und Campesinos. *Quetzal. Magazin für Kultur und Politik in Lateinamerika* 17: 26.
- 2003a. The Increase of Shamans in Contemporary Ladakh. *Asian Folklore Studies* 62: 1–23.
- 2003b. Traumatisierung durch „das Fremde“ in Ladakh? Wie ein kleines Volk im Himalaja Außeneinflüsse bewältigt. (Sonderheft über Lebensgeschichten. Trauma und Erzählung). *Psychosozial* 91: 99–106.
- 2012a. Heil und Gesundheit aus der Ferne – Einige ethische Überlegungen zu interkulturellen Transferprozessen in der Komplementär- und Alternativmedizin. *Zeitschrift für Medizin, Ethik, Recht* 1: 6–14.
- 2012b. Schamanismus als medizinische Prävention? Ein Fallbeispiel aus Ladakh (Nordwest-Indien). In JÜTTE R. (Hg). *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* (Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung). Stuttgart: Steiner: 229–252.
- 2016. Possible Preventive Aspects of Shamanism—An Example from Ladakh, Northwest India. *Curare* 38, 3: 213–223.
- 2017. “Benefit or burden?” Ethische Probleme des internationalen Medizintourismus. In FREWER A., BERGEMANN L., HACK C. & ULRICH H.G. (Hg). *Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin.* (Jahrbuch Ethik in der Klinik 10). Würzburg: Königshausen & Neumann: 147–166.
- 2018. Aspekte kultureller Differenz im internationalen Medizintourismus. In COORS M., PETERS T. & İLKILIÇ I. (Hg). *Umgang mit kultureller Differenz in der Gesundheitsversorgung.* (Sonderheft Ethik in der Medizin). Heidelberg, New York: Springer. DOI: 10.1007/s00481-018-0498-4.
- KUHN A. S. 1988. *Heiler und Patienten auf dem Dach der Welt. Ladakh aus ethnomedizinischer Sicht.* (Medizin in Entwicklungsländern 25). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- LEOPOLDINA – NATIONALE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN LEOPOLDINA (Hg) 2015. *Public Health in Germany. Structures, Developments and Global Challenges.* Halle: Leopoldina.
- MACLEAN U. & BANNERMAN R.H. 1982. Utilization of Indigenous Healers in National Health Systems. *Social Science and Medicine* 16: 1815–1816.
- MEWS C., SCHUSTER S., VAJDA C., LINDTNER-RUDOLPH H., SCHMIDT L.E., BÖSNER S., GÜZELSOY L., KRESSING F., HAL-LAL H., PETERS T., GESTMANN M., HEMPEL L., GRÜTZMANN T., SIEVERS E. & KNIPPER M. 2018. Kulturelle Kompetenz und Global Health – Perspektiven für die medizinische Ausbildung. *GMS Journal for Medical Education* 35.
- MURRAY C. J. L. & LOPEZ A. D. (Hg) 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, Massachusetts, London: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
- NARAINDAS H. 2011. Von Korallen, Chipkarten, medizinischen Informationen und der Jungfrau Maria: Heilpraktiker in Deutschland und die Aneignung der Ayurveda-Therapie. *Zeitschrift für Ethnologie* 136: 93–114.
- 2014. Nosopolitics. Epistemic Mangling and the Creolization of Contemporary Ayurveda. In DINGES M. (ed). *Medical Pluralism and Homeopathy in India and Germany (1810–2010).* Stuttgart: Steiner: 105–136.
- PFLEIDERER B. & BICHMANN W. 1985: *Krankheit und Kultur. Einführung in die Ethnomedizin.* Berlin: Reimer.
- POSEY D. A., ARGUMEDO A., DA COSTA E SILVA E., DUTFIELD G. & PLENDERLEITH K. 1995. *Indigenous Peoples, Traditional Technologies and Equitable Sharing: International Instruments for the Protection of Community Intellectual Property and Traditional Resource Rights.* Ch-Gland: International Union for the Conservation of Nature.
- RÖSING I. 2008. *Der Anden-Alltag. Im Schatten der UNESCO-Weltkulturerbe-Ernenennung der Kallawaya-Kultur.* A–Gnas: Weishaupt.
- RUBEIS G. & STEGER F. 2016. Genome Editing in der Pränatalmedizin. Eine medizinethische Analyse. In: SHARON BYRD B., HRUSCHKA J. & JOERDEN J. C. (Hg), *Jahrbuch für Recht und Ethik – Annual Review of Law and Ethics* 24. Berlin: Duncker & Humblot: 143–159.
- TAHIR A. A., ALHASSAN A., CHUNG S., LEONARD J. & AHMAD R. 2013: *How Nigerians Spend Billions on Medical Tourism.* Daily Trust 5. Januar. <http://allafrica.com/stories/201301071129.html> (Aufruf 20. März 2018).
- VEREINTE NATIONEN 2016. *Welthabitat-Konferenz.* [http://www.unhabitat.org/downloads/docs/5636\\_27492\\_SOWCR%2022.pdf](http://www.unhabitat.org/downloads/docs/5636_27492_SOWCR%2022.pdf), (Aufruf 9. Dezember 2016).
- VOIGTLÄNDER S., BERG-BECKHOFF G. & RAZUM O. 2008. *Gesundheitliche Ungleichheit: Der Beitrag kontextueller Merkmale.* Frankfurt am Main: Peter Lang.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed) 2017. *10 Facts on Health Inequities and their Causes.* April 2017. [http://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/en/](http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/) (Aufruf 13. März 2018).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed) 1981. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000.* Geneva: WHO.
- WYLIE T. 1959. A Standard System of Tibetan Transcription. *Harvard Journal of Asiatic Studies* 22: 261–267.
- YAMADA T. 1993. Spirit Possession and Shamanism among the Ladakhi in Western Tibet. In HOPPÁL M. & HOWARD K. (eds). *Shamans and Cultures. Regional Aspects of Shamanism.* Budapest: Akadémiai Kiadó (ISARS): 214–222.

# Medizinanthropologie in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Erfahrungen aus Wien

RUTH KUTALEK

*Getting doctors and medical students interested in social science in an era where scientism is triumphant is very difficult (...) it's a matter of doing missionary work.* (Leon EISENBERG<sup>1</sup>, persönliche Kommunikation 2006).

## Einleitung<sup>2</sup>

Die meisten medizinischen Universitäten oder Fakultäten in den USA, Kanada oder Großbritannien haben sozialwissenschaftliche Inhalte in ihre Curricula in mehr oder weniger großem Umfang einbezogen. Oft werden diese Inhalte unter den Begriffen „medical humanities“, „behavioral sciences“ oder „social sciences basic to medicine“ subsumiert. Seit Jahrzehnten wird auch gefordert, die Medizinanthropologie in die reguläre Aus- und Weiterbildung von MedizinerInnen zu inkludieren (CARRESE & MARSHALL 2010). In den 1970er und 1980er Jahren hat es mehrere einflussreiche Publikationen zum Thema Anthropologie in der klinischen Praxis gegeben (u. a. KLEINMAN *et al.* 1978; CHRISMAN & MARETZKI 1982), und an einigen medizinischen Fakultäten und Universitäten werden seither medizinanthropologische Inhalte angeboten. Nach und nach ist es gelungen, Medizinanthropologie im Medizinstudium auch pflichtig zu verankern. An der Harvard University etwa gibt es seit 2006 Medizinanthropologie wahlpflichtig im regulären Studium, an der Medizinischen Universität Wien ist dies pflichtig seit 2001 der Fall (vgl. KUTALEK 2011). Seit kurzem wird MA auch an anderen Medizinischen Fakultäten in Österreich angeboten, so etwa an der Sigmund Freud Privatuniversität in Wien. Inhaltlich setzen sich diese Lehrveranstaltungen meist mit den Themen „diversity“, „culture in healthcare“ oder mit „cultural competency“ auseinander. Ein spezielles Anliegen der Medizinanthropologie war und ist es, den sozialen und kulturellen Kontext von Krankheit verschiedenen Medizinberufen verstehbar zu

machen sowie Stereotypisierungen und Generalisierungen und deren problematische Anwendungen aufzuzeigen und zu vermeiden.

## Warum Medizinanthropologie im medizinischen Unterricht?

Abraham Flexner unterstrich in seinem 1910 erschienen berühmten Bericht *The Flexner Report* zur medizinischen Ausbildung in den USA und in Kanada die Wichtigkeit naturwissenschaftlicher Grundlagen für die Medizin. Dieses naturwissenschaftliche Denken sollte aber nicht die wichtigste oder sogar alleinige Grundlage für klinische Entscheidungen sein. Er kritisierte, dass in der US-amerikanischen medizinischen Ausbildung der Schwerpunkt zu sehr auf biologischen Aspekten liege und dass der kulturelle und philosophische Hintergrund schmächtig vernachlässigt würde (COOKE *et al.* 2006, FLEXNER 1940). Bis heute werden ÄrztInnen systematisch dazu sozialisiert, andere Wissensbereiche außerhalb der Naturwissenschaften gering zu schätzen. Ohne Sozialwissenschaften in der Medizin ist es aber schwer, die modernen Probleme der Gesundheitsversorgung zu meistern. MedizinerInnen sollten den breiteren Fokus der Sozialwissenschaften kennen, um etwa soziale Determinanten von Gesundheit zu erkennen und auch konstruktiv eingreifen zu können (SALES & SCHLAFF 2010).

In den 1960–70er Jahren erhob von allen Sozialwissenschaften vor allem die (Medizin-)Anthropologie den Anspruch, im medizinischen Unterricht als Korrektiv zu fungieren. So stellte etwa Montagu fest: „Anthropology [...] is the one science or congeries of sciences which can help humanize the teaching and practice of medicine“ (1963: 163). Und auch ROUSH *et al.* (1976: 120) sehen das ganz ähnlich: “[...] patient care might be rendered more humanely and with greater results through the influence of medical anthropology.”

Heute erkennt man immer mehr den Wert der Sozialwissenschaften für den medizinischen Unterricht. So skizzierte etwa der Dekan der Harvard Medical School im „Harvard Medical School Strategic Planning“:

Our hope is that by merging our strengths in both social science and biomedicine, HMS can engage members of both communities to make the bench researchers' discoveries more effective through the knowledge of health care delivery systems – in the United States and in the developing world – that the social scientists can provide (FLIER 2008: 10f).

Diese Einstellung spiegelt sich auch in den Qualifikationsprofilen für MedizinabsolventInnen etwa in den USA, Großbritannien, der Schweiz und auch Österreich, in denen soziale und kulturelle Kompetenzen gefordert werden (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 2007, BÜRGI *et al.* 2008, GENERAL MEDICAL COUNCIL 2018, MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN 2010). So formulierte der britische GENERAL MEDICAL COUNCIL (2018: 20, 16), dass AbsolventInnen der Medizin wichtige Bereiche der Sozialwissenschaften verstehen müssen.

Newly qualified doctors must recognise biomedical, psychological and social science principles of health and disease, and integrate and apply scholarly principles to the care of patients. (...) (...) (they must appreciate) the importance of the links between pathophysiological, psychological, spiritual, religious, social and cultural factors for each individual.

Im neuen Medizincurriculum Wien umfasst das Qualifikationsprofil der AbsolventInnen ebenfalls die Bereitschaft auf medizinisch relevante geschlechtsspezifische, soziale und kulturelle Unterschiede einzugehen. (MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN o. D.)

Und im Schweizer Lernzielkatalog für den medizinischen Unterricht wird festgehalten, dass die Ärztin/der Arzt neben den somatischen und psychologischen Aspekten auch den sozialen und kulturellen Hintergrund und die Krankheitserfahrung der Patientin/des Patienten berücksichtigen soll (BÜRGI *et al.* 2008). Man mag argumentieren, dass hier von Medizinanthropologie *expressis verbis* nicht die Rede ist, aber wer wäre besser geeignet, diese Ansprüche in einem medizinischen Kontext umzusetzen als die Medizinanthropologie?

Im Zusammenhang mit der Propagierung der Sozialwissenschaften im Medizinstudium wird die Vermittlung von „kultureller Kompetenz“ als zentral erkannt. Ärztinnen und Ärzte können nicht erwarten, dass sie nur PatientInnen behandeln, die ihren eigenen kulturellen Hintergrund teilen. Sie müssen daher fähig sein, auf ein sehr heterogenes Publikum adäquat einzugehen (FULLER 2002). Die Vermittlung von kultureller Kompetenz ist eine wichtige Strategie, um die Ärztin/Arzt-PatientIn-Beziehung zu verbessern und damit die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, sie verbessert „health outcomes“, wirkt Stereotypisierungen und Diskriminierungen entgegen und reduziert damit Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung (BETANCOURT 2003). Ohne hier in Details gehen zu können, ist der Begriff „kulturelle Kompetenz“ aber nicht unumstritten (KLEINMAN & BENSON 2006). So kritisieren etwa LO & STACEY (2008: 741):

[...] the concept of culture remains unclear when applied to racially and ethnically diverse patients. On the one hand, culture becomes an overly deterministic force that awkwardly lumps members of a given racial and ethnic group together, irrespective of social context and variations within the group. On the other extreme, culture is viewed as largely idiosyncratic and subjective, making standardised cultural competency guidelines nearly impossible to implement.

In der medizinischen Literatur wird oft ein längst überholter Kulturbegriff verwendet, der sehr statisch ist, während man heute Kultur als dynamisch, prozessual und im historischen Kontext eingebettet versteht. Taylor drückt das treffend aus, wenn sie sagt: “[...] the literature on cultural competence can give one the slightly spooky sensation of having encountered the Ghost of Anthropology Past” (TAYLOR 2003: 556).

Oft wird in der Diskussion um kulturelle Kompetenz auch der wichtige Einfluss von sozialen Faktoren in der Gesundheitsversorgung diverser Bevölkerungen wenig oder gar nicht berücksichtigt. Kulturelle und soziale Kompetenz kann am ehesten gestärkt werden, indem etwa Einblicke in die Lebenswelt von MigrantInnen oder Minderheiten gegeben werden und indem die Probleme kontextualisiert werden (KNIPPER *et al.* 2010). Dabei geht es nicht darum, eine möglichst große Breite an unterschiedlichen Konzepten zu Krankheit und Gesundheit zu kennen, sondern darum

Sem	Block/Thema	Unterrichtsthema	Unterrichtsform	Kategorie	Studierende
2	Block 6: Der Mensch in Umwelt, Familie, Gesellschaft	Medizinanthropologie und globale Gesundheit	Vorlesung 2 Stunden	Pflichtfach	alle
5	Block 15: Sexualität, Reproduktion, Schwangerschaft und Geburt	Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) aus medizinanthropologischer Sicht	Vorlesung 1 Stunde	Pflichtfach	alle
8	22/23 Public Health	Ethnomedizin, Ethik und Interkulturalität	Vorlesung 2 Stunden	Pflichtfach	alle
8	22/23 Public Health	Ethnomedizinische Aspekte von Alter, Sterben und Tod	Kleingruppen von je 20 Studierenden, 2 Stunden	Pflichtfach	alle
8	24 Projektstudie (Spezielles Studienmodul SSM3) Vorbereitung zur Diplomarbeit	Frei wählbar; u. a. Globale Gesundheit, Migration, Anthropologische Aspekte von Infektionskrankheiten	Seminar 3 Wochen	Wahlfach	6-8
	Global health and humanitarian work	Medical anthropology and infectious diseases, gender and society, applied medical anthropology and NGO work	Vorlesungen, 6 Stunden	Freifach	30-40
	Was ist schon normal? Ansätze für eine moderne, personalisierte Medizin	Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, interkulturell betrachtet	Vorlesung, 3 Stunden	Freifach	20-30
	Leiden Männer anders? Mythen, Fakten, Erklärungsansätze zum Schmerzempfinden und -erleben von Frauen und Männern	Der Welten Schmerz – Medizinanthropologische Perspektiven zum Phänomen Schmerz	Vorlesung, 3 Stunden	Freifach	20-30

Abb. 1: Die Medizinanthropologie im Medizincurriculum Wien (aktualisiert nach KUTALEK 2011)

zu wissen, dass Unterschiede existieren und wie man darauf adäquat reagiert (SKLAR 2018).

Viele Inhalte, die in der Medizinanthropologie klassisch unterrichtet werden, finden über den Themenkomplex „global health“ oder „international health“ in Medizincurricula Eingang (KNIPPER *et al.* 2014, KUTALEK 2013) und sind Lehrplan-Verantwortlichen im medizinischen Kontext mitunter auch leichter vermittelbar. Der Schweizer Lernzielkatalog sieht beispielsweise vor, dass Studierende Kenntnisse in Fragen von „International Health“ aufweisen müssen, etwa das Wissen um internationale Gesundheitsprioritäten und Gesundheits-Determinanten, wie Armut, Hunger, Bevölkerungswachstum, Bildung, Einkommensunterschiede, Gender Unterschiede, Umwelt, Konflikte und Zugang zu medizinischen Ressourcen (BÜRGI *et al.* 2008).

Es geht nicht nur darum, das verstärkte Interesse der Studierenden an den Themenbereichen „globale Gesundheit“ und „Migration und Gesundheit“ aufzugreifen – was unzweifelhaft eine der Gründe ist, warum etwa viele amerikanische Universitäten ihr „Global Health“-Programm ausbauen – es geht auch darum, das „health for all“-Prinzip der WHO als ethische und moralische

Grundlage in den medizinischen Unterricht einzubringen (BOZORGMEHR *et al.* 2009). Die WHO fordert schon seit über 25 Jahren, dass sich Universitäten für benachteiligte Bevölkerungen im Gesundheitsbereich verstärkt engagieren. Dieses Engagement sollte in allen Bereichen stattfinden, in der Ausbildung, in der Forschung und im Service-Angebot.

Universities have unique potential to stimulate progress and transform societies, some of which is inherent in the talents and resources they possess, and some in their capacity to build productive partnerships with other forces in society. [...] universities can play a catalytic role in mobilizing energies to improve the cause of health of the disadvantaged. (BLUMENTHAL & BOELEN 2001: 4)

### Medizinanthropologie im neuen Curriculum

Das neue Medizincurriculum in Wien wurde 2001 substanziell reformiert. Während es früher alleinstehende Fächer wie Anatomie, Physiologie oder Pharmakologie gab, wird heute in integrativen thematischen Modulen unterrichtet. Im ersten und zweiten Studienabschnitt gibt es Themen-

blöcke, die vor allem in Vorlesungen unterrichtet werden, und parallel dazu Praktika, Seminare oder Kleingruppen, in denen Bezüge zum klinischen Unterricht hergestellt sollen. Im dritten Studienabschnitt finden klinische Praktika statt. Parallel zu den Lehrveranstaltungen des 2. und 3. Abschnitts muss eine Diplomarbeit verfasst werden.

Medizinanthropologie wird im neuen Medizincurriculum in Wien vom zweiten bis zum achten Semester in Form von prüfungsrelevanten pflichtigen Vorlesungen und Kleingruppenseminaren unterrichtet sowie in Wahl- und Freifächern. (KUTALEK 2009: 20) (Abb. 1). Pflichtig sind das sieben Einzelstunden während des *gesamten* Studiums, in denen Studierende zumindest einen Eindruck davon bekommen, was Medizinanthropologie ist und welche Themen hier relevant sind. In den Wahl- und Freifächern wird vertiefend auf MA-Inhalte eingegangen. Gegen Ende des Studiums haben jedes Jahr etwa sechs bis acht Studierende die Möglichkeit, eine Diplomarbeit im Bereich der Medizinanthropologie zu verfassen. Inhaltlich wird hier vor allem auf die Themen globale Gesundheit, Medizinethik, Migration und Gesundheit sowie Alter-Sterben-Tod eingegangen. Im PhD Programm Public Health gibt es ebenfalls eine 2stündige Vorlesung zur MA, und seit einigen Jahren wird auch der fachübergreifende postgraduelle Master-Lehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversität Care“ angeboten, in dem in den meisten Modulen medizinanthropologische Inhalte angeboten werden.

Während eines Medizinstudiums werden grundlegend drei Dinge vermittelt: *Haltungen*, *Wissen* und *Fähigkeiten/Fertigkeiten* (skills). Im Zusammenhang mit kultureller Kompetenz ist die Selbstreflexion ebenso wichtig wie das Wissen um den eigenen kulturellen Hintergrund sowie die Akzeptanz unterschiedlicher Werte und Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit (BETANCOURT 2003). Während wir in den großen pflichtigen Vorlesungen den Studierenden vor allem medizinanthropologisches Wissen vermitteln, geht es in den pflichtigen Kleingruppen vor allem um Haltungen. Haltungen und Einstellungen zu ändern, ist aber, wie man nicht nur aus dem universitären Kontext weiß, überaus schwierig. Es wäre auch eine Illusion zu glauben, in wenigen Stunden Studierenden die Grundlagen der

Medizinanthropologie beizubringen. Durchaus möglich ist aber, bestimmte Problemfelder (etwa in globaler Gesundheit) zu beleuchten und eigene Standpunkte zu reflektieren (etwa zum Thema Medizinethik).

Die drei großen Pflichtvorlesungen umfassen ein bis zwei Stunden. An der Vorlesung nehmen, je nach Interesse, 200–300 Studierende teil, die Inhalte werden in Lernunterlagen bereitgestellt. In der Vorlesung „Medizinanthropologie und globale Gesundheit“ wird auf unterschiedliche Erklärungsmodelle von Krankheit eingegangen, medizinanthropologische Perspektiven von Infektionskrankheiten präsentiert sowie medizinanthropologische Ansätze in der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit (KUTALEK 2018). In der Vorlesung „Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) aus medizinanthropologischer Sicht“ wird die Komplexität und der aktuelle Diskurs zum Thema FGM dargestellt (GREIFELD 2013). Der Begriff wird erläutert, verschiedene Formen von FGM und deren gesundheitliche Folgen werden erklärt, soziokulturelle Hintergründe, rechtliche und ethische Aspekte diskutiert.

Im Block „Public Health“ finden eine Vorlesung und Kleingruppen zu den Themen „Ethnomedizin, Ethik und Interkulturalität“ sowie „Ethnomedizinische Aspekte von Alter, Sterben und Tod“ statt. Hier erläutern wir inwiefern medizinethische Konzepte von Autonomie und Nicht-Schaden in der ärztlichen Kommunikation kulturell beeinflusst sein können, und wie etwa das Prinzip der Gleichheit global zu verorten ist. In den Kleingruppen diskutieren wir mit den Studierenden, wie sie mit PatientInnen unterschiedlichster Herkunft adäquat umgehen und kommunizieren, indem sie kulturelle und ethnische Unterschiede reflektieren, den eigenen kulturellen Hintergrund als solchen wahrnehmen und ihr Wissen in dementsprechendes Verhalten in der alltäglichen Arbeit umsetzen können.

Den Studierenden werden unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf Krankheit, Alter, Sterben und Tod vermittelt. Angelehnt an das Thema Organtransplantation wird beispielsweise diskutiert, welchen Einfluss Kultur oder Religion auf die Bereitschaft, Organe zu spenden, haben kann. Die Kleingruppen sind inhaltlich, didaktisch und organisatorisch sicherlich die größte Herausforderung, weil hier fast 600 Studierende in kleinen

Gruppen zu je 20 Personen unterrichtet werden müssen. Die Lehrenden sind sehr heterogen (MedizinanthropologInnen, MedizinerInnen, EthikerInnen) und müssen in ihrem Unterricht sehr flexibel auf unterschiedlichste Themen und Fragen eingehen können. Sie müssen bestimmte Themen abdecken, sind ansonsten in der Gestaltung der Kleingruppen aber sehr flexibel und können und sollen ihren eigenen Fachbereich miteinbeziehen.

Didaktisch ist es nicht einfach, den Studierenden, die diese Lehrveranstaltung ja absolvieren *müssen*, in zwei Stunden die Wichtigkeit dieses Themas für ihre spätere klinische Arbeit zu vermitteln. Zumal die Studierenden erst *nach* dem Block 22/23 wirklich in die klinische Praxis (Tertiale) eintauchen. Auch liegt natürlich jungen Menschen das Thema „Altern, Sterben und Tod“ nicht unbedingt nahe. Andererseits gibt es nur sehr vereinzelt Studierende, die absolut desinteressiert an unseren Themen sind. Vor allem am Anfang des neuen Curriculums gab es manchmal Gruppen, die schwierig zu handhaben waren und die nicht nur kein Interesse, sondern regelrecht Widerstand gegen diese Themen zeigten. Das hat sich mit der Zeit grundlegend verändert, weil die Gruppenzusammensetzung besser geregelt wurde und insgesamt sozial- und geisteswissenschaftliche Inhalte auch mehr unterrichtet werden (unter anderem Lehrveranstaltungen zum Thema Diversity), sodass unsere Themen heute weniger „exotisch“ sind. Sicherlich ist unsere Gruppe von jeweils 8–10 Lehrenden in den letzten Jahren im Unterricht auch deutlich routinierter geworden.

Ab dem 8. Semester müssen Studierende eine Diplomarbeit verfassen und jedes Jahr werden etwa 6–8 Studierende mit medizinanthropologischen Themen betreut. Ein Großteil der DiplomandInnen führt in Ländern des globalen Südens kleinere etwa 2- bis 3-monatige Forschungen durch, die meist über die internationalen Kontakte unserer Unit erfolgen. Studierende können sich aber auch selbst Forschungsplätze organisieren. Schwerpunktmäßig werden die Themen vernachlässigte (Infektions-)Krankheiten, Frauengesundheit oder der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen behandelt. In diesen Kontexten lernen Studierende nicht nur, sich mit anderen Vorstellungen von Krankheit auseinanderzusetzen, sie sehen auch alltäglich den Zusammenhang von Krankheit und Armut und was das Arbeiten unter

suboptimalen Bedingungen bedeutet. Ein weiterer Themenschwerpunkt liegt im Bereich Migration und Gesundheit. In allen diesen Projekten, im Ausland wie im Inland, wird vorrangig mit qualitativen Erhebungsverfahren gearbeitet.

Studierende können auf unterschiedlichen Ebenen von Auslandsaufenthalten profitieren: In Bezug auf medizinisches Wissen und Fertigkeiten, soziale und kulturelle Aspekte und auch in Hinsicht persönlicher Entwicklung. StudentInnen haben etwa in den USA berichtet, dass sie durch Aufenthalte in benachteiligten Ländern mehr praxisorientiert lernen, größeres Vertrauen in ihre Fähigkeiten bekommen, sensibler für die Verwendung von Ressourcen werden, sich weniger auf Technik verlassen und interkulturelle Kommunikation mehr schätzen (DRAIN *et al.* 2007). Internationale Erfahrungen erhöhen auch die kulturelle Kompetenz bei den Studierenden (GODKIN & SAVAGEAU 2001). Klinische Wahlfächer in Global Health haben zudem Einfluss auf die Karriere. AbsolventInnen, die während ihres Studiums klinisch im Ausland gearbeitet haben, arbeiten später eher im Public Health Bereich, in der Allgemeinmedizin oder mit MigrantInnen.

### Herausforderungen

Ganz allgemein werden Kultur- und Sozialwissenschaften in der medizinischen Ausbildung oft als „soft sciences“ **wahrgenommen. Sie erhalten vergleichbar deutlich weniger Ressourcen oder Aufmerksamkeit als klinische Fächer, sie werden oft als nicht essenziell für ein Medizinstudium erachtet und sind weniger sichtbar.** Diese Marginalisierung ist ein Problem, das nahezu von allen WissenschaftlerInnen, die sich mit dem Kontext Sozialwissenschaften (oder Humanwissenschaften) und medizinischer Lehre beschäftigen, thematisiert wird. **“Many characterized medical humanities as an intellectual ‘underdog’ in the race for curriculum time and funding and attributed this tension to an emphasis in medical education on science and technology”** (KIDD & CONNOR 2008: 51). Die Herausforderung liegt unter anderem auch daran, dass die Änderung von medizinischen Lehrplänen praktisch überall auf massiven Widerstand trifft.

Inhaltlich und didaktisch stellt sich die Frage, wie man in einer extrem kurzen Zeit am bes-

ten medizinanthropologische Inhalte vermitteln kann. In ein bis zwei akademischen Stunden (in den großen Vorlesungen) komplexe Sachverhalte zu vermitteln, ist nicht möglich. Andererseits wollen wir auch nicht zu sehr vereinfachen. Man ist also gefordert, möglichst wenig anthropologischen oder sozialwissenschaftlichen Jargon zu verwenden und trotzdem korrekt zu bleiben. Der in der Klinik vorherrschende Standard der evidenzbasierten Medizin hat zudem auch andere methodische Zugänge als die Sozialwissenschaften, die eher eine Methodenvielfalt und pluralistische Herangehensweisen zulassen.

Während die Kleingruppen in der Regel prüfungsimmanent sind (d. h. es wird die Mitarbeit im Seminar benotet), werden die medizinanthropologischen Vorlesungen gemeinsam mit den klinischen Inhalten geprüft. Der Prüfungsmodus ist hier meist ein multiple-choice Format. Dieses Prüfungsformat ist für sozialwissenschaftliche Inhalte, in denen es um ein breites Verstehen geht, suboptimal (siehe etwa auch RUSSELL *et al.* 2004). Gar nicht zu prüfen ist auch keine Alternative, denn wenn ein Bereich nicht geprüft wird, ist er aus Sicht der Studierenden auch weniger wichtig. Ein Student hat etwa in einer e-mail die Frage gestellt, ob die Vorlesung nur *interessant* sei oder auch *geprüft* würde, und drückt damit sehr gut die Haltung vieler Studierender aus. Was am Ende eines Medizinstudiums zählt, sind schriftliche Prüfungen und Noten, und nicht Interesse oder Empathie einer/s Studierenden, die im Übrigen schwer überprüft werden können.

Das Lernen wird sehr wesentlich von Institutionen und der Lernumgebung beeinflusst. Wenn die Institutionen sozialwissenschaftliche Inhalte unterstützen, werden sie auch von den Studierenden mehr geschätzt und umgekehrt. Wenn für Studierende offensichtlich ist, dass ein Fächerbereich marginalisiert wird, ist es schwieriger, sie von der Wichtigkeit dieser Inhalte zu überzeugen (TERVALON 2003). Lernen findet oft außerhalb und sogar in Widerspruch zu formalen Unterrichtsaktivitäten statt. Beim sogenannten „heimlichen Lehrplan“ (hidden curriculum) handelt es sich um Wissen, Haltungen, Fähigkeiten oder Verhalten, die während eines Studiums gelernt werden, die aber nicht intendiert waren. Dies kann in zwischenmenschlichen Interaktionen vermittelt werden, etwa zwischen Studierenden und Lehren-

den, es kann in einer größeren Struktur oder der „Kultur“ einer medizinischen Einrichtung liegen oder auch im formalen Unterricht ungewollt gelehrt werden (TURBES *et al.* 2002).

Zugrunde liegende Werte einer institutionellen Kultur können eindeutige Signale ausschicken, etwa dass Lehre weniger wichtig ist als Forschung oder Haltungen weniger wichtig als konkretes Wissen und Fähigkeiten (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 2007). Institutionelle Faktoren können ein noch so engagiertes multikulturelles Curriculum konterkarieren, etwa wenn (klinisch) Lehrende gegenüber solchen Ideen Zynismus oder Skeptizismus artikulieren oder Personen in Leitungsfunktionen Widerstand erkennen lassen. Auch der Mangel an Zeit-, Personal- und Geld-Ressourcen in einem multi-kulturellen Curriculum kann zu einem „hidden curriculum“ beitragen (MURRAY-GARCIA & GARCIA 2008). Was unterrichtet wird und was Studierende in der Realität sehen, sind oft zwei Welten. Die AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (2007: 18) empfiehlt, vermehrtes Augenmerk auf die Lernumgebung zu legen, weil sie das vermittelt, was ein/e Arzt/Ärztin ist und tut.

Medical students and resident physicians learn both from formal course work and from their role models (teachers, supervisors and mentors). Often called the “hidden curriculum,” the informal lessons learned by physicians-in-training have a powerful influence on their attitudes, values and behaviors. [...] reform in the learning environment is key to bringing about change in the outcomes of medical education.

Im Prinzip muss nicht nur ein Curriculum geändert werden, es muss die ganze Lernumgebung geändert werden.

### Ausblick

Wie gezeigt wurde, ist das Unterrichten eine Gratwanderung zwischen Idealem und Praktikablem. Einerseits müssen die Sozialwissenschaften ihre Existenz in der Medizin (noch) rechtfertigen, andererseits zeigt die neue Generation der Studierenden immer größeres Interesse an Themen wie Medizinanthropologie und Global Health. In Zukunft wird sich die Medizinanthropologie sicherlich verstärkt in der klinischen Ausbildung am Ende des Studiums engagieren müssen. Ein weite-

rer Bereich ist die fakultäre Weiterbildung, in der die Sozialwissenschaften im Rahmen der Personalentwicklung mehr engagiert sein sollten. Hier geschieht an der Medizinischen Universität Wien im Bereich Diversity schon einiges, aber es fehlen schlicht die Personalressourcen, um hier aktiver sein zu können.

Es gibt nur sehr wenige empirische Daten darüber, was Sozialwissenschaften im medizinischen Unterricht eigentlich bewirken (SALES & SCHLAFF 2010). Aber allein die Tatsache, dass Medizin und Gesundheit in sozialen Systemen verwurzelt sind, und dass viele Probleme in der medizinischen Praxis offensichtlich soziale Aspekte beinhalten, spricht eigentlich für die Wichtigkeit der Sozialwissenschaften und der Medizinanthropologie in der Medizin.

### Danksagung

Ich möchte Dir, lieber Ekkehard, herzlichst zu deinem 75. Geburtstag gratulieren. Du hast mich bei meiner Habilitationsschrift ideell und konstruktiv sehr unterstützt und Dich insbesondere meines ersten Kapitels, in dem es um die geschichtliche Entwicklung der Ethnomedizin im deutschsprachigen Raum ging, sehr kritisch angenommen, wofür ich Dir sehr herzlich danke.

### Anmerkung

1 Harvard University; Interview im Rahmen eines Fulbright Aufenthalts 2006; Leon Eisenberg verstarb am 15. September 2009.

2 Stark gekürzte und aktualisierte Version des Kapitels „Medizinanthropologie im medizinischen Unterricht – Inhalte, Didaktik und Herausforderungen“ (aus KUTALEK 2011).

### Literatur

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). 2007. *Initiative to Transform Medical Education. Recommendations for Change in the System of Medical Education*. <https://afmc.ca/pdf/AMA-Initiative-to-Transform-Medical-Education.pdf> [25.10.2018].

BETANCOURT J.R. 2003. Cross-Cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation. *Academic Medicine* 78, 6: 560–569.

BLUMENTHAL D. S. & BOELEN C (eds). 2001. *Universities and the Health of the Disadvantaged*. Geneva: WHO.

BOZORGMEHR K., LAST K., MÜLLER A. D. & SCHUBERT K. 2009. *Lehre am Puls der Zeit – Global Health in der Medizini-*

*schen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen*. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 26, 2: Doc 20.

BÜRGI H., RINDLISBACHER B., BADER C. *et al.* 2008. *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Working group under a mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. [www.scolo.smifk.ch/scolo2008/](http://www.scolo.smifk.ch/scolo2008/) [25.10.2018].

CARRESE J. A. & MARSHALL P. A. 2000. Teaching Anthropology in the Medical Curriculum. *The American Journal of the Medical Sciences* 319, 5: 297–305.

CHRISMAN N. J. & MARETZKI T. W. 1982. Anthropology in Health Science Settings. In *IBID.* (eds). *Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings*. Dordrecht: Reidel: 1–31.

COOKE M., IRBY D. M., SULLIVAN W. & LUDMERER K. M. 2006. American Medical education 100 years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine* 355: 1339–1344.

DRAIN P. K., PRIMACK A., HUNT D., FAWZI W. *et al.* 2007. Global Health in Medical Education: A Call for More Training and Opportunities. *Academic Medicine* 82, 3: 226–230.

FLEXNER A. 1940. *I Remember: The Autobiography of Abraham Flexner*. New York: Simon and Schuster.

FLIER J. S. 2008. *Strategic Planning at Harvard Medical School*. [http://hms.harvard.edu/~public/strategy/P1\\_in.pdf](http://hms.harvard.edu/~public/strategy/P1_in.pdf) [9.3.2010].

FULLER K. 2002. Eradicating Essentialism from Cultural Competency Education. *Academic Medicine* 77, 3: 198–201.

GENERAL MEDICAL COUNCIL GMC. 2018. *Outcomes for Graduates*. [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dcl1326-outcomes-for-graduates-2018\\_pdf-75040796.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dcl1326-outcomes-for-graduates-2018_pdf-75040796.pdf) [25.10.2018].

GODKIN M.A. & SAVAGEAU J. A. 2001. The Effect of a Global Multiculturalism Track on Cultural Competence of Preclinical Medical Students. *Family Medicine* 33, 3: 178–186.

GREIFELD K. 2013. Beschneidung von Mädchen und Frauen. In GREIFELD K. (Hg). *Medizinethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Reimer: 149–161.

KIDD M. G. & CONNOR J. T. H. 2008. Striving to do Good Things: Teaching Humanities in Canadian Medical Schools. *Journal of Medical Humanities* 29: 45–54.

KLEINMAN A. & BENSON P. 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *Plos Medicine* 3, 10: 1673–1676.

KLEINMAN A., EISENBERG L. & GOOD B. 1978. Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88: 251–258.

KNIPPER M. & AKINCI A. 2005. Wahlfach Migrantenmedizin – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema Medizin und ethnischkulturelle Vielfalt in Deutschland. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22, 4: Doc 215.

KNIPPER M., AKINCI S. & SOYDAN N. 2010. Culture and Healthcare in Medical Education: Migrant's Health and Beyond. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 27, 3: Doc 41.

KNIPPER M., BAUMANN A., HOFSTETTER C., KORTE R. & KRAWINKEL M. 2015. Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum “Global Health” at Justus Liebig

- University Giessen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32, 5: Doc 57.
- KUTALEK R. 2009. Medical Anthropology in Medical Education—a Challenge. In KUTALEK R. & PRINZ A. (eds). *Essays in Medical Anthropology: The Austrian Ethnomedical Society*. Wien, Münster: LIT: 17–28.
- 2011. *Medizinanthropologie am Schnittpunkt: Interdisziplinarität zwischen Anthropologie und Medizin*. Habilitationsschrift, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien.
- 2013. Krankheit und Gesundheit in Afrika. Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin. In GREIFELD K. (Hg). *Medizinethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Reimer: 101–129.
- 2018. Medizinanthropologie und globale Gesundheit. In KUNZE U. & WITTMANN K. (Hg). *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft*. Wien: Facultas Verlag: 292–299.
- LAMBERT H. & MCKEVITT C. 2002. Anthropology in Health Research. *British Medical Journal* 325: 210–213.
- LO M. M. & STACEY C. L. 2008. Beyond Cultural Competency: Bourdieu, Patients and Clinical Encounters. *Sociology of Health and Illness* 30, 5: 741–755.
- MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN MUW. o. D. *Studienziel und Qualifikationsprofil des Diplomstudiums Humanmedizin*. <https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/das-diplomstudium-humanmedizin/studienziel-qualifikationsprofil/>
- MONTAGU A. 1963. Anthropology and Medical Education. *Journal of the American Medical Association* 183, 7: 577–583.
- MURRAY-GARCIA J. L. & GARCIA J. A. 2008. The Institutional Context of Multicultural Education: What is Your Institutional Curriculum? *Academic Medicine* 83: 646–652.
- ROUSH R. E., KOTHMANN D. & SCHREIBER J. M. 1976. Medical Anthropology in the Curriculum: A Revisit to the Subject. *Journal of Medical Education* 51: 119–124.
- RUSSELL A., VAN TEIJLINGEN E., LAMBERT H. & STACY R. 2004. Social and Behavioural Science Education in UK Medical Schools: Current Practice and Future Directions. *Medical Education* 38: 409–417.
- SALES C. S. & SCHLAFFA A. L. 2010. Reforming Medical Education: A Review and Synthesis of Five Critiques of Medical Practice. *Social Science and Medicine* 70: 1665–1668.
- SKLAR D. P. 2018. Cultural Competence: Glimpsing the World through our Patients' Eyes as we guide their Care. *Academic Medicine* 93, 9: 1259–1262.
- TAYLOR J. S. 2003. Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of no Culture." *Academic Medicine* 78: 555–559.
- TERVALON M. 2003. Components of Culture in Health for Medical Student's Education. *Academic Medicine* 78, 6: 570–576.
- TURBES S., KREBS E. & AXTELL S. 2002. The Hidden Curriculum in Multicultural Medical Education: The Role of Case Examples. *Academic Medicine* 77, 3: 209–216.

## Talking about Violence

### Fieldwork on the Cambodian Revolution

UTE LUIG

The many wars around the globe in the 20<sup>th</sup> century led to the development of a new branch: the anthropology of war. Research of the many causes of war was linked to topics of gender, (especially sexual violence), ethnicity and remembrance. In the so-called modern wars (see RICHARDS 1996) markets of violence and their special dynamics played important roles. Connected to these problems were the embodiment of pain, suffering, and sorrow which again had many linkages to the politics of memory. **In these texts, practices of violence play a significant role as do the social and psychological consequences for the victims (NORDSTRÖM & ROBBEN 1995, SCHEPER-HUGHES 1992).**

The project which I will introduce here fits in these contexts. It was part of the cluster of excellence “Languages of Emotions” at the Freie Universität Berlin and had the first aim to analyse politics of remembrance in their relationship to emotions in two post-conflict societies, Timor Leste and Cambodia. The societies were chosen due to their different religions—Catholicism and Buddhism—because the second aim of this project was to find out in which way religious beliefs are instrumental in coping with social suffering. Together with Sina Emde, I was responsible for the Cambodian analysis. What I want to discuss in this paper are 1) the different dimensions of talking or not talking about violence (violence is here understood primarily as physical violence, although structural violence<sup>1</sup> was eminent during the Khmer Rouge revolution) and 2) I am interested in the connection between violence, emotion and language in the processes of social remembering.

Before I describe these issues, I will give a short introduction to the Khmer Rouge revolution.

### Transforming the country

The regime of the Khmer Rouge from 1975 to 1979 undertook the most radical revolution in the 20<sup>th</sup> century. To build a new society, the destruction of the old in all its dimensions was undertaken by the new government. This included all domains of society: economy; culture; religion; health; and even families who are the very essence of Khmer values and culture. After their victory in a bloody civil war, the Khmer Rouge closed banks, markets, schools and universities; money as medium of exchange was abolished as was the independent judiciary and the modern health system. The onslaught on the national religion was equally destructive. Buddhist religious practices were no longer allowed; *wats* (Buddhist temple) were transformed into pigsties, depots and, even, torture rooms. The monks had to choose between being defrocked and working on the fields or being killed if they refused.

The aim of the revolution was class struggle as a precondition for social equality. Its economic base was rice production and the development of water canals as in imperial Angkor. Due to Khmer Rouge ideology, the peasants should become the basis of the revolution because the cities, with all their luxuries, harbored its enemies, corruption, and seeming immorality. For this reason, Phnom Penh and all other cities was evacuated immediately after the Khmer Rouge take-over of power. From the beginning, the new society was divided into groups: the citizens embodied the “new” or “17<sup>th</sup> April” people while peasants and those persons who lived in the liberated areas were labelled “old” or “base people”. This rigorous transformation and re-hierarchization of society were accompanied from the very beginning by purges which especially affected the collaborators of the former Lon Nol regime, intellectuals and ethnic minorities, like the Cham and Khmer Krom.

In less than four years, between 1.6 to 2 million people had lost their lives, either through violence or through hunger, overwork and exhaustion. The often evoked “gentle land” of the Khmer had changed into a *landscape of terror*. Its consequences are still felt today.

### Thinking about memory and its limitation

My responsibility in the project was to find out how people remember this time of horror after more than thirty years and in which way Buddhism helps them to overcome their suffering. It soon turned out that this undertaking was a rather complex challenge. There are not only methodological and ethical questions concerned, like the possible reactivation of “traumatic”<sup>2</sup> experiences, but also epistemological ones. How can we fathom the different dimensions of meaning, individual, social, and national? How do they interact and what role do emotions play in this process? Which cultural rules determine which emotions can be expressed in public and under which circumstances are they allowed, hindered or suppressed?

Cambodian memories are insofar complex as various strands of memories exist, which have a dynamic and logic of their own. It is the memory of the elite and the common people, of the victors and the losers, the old and the young, western trained NGO workers and Buddhist monks to name but a few. From a theoretical point of view, social memory is always subjective, controversial and rather partial, since individual emotional experiences structure what is socially memorized and what is forgotten. Last but not least, memory of the Khmer Rouge is embedded in different kind of power structures which are woven among and between local, national and international networks. BASU’s (2007) definition of memory as a palimpsest process in which different temporalities, meanings and emotions intersect with one another and create something new, is a good starting point. In contrast to other post-conflict societies like e.g. Indonesia<sup>3</sup>, the perpetrators have hardly had any public voice<sup>4</sup>. This changed slightly with “The Extraordinary Chambers in the Courts of Cambodia (ECCC)”, the international tribunal, which offered perpetrators their chance to present their point of view. However, as in the Nuremburg

Trials, strategies to avoid confessions of guilt hindered significant insights into their motivations.

The very discourse on memory in Cambodia is therefore still dominated by the Khmer diaspora (see HAING NGOR & WARNER 2003, RITHY PAN 2013 among many others) predominantly in the US and in France. They were the first to talk about their sufferings as refugees on the Thai border in 1979 and revealed the terror of the Khmer Rouge to the international public. This discourse on victimhood, which was taken up early on by social scientists (see PONCHAUD 1977, VICKERY 1984), was supplemented by the successor state of the Khmer Rouge, the People’s Republic of Kampuchea (PRK, 1979–1989) which presented itself as the liberator of a repressive regime. The transformation of Tuol Sleng, the former state prison into a museum and the killing fields of Cheung EK were channelled into the perfect proof for Khmer Rouge terror. In this discourse the emotions of the conquerors unite with the tactics of the present politicians who need political legitimization. During the long-time span after the downfall of the Khmer Rouge, a standardization of the refugee discourse has taken place which according to VICKERY (1984: 39f) tended towards over-generalizations and disregarded all sorts of counter-evidence. To transcend this narrative, which Vickery called the total standard view, was one of the most demanding challenges among the many others I had to solve. Why this was so, is the topic of this paper which I offer to Ekkehard in the hope of fruitful discussions.

Shortly before I left for Battambang, a renowned expert on Cambodia, who had lived there for twenty years, was rather sceptical that my project could be successful. He told me that it was still impossible to talk to people about their memory of the Khmer Rouge and he stressed that, as an owner of a rubber plantation, he knew his workers very well. Others hinted at the pain involved and the traumatic situation in which many people still remained. These statements were bolstered by some publications which spoke of a high percentage of traumatised people (BURCHERT, STAMMEL & KNAEVELSRUD 2017).

Being ready to change my research design, I envisaged to focus more on cultural memory and on Buddhist belief on how to overcome loss and pain. Therefore, I chose to do research in Battambang and its surroundings which were littered with kill-

ing fields. The Khmer Rouge attacked the city up until 1987 that is eight years after they had been expelled by the Vietnamese/Khmer army. The nearness to the Thai border, where thousands of refugees looked for security against the Khmer Rouge, was another attraction because it signalled that the area was heavily contested by various forces. And last but not least, the many Buddhist institutions, like the Buddhist University, a plurality of different *wats* and the only Buddhist development agency in Cambodia made the town a good choice. Theoretically, Battambang appeared as the ideal field in the double perspective GUPTA & FERGUSON (1997: 27) have analysed: as a distinct territorial category and as a methodological construct of social anthropology. However, in practice, the constructs of fields do change, either because of social or political questions or because of the necessity to gain a greater variety of data. In my case two key incidents made me understand that I should diversify my field and concentrate my research in the rural areas.

### Silence, cultural traditions and social changes

Against my expectation the beginning of my research in Battambang was rather promising. My first acquaintance in Battambang was an elderly motodupe-driver<sup>5</sup> who lived from tourism and the occasional repair of watches or radios which gave him a small extra income. He liked to show me the countryside and explained the various signs of Khmer culture to me. His interest was pagodas and he easily befriended monks of his age. Although his English was not well developed, but was better than that of many other Cambodians, we had some interesting interviews about the functions of the *wat* and ended quite often with their history during the Khmer Rouge. After several weeks on his motodupe, I developed quite a good overview about the monastic situation in Battambang and its rural hinterland. And slowly, I had learned more from the former life of my driver, who was an eye-witness of the Khmer Rouge time. Like most other people he had told the story of his personal loss of his family in a sober and rather unconcerned manner but then skilfully evaded more detailed questions. I sometimes thought that he had been a Khmer Rouge himself when he made comments in this regard but I never dared to ask

him directly, always remembering the fieldwork slogan *don't do harm* as a moral guidance.

It was by chance when we had a beer in a sun-drenched place one late afternoon, that he told me about his injury of the head during the revolution and how he had to hide his real personality. To my great surprise because of his apparent poor situation, his father had been a professor of Khmer literature at the University of Phnom Penh and was the author of a famous Khmer fable. I now immediately understood why he had been so discreet about his past—a habit he had internalized during the revolution because belonging to an academic family could lead to prosecution or even death. It was now also obvious why we never could work around midday because his brain suffered from the heat. He had never mentioned this fact before, mostly likely not to lose his dignity by showing weakness. His revelation struck a deep chord in me. It demonstrated so unexpectedly how present or even dominant the past still was in the presence and how fundamental the revolution had altered the lives of one's well-to-do citizens. It also gave me a clue of how explanations of suffering were circumvented by images of the body<sup>6</sup> instead of words.

However, the hoped-for breakthrough in our relationship did not materialize. I hoped in vain that he might invite me to his home as others had done but he stuck to our hierarchical role model—tourist and tourist guide—which he celebrated in bureaucratic working hours: from 7 to 1 am and from 4 to 6 pm. After some weeks I felt I had landed at an impasse.

I was therefore extremely happy when I got the chance to meet the president of the NGO “Buddhism for Development” which the “Konrad Adenauer Foundation” sponsored at the time. His acquaintance made me feel exhilarated since he had participated in the round table of the Paris Negotiation of 1951 which set the context for Cambodian independence and furthermore had been one of the organizers of Camp 2 on the Thai border responsible for the education of the refugees. When he invited me to join him on an inspection tour of one of the projects of the NGO I hoped for a lucky turn of my research. Yet things evolved differently. Being well prepared to ask about the history of Khmer Rouge and the events at the Thai border which were not well-known at the time, he

rigorously refused to talk about times past. He reasoned that Buddhism has to leave the past behind in order to become free for the present and the future. The challenges to be taken up were to better the lives of the people and not delve into past tragedies. That was the reason why he had engaged in development work and reconciliation.

It is one thing to know that silence is the other side of remembering, but another to be confronted with it in practice. His refusal to re-think the past with me came as a shock because of my high expectations. But after re-working our encounter, it made me understand that Buddhism has a different conception of history and the past. How naïve was it to assume that our German understanding of coping with the past, which some people had referred to admiringly in Cambodia, is relevant in other societies as well. Buddhist believers have to rid themselves of the past since the evil they experienced will remain as a grudge (*kum*) or anger (*tosah*) on their mind. Anger is directly correlated with metaphors of heat: an angry person is hot (*kdav*), having a hot heart (*kdav chett*)<sup>7</sup>, or being hot and irritated (*kdav krahay*, HINTON 2005: 62). These conditions violate the equilibrium of the self which when in disarray threatens social harmony. Whereas most Germans will agree that past suffering or traumatic experiences have to be remembered and talked about in order to be overcome, Buddhism teaches to free oneself from *kum* by suppressing it by meditation or reading the *dhamma*, the true teachings of the Buddha. Only by reading the *dhamma* can one purify oneself which is the necessary condition for re-establishing social harmony (see HANSEN 2007: 151).

The attitude of the president of *Buddhism for Development* was not at all unusual and he seemed to underline the warning of my German friend. Discussing the past, especially to speak about the suffering from violence was unacceptable to some people.<sup>8</sup> The problem was to understand the conditions, under which this discussion was allowed or not.

My worries about failure of my project made me search the anthropological literature for answers. Back in Germany I read CAROL KIDRON's (2012) paper in which she compares talking about the past in Israeli and Cambodian families who had been victims of violence. Whereas in Israeli families' discussions about the Holocaust played

an important part in family life, Khmer refugees in Canada<sup>9</sup> hardly talked about their experience to their children who told Kidron that it was part of their culture. "My people don't talk about suffering, cry or show emotions," said a young woman (KIDRON 2012: 210) and another informant added "Cambodian's don't like to speak about the past. Especially if you experience bad things you keep it inside." The reason for these cultural rules of expressing emotions was advanced by another informant who told her that "speaking of suffering implies weakness whereas remaining silent reflects strength" (KIDRON 2012: 211).

Kidron's findings were partly corroborated by my own interviews. In the second year of my research in Battambang which I mainly spent in the village of Samroung Knong, I had close contacts with younger people. Most of the younger Buddhist monks or apprentices in my sample population had hardly any knowledge and showed no interest in discussions about Cambodia's violent past. They had neither discussed these problems in their families nor had they been taught about them in the *wats*. The reason they put forward was that they were customarily not allowed to ask their parents or older monks displeasing questions. Others said they did not want to shame their parents because their suffering might be interpreted as personal failure. These interviews conveyed the insight that in addition to age, relations of authority<sup>10</sup> and respect play a determinant role in the decision about with whom the past could be discussed. KIDRON also added religious consideration, that the Buddhist beliefs in "karma favour forward-looking modes of being" (2012: 221) instead of worrying about the past<sup>11</sup>. She concludes that Buddhist beliefs contradict the widespread discourse on trauma which she calls a "reductionist epistemology" (*ibid.*) but favour "a closer reading of culture-specific conceptualisation of selfhood, personal and collective suffering, and memory/history and the way in which these conceptualizations enable or curtail memory work" (*ibid.* 222).

SCHWARCZ (1997), on talking about grief and pain in China, also argues for a closer reading of cultural traditions by the restrictive moral rules during the Southern Tang dynasty. She describes that talking about suffering in public was taboo in this period. "Confucian culture itself sought to mute or, at least, to moderate, the public expres-

sion of personal sorrow” (SCHWARCZ *ibid.* 122). Sorrow (*ku*) can relate to suffering as in *kuhai*, the “sea of suffering,” and bitter, as in *kugua*, the “bitter melon.” She reports of the courageous intervention by scholars and literates to cancel the restraint which was finally successful when Mao Tsedong took power. Similar processes can be analysed in Cambodia as well. During the Khmer Rouge revolution, the dictum “plant a kapok tree” (*daem daem dor*) was widespread reminding people to be mute out of self-protection against the ever-present spies and the distrust among neighbours. Apparently, this attitude is weakening, although distrust in the villages still remains. But the constant publicity of the ECCC Tribunal and of urban institutions (like the Meta House, Institut Français or the Bophana Audiovisual Resource Centre in Phnom Penh) which offer conferences, films and exhibitions keep the Khmer Rouge terror alive. The unequal living conditions in the country and the authoritarian rule of Hun Sen are further reasons for the increase of critical consciousness among younger students and socially engaged monks. They participate in the peace marches<sup>12</sup> and are ardent followers of the Buddhist priest Maha Ghosananda who preached national reconciliation. However, the main influence probably originates from western NGOs, like the German sponsored “Youth for Peace,” who introduced a new paradigm. To reveal the crimes of the past in order that they never happen again was, and is, their credo. They organized tours in the villages, always accompanied by one or several monks to bless the event; a traditional measure in an otherwise very untraditional performance. Khmer Rouge victims are invited to talk publicly about what happened to them and how they felt at the time. During these events trauma or traumatization are used as the cutting-edge words to describe the social reality to cope with.

### Talking with and without emotions

The influence of the NGO-world in Cambodia is considerable. One of the consequences are changing attitudes to the past and to one’s culture. As in most societies, the young want to be modern and to be on par with the Western world. This attitude has also changed habits of talking about violence to a certain extent. It soon became clear that

the refusal to speak about the past was only one among several options. But although many people talked openly about what happened to their families, it always ended in the same stereotypes: hunger; overwork; violence. The language they used to describe the death or the killings of their relatives was always cool, unemotional, nearly statistical and rather uniform. Some of them even laughed as they were describing the terror and anguish they had encountered. In the beginning, I was very irritated about this way of expressing loss and grief until I understood that it represented the kind of narration Vickery had named the total standard view. The social process of remembering the Khmer Rouge revolution had led to a discourse on common victimhood. The way it was communicated corresponded to Khmer idea of decency and dignity that is hiding true emotions in public. This cultural rule explained the absence of any emotions but said nothing about the practice of laughing. What reason could it have to laugh about one’s own calamities?

Such intricate problems in the field sensitized me to look for comparative examples. I therefore scanned the literature to find an answer in other studies. However, HINTON’S book “Why did they kill?” (2005) which is a rich source for anthropological questions about the Khmer Rouge, worsened my problem. He writes “Many Cambodians spoke of this period with tears in their eyes; a few broke down in sobs, unable to continue” (HINTON 2005: 15). It was just the opposite of what I had myself encountered until I undertook a walking tour with a friend of mine who worked for a Cambodian NGO with connections to Germany. He had told me some time ago about the death of his family in the distanced manner to which I had become accustomed. One Sunday he offered to accompany me to a killing cave on a mountain of which the Khmer Rouge had pushed forty monks to death. We started off in a joyful mood until we reached the first cave where human beings had died of hunger. All of a sudden, my friend started crying being overpowered by his emotions which he could no longer control. When he calmed down he confessed that he had never gone back to where his family had died of hunger and that he still felt unable to do so.

His sudden emotional outbreak and loss of control made me understand what I had long looked for: the kind of situation which trigger emotions.

In our case it was a certain familiarity because I had visited his family, and Germany, the country which he so much wanted to visit, was also a common link and our similar ages created a bond of friendship and trust. While these characteristics were the necessary conditions, it was the aura of the place, the deadly cave of hunger, which created the appropriate conditions for his loss of control.

### How to overcome stereotype memories

The insight that authority and social distance hinder the ability to share emotions whereas familiarity and the embodiment of place facilitate it, made me change the place of my research. In the village of Samroun Knong, I hoped to get to know people much better and built up trust more easily than in town. Participant observation, still the key method in anthropology, always had a territorial appeal for me. In Africa, I had the best findings or intuition when I had accompanied people to the fields and worked together with them. In Cambodia I replaced the fields with the killing fields and asked some of my engaged informants to show me around and explain what happened in the area around their village. It was a means to overcome the stereotyped narration and come closer to more detailed accounts.

This method has a nearness to constructing mental maps which depict paths, borders, hot spots etc. Besides this locational information, they contain qualitative features. "Cognitive Maps are not just a set of spatial mental structures denoting relative position, they contain attributive values and meanings" (KITCHIN 1994: 2) and they generate emotions in the process of remembrance. In the social sciences mental maps were constructed as imagined world views or in case of anthropology as representants of specific memory-scapes. Especially places or landscapes that have a high symbolic value in collective memories: "Physical landscapes are repositories of collective memories, forming a kind of vast archive that bears witness to the past" (MURRAY 2013: 17).

In those villages with mass killing graves<sup>13</sup>, discussions on violence and torture were easy to initiate. Eye witnesses, among them former prisoners, described the violence they saw or remembered. They reported how prisoners had to dig their own graves in which they were pushed after receiv-

ing blows in the neck either with knives, axes or bamboo sticks. Others reported that the Khmer Rouge forced them to stand by and applaud after a successful "performance" in order to imbue them with a feeling of terror, while an old lady saw that those who were not really dead were buried alive. I got an endless list of cruel and barbaric actions, which was topped by the account of three witnesses who described how the Khmer Rouge slit open the chest of their victims in order to cut out their liver and eat it with their friends<sup>14</sup>. While an old lady who apparently was a sympathizer of the Khmer Rouge ideology, ascribed these excesses to the great differences between the rich and the poor, all others commented them with horror and with disdain for the primitivity of the Khmer Rouge<sup>15</sup>. Emotions of grief or anger accompanied these narratives, also curses and wishes for revenge. In a subtle analysis, HINTON has described the way how this anger (*kum*) is translated into an action of disproportionate revenge. He mentions the term (*chett thom* = big heart) which he translates as "great insolence or rudeness" (*ibid.* 289), and points to the necessary psychological condition *chett dach* translated as *to cut off one's feeling*, or *chett mut*, *to become daredevil* (*ibid.*) for such an act. In such situations the standard total view was forgotten. My village friends expressed their real feelings—unprotected and full of contrary emotions which neglected Buddhist moralities.

However, talking about violence was not limited to physical actions but was also related to the sounds, lights or smells that accompany death. One teacher described the terror of the Khmer Rouge in images of a death-stricken landscape, referring to the site where he had heard the rubbing of the corpses when they fell into the pit, the terrible smell of bloodstained palm trees along the pond which could not be used for ten years or the lights of the spirits of the dead who had not received a proper burial wandering through the bushes. Darkness was another powerful metaphor, since people were taken away at night and many of them were killed in the forest. The danger of darkness was also expressed by a lady prisoner who described the darkness of the prison room where she was incarcerated. Unable to recognize her fellow prisoners she felt tormented by their cries "help me, help me" and their curses against the Khmer Rouge. One informant said that he was

still haunted by the death cries from the lake shore where the Khmer Rouge had put up another torture centre. These examples prove that memories of violence are deeply embedded in the features of the landscapes (see also STEWARD & STRATHERN 2003), its colours, sounds and lights. Since villagers have to pass these sites when visiting the pagodas or their own fields in which some of them found the bones of their relatives. The past is still part of their everyday life. Violence in its many forms is intimately linked with this memory and cannot easily be displaced since it is the aura of the place which has a strong determination of what and especially on *how* to remember.

### Modes of remembering: Holocaust texts and the search for universals

My findings suggest that the great variety of reactions supported Kidron's analysis that a medicalized discourse leads to a reductionist epistemology. KLEINMAN, DAS & LOCK have already pleaded to understand "how the forms of human suffering can be at the same time collective and individual, how the modes of experiencing pain and trauma can be both local and global" (1997: X). I hope that my text has given some illustrative material for this position, at least from a local perspective. A comparison—although unrepresentative as it is as I have to admit—with the texts of Holocaust survivors allows to search for universals. The question of language is again prominent: the distancing language most Cambodians used is also discussed in the Holocaust literature. IMRE KERTÉSZ book *Roman eines Schicksallosen* is renowned for its language which describes atrocious forms of suffering in a clinical, absolutely objectified manner. The text which recounts the perception of Auschwitz by a 15-year-old boy abstains from any moral outrage, but analyses instead the emptiness and dullness of his live in the camp. Discovering meaning in the meaningless, rationality in the absurd and logic inside terror, Kertész described the role of Auschwitz in his life as a "strange, unapproachable transcendence."<sup>16</sup> In one of his many interviews, he said that he was only able to write about these experiences in this distanced manner in order to protect himself. He distinguished his kind of writing (see KERTÉSZ 2003) from JEAN AMÉRY *Jenseits von Schuld und Sühne—Bewältigungsversuche*

*eines Überwältigten* and JORGE SEMPRUN *Die große Reise*. Améry's attempt to write cautiously and aloof confronting the reader with his distinct objectivity failed. He realized that this language did not express what he wanted to convey and changed his style to a more personal manner. Jorge Semprun's reflections on his sojourn in Buchenwald also combined emotional description with analytical reflection. These two examples contrast Kertész style. As such they give insight into how different subjectivities construct and cope with the violence they had gone through.

The Semprun text was particular interesting to me because it refers to the kind of laughter which irritated me so much in Cambodia. ANNA-MARIA BRANDSTETTER (2010), who encountered the same problem in Ruanda when she talked to victims of the genocide, compares their laughing about situations of deadly fear and danger with the laughing Semprun describes after his return from Buchenwald. He meets a "comrade in suffering" and they report to each other the doctor's diagnosis. Although this is rather bleak for Semprun's friend, it is the friend who starts laughing wildly and Semprun joins in. They laugh about their escape from the gas and that they are alive. Reflecting why they laugh, Semprun concludes<sup>17</sup> that both of them shared this situation and that they have the right to laugh if they enjoy to do so.

My first reaction to Semprun's text was that they celebrated their survival through laughter, that is creating a distance to past horrors. It reminded me of an early text by LAURA BOHANNAN *Return to Laughter* in which she describes the various functions of laughter after a smallpox epidemic in a Nigerian village (see BOWEN 1984). After her return to the village which she had fled during the epidemic, the villagers organized a round of storytelling to welcome her back. The actors surpassed each other in being funny to make the audience—including the anthropologist—roar with laughter. They thus created an atmosphere of normality which made them lose sight of the suffering, hatred and anger during the epidemic. Brandstetter refers to the philosopher Klaus Heinrich who analyses the connection between laughing and catastrophe: "Lachen ist Symptom der Katastrophen, denen der Lachende ausgeliefert ist, die er ausagiert, gegen die er sich mit deren eigenen Erscheinungsformen zur Wehr setzt" (HEINRICH

1986: 29). Brandstetter suggests that because laughing in such contexts reminds of the catastrophe and its possibly lethal outcome, it allows at the same time to distance oneself from it which represents a form of liberation.

Bohannan's portrayal of the story-telling session refers to an additional function of laughing: to create communion among the onlookers. It was this idea which helped me in a very tense situation during my fieldwork in a village near an official killing field. Some men had told me about fights with the Khmer Rouge some days ago. Due to some ambiguities in the information I went back to clarify my questions. On my return the discussion started quite peacefully at first, but then two men started quarrelling over the events. A third man now joined in and he accused me bitterly "You ruin my day by asking all these questions again. It makes me so sad and I have to suffer again." Although I had several times acted out such a situation in my thinking about research methodology, it left me dumbfounded. But then Bohannan's text sprang to my mind and I started laughing. First hesitantly but when someone joined in, with more confidence. I explained the group again why such questions were necessary and they nodded acceptance. The monk in the group then invited all of us into his room and we changed roles. It was now the group who questioned me, not on wars but on climate, cars and German enterprises. What was important, however, was the feeling of a certain coevalness that we suddenly shared.

## Conclusion

It was extremely difficult to transcend the total standard view, which allows Cambodians to talk about but at the same time distance themselves from past misfortunes. The narration of common victimhood gives emotional protection and integrates the past into the present. However, talking about the past is challenged by two views; the Buddhists who favour disengagement in order to find personal peace; and the NGOs who stand for the opposite solution to re-think and emotionally re-work the past for a peaceful present and future. They use a Western medicalized discourse on trauma and traumatization which neglects the subtle cultural arrangements of the Khmer.

Situations of authority and of age are cultural restraints, which favour silence instead of discussions, but emotions cannot always be controlled. Specific places, social relations of trust and intimacy as well as embeddedness in the countryside are effective triggers to transcend cultural norms. In such situations survivors of atrocities worldwide share common means of liberations from the past: talking in their own mood and laughing the catastrophe away.

## Notes

- 1 For a differentiated classification of violence see RE-EMTSMA. J. P. 2008.
- 2 Because the term trauma or traumatic is culturally biased I write it here in brackets. Cambodians did not use it before international NGO's intervened. In 2009 there was not one registered psychotherapist in Battambang, the second largest city of the country.
- 3 The Act of Killing is a disconcerting film document about the brutality of mass murderers.
- 4 Exceptions are HINTON A. L. 2005, 2008 and MAGUIRE P. 2005
- 5 A motodupe driver uses a motorcycle to drive his clients around town
- 6 For such metaphors see the interesting article by COCKER E. 2004
- 7 Having a hot heart is often related to the wish for revenge. That Buddhists are not immune to such negative feelings was obvious in debates which concentrated on the guilt of Duch, the director of Tuol Sleng prison. Discussing the length of his prison sentences several discussants uttered their wish for revenge. See LUIG U. 2015.
- 8 There were however only few persons who refused an interview. Interestingly, some of them were related to my assistant who had been ignorant of her stepfather having been a Khmer Rouge soldier before our research began. It was clear of the refusals of her grandfather and her uncle that they were not willing to reveal more about their own involvement. Other persons justified their refusal that they did not want to think about this time anymore.
- 9 I found a similar story in the internet under <http://muse.jhu.edu>. I grew up protected from stories of the war. For the most part, my parents never spoke of our past. There seemed to be a door shut tight and locked. No trespassing. Only recently, as more relatives who survived the war have immigrated and settled in Oregon near my parents, have the stories started to emerge.
- 10 The fact that my German friend was the owner of the plantation was certainly a barrier to talk openly with his workers.
- 11 An old monk who had specialised in meditation told me, too much thinking about past events impedes healing your mind.
- 12 The annual peace marches had a different topic each year and attracted thousands of participants.
- 13 Due to the jewellery which was found in the mass graves many of the refugees from Phnom Penh who had

been directed to Battambang had belonged to richer families.

**14** For a critical discussion of this topic see LUIG U. 2011  
**15** As I discuss in detail in my 2011 article the method to eat someone's liver has a long tradition in South East Asia. Trade with gall bladders to China existed until the 1970s and the Khmer Issarak, nationalist fighters against French colonialism, practiced cutting out the liver with brutal enthusiasm.

**16** <https://www.ndr.de/kultur/buch/Imre-Kertesz-Roman-eines-Schicksallosen,weltliteratur130.html>.

**17** The German original quotes Haroux (the friend): "Wir leben, die Sonne scheint, wir könnten ja längst in Rauch aufgegangen sein. Jam sage ich. Eigentlich müssten wir wirklich in Rauch aufgegangen sein. Wir lachen. Haroux kommt aus der gleichen Situation, wir haben das Recht darüber zu lachen, wenn es uns Spaß macht. Und es macht uns eben Spaß" (1981, 109).

## References

- AMÉRY J. 1981. *Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten*. Stuttgart: Klett Cotta.
- BASU P. 2007. *Palimpsest Memoryscapes: Materializing and Mediating War and Peace in Sierra Leone*. In DE JONG, F. & M. ROWLANDS (eds). *Reclaiming Heritage: Alternative Imaginations in West Africa*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press: 231–59.
- BOWEN E. S. (Laura Bohannon) 1984. *Rückkehr zum Lachen*, Berlin: Reimer (engl. Orig. 1964. *Return to Laughter*).
- BRANDSTETTER A. M. 2010. *Lachen und Katastrophe*. In SCHULZ D. A. & SEEBODE J. (eds). *Spiegel und Prisma. Ethnologie zwischen postkolonialer Kritik und Deutung der eigenen Gesellschaft. Festschrift für Ute Luig*. Hamburg: Argument Verlag: 39–54.
- BURCHERT S., STAMMEL N. & KNAEVELSRUD C. 2017. Transgenerational Trauma in a Post-Conflict Setting: Effects on Offspring PTSS/PTSD and Offspring Vulnerability in Cambodian Families. *Psychiatry Research* 8: 151–7.
- COKER E. 2004. Travelling Pains: Embodied Metaphors of Suffering among Southern Sudanese Refugees in Cairo. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28: 15–39.
- GUPTA A. & FERGUSON J. (eds). 1997. *Discipline and Practice. The "Field" as Site, Method and Location in Anthropology*. In *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley, CA: University of California Press: 1–46.
- HAING NGOR & WARNER R. 2003. *Survival in the Killing Fields*. New York: Basic Books.
- HANSER A. R. 2007. *How to Behave. Buddhism and Modernity in Colonial Cambodia, 1860-1930*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press.
- HEINRICH K. 1986. *Theorie des Lachens*. In KAMPERR D. & WULF C. (eds). *Lachen—Gelächter—Lächeln. Reflexionen in drei Spiegel*. Frankfurt am Main: Syndikat: 17–38.
- HINTON A. L. 2005. *Why Did They Kill? Cambodia in the Shadow of Genocide*. Berkeley, CA: University of California Press.
- 2008. *Truth, Representation and the Politics of Memory after Genocide*. In Kent A. & Chandler D. (eds). *People of Virtue. Reconfiguring Religion, Power and Moral Order in Cambodia Today*. Copenhagen: Nias Publishing House: 52–81.
- KERTÉSCZ I. 2009. *Roman eines Schicksallosen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- 2013. *Letzte Einkehr. Tagebücher 2001-2009*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- KIDRON C. 2012. Alterity and the Particular Limits of Universalism: Comparing Jewish-Israeli Holocaust and Canadian-Cambodian Genocide Legacies. *Current Anthropology* 53, 6: 723–53.
- KITCHIN R. 1994. Cognitive Maps: What are They and Why Study Them? *Journal of Environmental Psychology* 14,1: 1–19.
- KLEINMAN A., DAS V. & LOCK M. (eds) 1997. *Social Suffering*. Berkeley, CA: University of California Press.
- LUIG U. 2011. Töten und Kannibalismus. Erinnerungen als politischer Diskurs. (Themenheft: Töten. Affekte, Akte und Formen). *Paragrana, Internationale Zeitschrift für Historische Anthropologie* 20, 1: 97–110.
- 2012. Spaces of Death. Erinnerung, Repräsentation Politik. *Historische Anthropologie* 20, 2: 162–185.
- 2015. *Das Tribunal gegen die Roten Khmer im Widerstreit der Interessen*. In HAUCK G., LENZ I. & WIENOLD H. (eds). *Entwicklung, Gewalt, Gedächtnis*. Münster: Westfälisches Dampfboot: 318–355.
- MAGUIRE P. 2005. *Facing Death in Cambodia*. New York: Columbia University Press.
- MURRAY M. J. 2013. *Commemorating and Forgetting. Challenges for the New South Africa*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- NORDSTRÖM C. & ROBBEN A. C. G. M. (eds) 1995. *Fieldwork under Fire: Contemporary Studies of Violence and Survival*. London: University of California Press.
- PAN R. & BATAILLE C. 2013. *Auslöschung. Ein Überlebender der Roten Khmer berichtet*. Hamburg: Hoffman und Campe.
- PONCHAUD F. 1977. *Cambodia Year Zero. Road to Khmer Rouge Killing Machine*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- REEMTSMA J. P. 2008. *Vertrauen und Gewalt. Versuch über eine besondere Konstellation der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- RICHARDS P. 1996. *Fighting for the Rainforest. War, Youth and Resources in Sierra Leone*. Oxford: James Currey.
- SCARRY E. 1992. *Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur*. Frankfurt am Main: Fischer.
- SCHEPER-HUGHES N. 1992. *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, CA: University of California Press.
- SCHWARZ V. 1997. *The Pane of Sorrow: Public Uses of Personal Grief in Modern China*. In KLEINMAN A., DAS V. & LOCK M. (eds), *op. cit.*: 119–48.
- SEMPRUN J. 1981. *Die große Reise*. Reinbek bei Hamburg.
- STEWART P. & STRATHERN A. (eds), 2003. *Landscape, Memory and History. Anthropological Perspectives*. London: Pluto Press
- VICKERY M. 1984. *Cambodia 1975–1982*. Chiang Mai: Silkworm Books.



# Neurological Metaphors in Tibetan Medical Language

KATHARINA SABERNIG

## Introduction

The second, third and the fourth chapters of the *Explanatory Tantra*, forming the second, mainly “preclinical” part of the Four Tantras, explicitly address different views on anatomical structures. The first of the triplet deals with the “manner of the bodily formation” (*lus kyi chags tshul*) or embryology, the following chapter introduces “models of the body” (*lus kyi vdra dpe*) in the form of architectural, societal and political metaphors and the last one describes the “condition of the body” (*lus kyi gnas lugs*), categorised in different forms of bodily structure and including various metonyms borrowed from nature or human, nomadic and monastic life. The content is partly known through various translations of the *Explanatory Tantra* (e. g. CLARK 1997; DASH 1994; G.YU-THOG YON-TAN-MGON-PO 2008; PLOBERGER 2012) and the *Illustrations to the Blue Beryl*, a set of thangkas (Tibetan scrolls) accompanying the most important commentary to the *Four Tantras* (PARFIONOVITCH *et al.* 1992). The major part of this article concentrates on the concept of “white vital channels” (*srog rtsa dkar po*) which are mainly associated with neurovascular tissue. A deeper historical analysis of various commentaries on the meaning of these “white vital channels” and their connection to tantric channels may be found in Janet Gyatso’s *Being Human in a Buddhist World* (GYATSO 2015: 193–220). My article starts with the identification of the metaphorical wording used in association with this category, followed by neurological “models of the body” as presented in chapter three of the *Explanatory Tantra*. These will be compared with other non-Tibetan metaphorical models. Finally, I analyse the translation of modern neuroanatomical metonyms into Tibetan medical language which was created by Tibetan medical professionals in recent years.

## White Vital Channels

There is surprisingly little information in the root text, the *Explanatory Tantra*, describing the nature of the “white vital channels” but the whole formulation is a string of metaphors. Only seven verses of the chapter on the “conditions of the body” deal with the channel category: “white vital channels.” In an anatomical context, the Tibetan term *rtsa ba* usually stands for some kind of channel or vascular structure but in another context, could also be translated as “root” or “chapter” (by implication). In Tibetan medicine the name for the “root” of a “medical tree” is eponymous for the name of a chapter (for longer discussions on the term *rtsa ba* see e. g. FINCKH 1990: 28f; GERKE 2013: 83, and on the use of the didactic tool of using a tree to organize medical content, see SABERNIG 2012, 2013, 2017, forthcoming 2019b). In the passage on “white vital channels” connected with the brain, the term *rtsa ba* is interpreted by some translators as “root” (e. g. GYATSO 2015: 201, PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 41), a wordplay which fits well into the passage but should not be confused with the anatomical structure, the nerve root (*radix nervi*) which is only the initial part of a nerve exiting the central nervous system. Hence, I suggest that *rtsa ba* should be regarded as a metonym comprising various subspecific identifications similar to the diverse meanings of the Latin *radix*.

Considered in relation to the group of “black vital channels” (*srog rtsa nag po*) associated with different types of blood vessel, the “white vital channels” form the larger category of “connecting channels” (*vbrel rtsa*). In contrast to other forms of invisible and subtle channel, such as embryonic “growth channels” (*chags rtsa*), “channels of existence” (*srid rtsa*), or “lifetime channels” (*tshe rtsa*), both types of “connecting channel” are described to be empirical, and sensorially detectable while

practicing dissection and are in the main focus for the medical practice (cf. GYATSO 2015: 243f). A subdivision of the “white channels,” is *chu rtsa*, literally the “water channel” but depending on the context, *chu rtsa* may also be regarded as a portmanteau of *chu ba* (tendon or ligament) and *rtsa ba* resulting in the translation “tendon channel,” I will use this translation in the following (see also SABERNIG 2016: 26).

In the *Explanatory Treatise*, the seven verses which describe the “white vital channels” start with the brain, which is compared to a “great ocean” of channels (*rgya mtsho chen po*) projecting down like a “root.” From there nineteen “tendon channels” (*chu rtsa*) ramify to perform activities, out of which thirteen “roots” (or “channels”) are “hanging like silk ropes” (*dar dpyangs*) connected to inner organs. The other six channels connect to the extremities which ramify into sixteen “minor tendon channels” (*chu rtsa phran bu*). The verses in the *Explanatory Tantra* do not reveal any further information on names and their respective location (G. YU-THOG YON-TAN-MGON-PO 1992: 23/9–12).

The major commentaries reveal specific channel names which can be found on Thangka number 13 of the *Illustrations to the Blue Beryl* on “white vital channels” (PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 42: 197). In many cases the full term or rudimentary forms of the full term found their way into contemporary Tibetan anatomical depictions. The three pairs of six peripheral channels connecting to the extremities are clearly associated with major peripheral nerves in terms of modern neuroanatomy. The “paralyzing” (*vjav byed*) channel or “channel of lameness” (PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 197, no.: 32, 38, 42, 63) is located on the upper as well as lower extremity, connected via the back and as the name suggests, is mainly associated with the motoric function of the peripheral nerve. In the arm it is principally identified as the radial nerve, nevertheless I suggest to include nerves connected to the posterior fascicle including the axillary nerve, as the radial nerve would be too specific.

Although Tibetan anatomical thangkas usually depict arms stretching horizontally at right angles away from the body, the smaller figures located on both sides of Thangka 13 depict the function of elevating the arm and especially the thumb. In

modern anatomical books the “channel of lameness” may be found described as the “paralyzing tendon channel” (*chu rtsa vjav byed*) divided into respective branches such as *ramus superficialis* (*steng lag*) and *ramus profundus* (*gting lag*; PAD-MA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2011: 231). The second pair of channels is called “pearl” or “jewel” (*ratna*). The channels are located on the upper limb and connected to the functions of both the median nerve as well as to the ulnar nerve as its course is in the middle of the forearm and on the lateral side of the hand. The image on the thangka presenting the anterior side of the body depicts a connection primarily to the fourth (ring) finger, and also to the third finger, indicating that both types of channel unite or form an anastomosis (*vjav byed dang ratna gnyis vdus*). In modern Tibetan anatomical atlases, the “jewel channel” (*chu rtsa ratna*) is standardised as the ulnar nerve while the medial nerve is translated accordingly as central nerve (*dkyil dbus dbang rtsa*; PAD-MA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2011: 231); *dkyil dbus* indicates that something is located in the center and *dbang rtsa* is the modern word for nerve. Another anatomical atlas which integrates more traditional terms shows a residuum of the classic term, as the median nerve is called “jewel of the forearm center” (*lag ngar dbus kyi ratna*).

The thangka also depicts an extension of the “channel of lameness” along the whole back and at the lower extremity. This may be associated with motoric branches of the femoral nerve as its proximal segment is located at the anterior side of the thigh. The distal part of the depiction would be more in keeping with the course of branches of the tibial nerve, especially because the saphenous nerve has purely sensory qualities, but the name of the channel refers to its motor function. In modern Tibetan anatomical books, no “channel of lameness” can be found on the lower limb. The third pair of “white tendon channels” is called “tubular tendon channels” (*chu rtsa sbu gu can*; BLO-BZANG-CHOS-GRAGS 2005: 22/11) as they are compared with visible tubes. All modern Tibetan anatomical publications identify the term as sciatic nerve (BSAM-GTAN 1997: chart 47; PAD-MA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2011: 245; NYI-MA-TSHE-RING & MIG-DMAR 2012: 208, no. 9), but PAD-MA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM (2011: 131) name it additionally according to its bio-

medical etymology, referring to the ischium (*os ischii*) and designate it “nerve of the sciatic bone” (*vphongs rus dbang rtsa*). The identification of the classical Tibetan term with the sciatic nerve is not surprising as the *thangka* clearly presents the course of the sciatic nerve and its branches, even indicating its connection to the lateral side of the feet as well as to the big toe. However, although the connection is obvious I suggest that the “tubular tendon channel” should not be equated with the sciatic nerve, rather the sciatic nerve should be regarded as a part of the “tubular tendon channel” because similar to the “channel of lameness” it presents a functional unit spreading over the whole body and can be found on the back as well as the neck. It is obvious that historical Tibetan medical scholars observed different forms of neurological phenomena but were not sure about structural details such as the differentiation between nerves and tendons. However, the classification “lameness,” “jewel” and “tubular” fits well to neuroanatomical facts. It might help to understand the physiological quality of the “white vital channels” if we also take into consideration that the Greek term *νευρον* (*neuron*) stands for both, tendon (or ligament) and nerve as the modern term *aponeurosis* still has it. JANET GYATSO refers to historical Tibetan discussions, arguing that the term *chu rtsa* “though causing some confusion in the commentarial tradition, denotes the similarity of the white channels in appearance to ligaments and tendons” (GYATSO 2015: 203 and 447 n. 115).

It is easy to imagine that larger nerves such as the medial or sciatic nerve are confused with tendons during dissection if performed without the aid of modern anatomical devices. In the commentarial tradition diverging lists of the names of the sixteen minor structures can be found. While most commentaries list the names associated with tendons, BLO-BZANG-CHOS-GRAGS emphasized more neurological aspects (SABERNIG 2016: 26, 2017: 231). Not every given name is identifiable and in case it is, it is usually named according to its topographic relation. For example, the eponym “Achilles tendon” is named in Tibetan “tendon of the heel” (*rting chu*) as *rting* is the heel bone (*calcaneus*), but some terms remain metaphorical: for example, the structure *sbal mgo*, literally called “frog’s head” is located at the thigh area. PARFIONOVITCH *et al.* suggest that the structure called

*sbal mgovi chu ba* is to be identified as “the external area of *vastus lateralis*, a part of *m. quadriceps femoris*” (1992: 199 no.: 80) but in my opinion it could also be the common tendon of *m. quadriceps femoris*. Today, its continuation, the more famous patellar tendon, also found as *ligamentum patellae* and biomedically named after the kneecap (*lha nga*), is named accordingly (*lha ngavi chu ba*) and has no connection to the traditional term (PADMA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2011: 46f; NYI-MA-TSHE-RING & MIG-DMAR 2012: 34, no 16).

While the identification of the white peripheral structures is relatively clear including some room for speculation, the thirteen “channels hanging like silk ropes” connecting to inner organs remain less clear in terms of biomedical classification. In the commentaries it is additionally mentioned that they come from the structure *rje zhabs*, literally called “master and his servants” (GOLDSTEIN 2001: 400). In the medical context this is described as the “base” or “stem of the brain” (*klad pavi rje zhabs*) (BLO-GROS-RGYAL-PO 2005: 225/20; YESHES-BZANG-PO 2007: 167/18). There is no doubt that in the medical context the term *rje zhabs* is associated with a basal cranial structure. If *rje* is taken as the master or head and *zhabs* as a servant or a location at the base of a hierarchy, “base of the head” could also indicate the base of the skull. This would fit into the list of skeleton joints given by BLO-BZANG-CHOS-GRAGS where *rje zhabs* is listed as a part of the skull (2005: 15/13). Some publications identify the term *rje zhabs* as “brain stem” (PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 41; TSHE-RING-THAG-GCOD and TSHE-RING-SGROL-MA 2005 48; BST: plate 44, 45.) or as a part of the brain stem such as the *pons* (DBANG-VDUS 1983: plate 25), though, as is described further below, the *pons* (Latin “bridge”) is usually called *klad zam* “brain bridge.” Most recent anatomical publications in Tibetan language do not use the “master and servant” wording anymore.

In contrast to the *Explanatory Tantra*, all examined commentaries as well as *thangka* no 13 indicate that the three groups of four “white vital channels” connect to specific organs, each group relating to one of the three humors (*nyes pas gsum*: *rlung*: “wind,” *mkhris pa*: bile and *bad kan*: phlegm). The thirteenth channel spreads to an organ called *bsam sevu*. The identification of this organ is still controversially discussed among Tibetan scholars

and cannot be elaborated upon within the scope of this paper but the discussions focus on endocrinologic aspects as well as the connection to the Chinese regulatory system called *san jiao* or “triple heater” which is superior to other organ systems (for more information see WÜRTHNER 2016; SABERNIG, forthcoming 2019a). Metaphorically *bsam sevu* is compared with the “treasury of the storehouse” (PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 28). The connection of the three groups of four channels to specific organs shows parallels with other Asian medical systems. The organ groups of the respective humors are connected to a complex system of five elements (*vbhyung ba lnga*). In general, Tibetan medicine is connected to both systems, the five elements in the Indian Ayurvedic tradition (in similarity with the ancient Greek System) as well as the distinct Chinese five elements.

Moreover, both systems are full of metaphysical and metaphorical analogies. The three groups of four organs are organized into pairs of organs belonging to the same element. Although the elements are different in Indian, Chinese and Tibetan medicine—divergences may be found within individual textual traditions—the paired organs can be found all across Asia. The four channels associated with the Tibetan humor “wind” connect with two channels each to the heart and the small intestine. They correspond to the element “fire” in various East Asian traditions as well as in the ayurvedic system. The four channels associated with the Tibetan humor “bile” connect to bile and liver (corresponding to “wood” in the Chinese system and “space” in Ayurveda) as well as lung and large intestines (corresponding to “metal” in the Chinese system and “air” in Ayurveda). The third group is connected to the kidneys, urinary bladder as well as the spleen and stomach (corresponding to “water” and “earth” in the Chinese as well as Ayurvedic systems). The neurovascular supply of all the organs is mainly provided by the cranial vagus nerve (*nervus vagus*), the longest and most important nerve of the autonomous nervous system but it is unlikely that its physical appearance has anything to do with the idea of the thirteen “channels hanging like silk ropes” on the thangka the appear similar to the tendons of the autochthonous muscles of the neck and the back.

The chapter on the “models of the body” (*lus kyi vdra dpe*) could also be translated as “metaphors

of the body” as various parts of the locomotor system are compared with architectural structures of a monastery while internal organs are compared with the hierarchy of state functions. The chapter has become famous beyond the boundaries of the discipline due to its visual implementation in the form of thangka no. six of the *Illustrations to the Blue Beryl* (PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 28, 183). Within the state functions, the heart resembles a king at the top of the hierarchy, while in the case of neurological structures, only indirect comparisons can be found and no metaphor for the brain is described. The vertebrae of the spine are compared to a “stack of gold coins” (*sgal tshigs gser gyi dong rtse vdra*; no. 5). The openings of the skull, seat of the five sensory organs or sense faculties (*dbang po sgo lnga*) are compared to the windows of a house (*khang pavi skar khung*; no 15). The thangka does not simply present a house, but the higher chambers of a temple which appears like a face, the frontal windows resembling the eyes, the lateral windows the ears and the nostrils are compared with spires (*sna bug rtog*; no. 15, 19). Moreover, the image is a metaphor within a metaphor as the right and left ears are compared with a Garuḍa’s head (*khyung mgo*; 16), found in roof ornaments. In the anatomical chapter of the *Explanatory Treatise* and most contemporary atlases the anterior fontanel is called *mtshog ma* (cf. JÄSCHKE 2003 [1881]: 445), in the thangka its synonym or rather religious metonym is used: *tshangs phug* which may be translated as “aperture of Brahma,” as it is compared with the architectural metaphor of a chimney (*dud khung*; please note that in the translation to the *Illustrations to the Blue Beryl*, *tshangs phug* is falsely identified as posterior fontanel: PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 183: 18).

In anatomical language metaphors are usually based on visual or morphological similarities. Nevertheless, as the example of the Garuḍa’s head demonstrates, the choice of metaphorical details depends on the societal “Zeitgeist” of a medical culture. Garuḍa’s head is a typical Tibetan or Indian tool to decorate architectonic metaphor. A Central European medieval architectural metaphor for the head would use different ornamental elements. “An attempt to graphically depict the set-up of our brain” was made in the early twentieth century to introduce medical concepts to the German population by FRITZ KAHN with an im-

age entitled: “a look into headquarters” (e.g. SAPPOL 2017: 35, GÜNTHER 1923: plate 13). The image shows different stores and rooms of a house representing the head with its cranial, buccal and nasal cavities. The eye looks out of a window connected to the back of the house with a “yellow bale” representing the optical nerve. Other “yellow bales” are hanging downwards, one bale resembling the spinal cord is embedded into a fireplace-like tube made of industrial bricks. Another famous image of the time is “the man as an industrial palace” wherein the internal organs embody individual production processes supported by small people working in these organs. The brain at the top of the industrial palace is presented as a control centre with various sets of steering mechanism. The eyeball is symbolised by a mechanical camera that was common at the time (SAPPOL 2006: 58). Less technical or industrial are metaphors for the head and brain in occidental renaissance medical thought, as JOSEP LLUÍS BARONA analysed in detail in his article on the “body republic” (BARONA 1993).

It would go beyond the scope of this article to discuss renaissance metaphors in their historical context of medical concepts, however, essentially BARONA points out that according to BERNARDINO MONTAÑA DE MONSERRATE (1480–1558) the brain may be compared with a lieutenant and the senses, especially the eyes, to watchtowers (BARONA 1993: 168). Terms such as “lieutenant” and “watchtower” are military metaphors for the brain and the sensory organs and MONTAÑA continues with comparing brain ventricles to the rooms of a “fortification library” (BARONA 1993: 171). In China attempts have been made to compare concepts of traditional Chinese medicine with strategies of the military classic *Sun Zi's Art of War* (cf. WU *et al.* 1997). However, political, biological or military metaphors which compare the functions of the state or a nation with the physiology and anatomy of the human body are interesting and may be found in many medical cultures but as Rudolf Virchow already warned, the use of bodily metaphor within political debates is a delicate issue (cf. JOHACH 2008: 122). Especially in the case of healing metaphor, the use of military wording may be scarring for a patient finding themselves in a vulnerable situation (cf. NIE *et al.* 2016). To come back to Tibetan neurological metaphors, it is noteworthy

that the chapter explicitly dealing with metaphor does not mention any symbolic function for the brain. Moreover, in the assessment of the material quantity of different forms of bodily structure, the quantity of the brain is underestimated and no special significance for this organ may be found. The amount of brain substance is considered as one *snyim pa*, which is a unit of measure that results when both hands are folded into a shell. Only hints are made, for example, the upper “channel of growth” is connected to the brain, associated with ignorance or delusion (*gti mug*) and the humor “phlegm.” The most cranially located “channel of existence” is surrounded by 500 minor channels which cause the objects of senses to arise (GYATSO 2015: 201). BLO-BZANG-CHOS-GRAGS names this section the “branch of clarifying sensory organs” (*dbang po gsal bar byed pavi yal ga*), ascending from the centre vested with types of *ham* (*dbu mavi yar snavi ham gi rnam pa can*; BLO-BZANG-CHOS-GRAGS 2005: 18/5-7).

The material identification or location of *ham* can only be a matter of speculation as it is nothing but a letter or a mantra. Moreover, according to this section the ability to remember is not located in the brain but in the heart. The second “channel of existence” is associated with the heart, again surrounded by 500 minor channels is called the “branch of clear memory” (*dran gsal gyi yal ga*). It is compared with a “crystal bamboo” (*shel gyi snyug ma*) associated with the “root of the middle path” (*dbu ma rtsa*) only understandable in the context of Buddhist *Madhyamaka* philosophy (Skt.: *Prajñā-nāma-mūlamadhyamakakārikā*) and is also connected to the “central channel” (*dbu mavi rtsa*). JANET GYATSO already pointed out historical discussion among Tibetan scholars on the connection between tantric channels and “channels of existence” (also called “channels of being” GYATSO 2015: 213f).

Although in the medical tradition the brain is regarded as the “great ocean of channels,” it does not play a big role in the anatomical and metaphorical chapters of the *Explanatory Tantra*. The chapter on embryology states that the bones, brain and central channel is produced by the father’s (white) semen and the flesh, blood and internal organs by the mother’s (red) menstrual blood. The broader context of this classification was already discussed in the scope of Tibetan medical gender studies

(e.g. FJELD & HOFER 2012). However, there is not much more to find on neuroanatomy and -embryology in the *Explanatory Tantra*. This relative undervaluation of the central nervous system in the root text should not obscure the fact that the brain and respective channels play an important role in the tantric traditions which constitute a separate concept of the body only partly connected to medical concepts.

Classical Tibetan medical terminology has many metaphorical names. In my article on the vulnerable points of the body, I already discussed some metonyms such as structures like “red-eye” (*mig dmar*) or “black peak” (*rtse nag*; SABERNIG 2017) but there are many other metaphorical terms borrowed from nomadic lifestyles or nature such as “snake-eye” (*sbrul mig*), “donkey saddle crupper” (*bong rmed*), or the “frog’s head tendon” (*sbäl mgovi chu ba*; cf. PARFIONOVITCH *et al.* 1992: 199).

In the case of Tibetan neuroanatomy, the root texts do not give many names. In modern scientific anatomy we find biological, technical, military, architectural, and anatomical metaphors. Since the time of the revitalisation of Tibetan medicine not only have classical Tibetan medical texts been republished, but efforts have been made to integrate traditional medicine into the Chinese public health system (BALK 2016). Among these publications in Tibetan language many anatomical atlases have been published either in Tibetan or bilingual: Tibetan-Chinese (e.g. BSAM-GTAN 1997; PAD-MA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2011; NYI-MA-TSHE-RING & MIG-DMAR 2012; MKHASGRUB 2012). In the following I will analyse the translation of scientific anatomical metonyms into modern Tibetan via Chinese translations.

An example of a biological metaphor is the neuroanatomical term for *hippocampus*, the paired parts of the limbic system which look like a seahorse. Via the Chinese seahorse (*haima*, 海马) the term was translated into Tibetan as *mtsho rta*, consisting of lake or sea (*mtsho*) and horse (*rta*) (PAD-MA RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2011: 153). An almond shaped part of the limbic system called “amygdaloid body,” amygdala or scientifically *corpus amygdaloideum*, in Chinese: *xingrenti* (杏仁体) and “Mandelkern” in German. The Tibetan equivalent is “corpus of the apricot core” (*kham snying gzugs*; PAD-MA RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-

VBUM 154). *Gzugs* is regularly used for corpus or body; *kham*: an abbreviation of *kham bu*, meaning apricot, the fruit of a close relative of the almond of the genus *Prunus*. *Snying* means heart and is often used in relation to the core’s latin origin: *cor* indicating a central part or kernel. The Tibetan standardised term for amygdala by the Department of Education in Dharamsala is similar: apricot stone of the brain substance (*kham tshig klad zho*; GST 7: 9). Another neurological part of the limbic system, which has inspired the imagination of anatomists is *Corpus mamillare*; the mammillary bodies are two structures of the diencephalon which have the appearance of a nipple. In this case the anatomical designation is based on an anatomical metaphor due to its morphological similarity to the mamilla (nipple). According to “terminologia anatomica tibetana” the remarkable structure is named *nu tog gzugs*: corpus of the mamilla (PAD-MA RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 152) or rather colloquial “nipple” or “breast head” (*nu mgo*; MKHASGRUB 2012: 187).

For anatomists interested in military equipment the name for a prominence on the sphenoid bone holding the pituitary gland is easy to understand: *sella turcica*, a high saddle used by Ottoman riders. The example shows that the confrontation with the Ottoman Empire has found precipitation in anatomical language in form of this military metaphor. The Chinese term means literally butterfly saddle (蝶鞍; consisting of butterfly: *die* 蝶 and saddle: *an* 鞍), however, the full term is only used in the medical context. In the Chinese translation, the reference to Turkish military history is not included. I could not find a Tibetan name for the whole saddle formation, only accurately named parts. The *tuberculum sellae* is called “saddle knot” (*sga mdud [vbur]*); the seat of the saddle. A depression that holds the pituitary gland (*hypophysis*) called *fossa hypophysialis* is named *vphyangs gzugs tshang*, literally “nest of the hanging body,” in Tibetan, which is similar to the German name for the hypophysis: “Gehirnanhangsdrüse,” and the saddle rest, the *dorsum sellae* is called “saddle back” (*sga rgyab*; consisting of saddle (*sga*) and back or indicating something behind (*rgya*; PAD-MA RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 2012: 16).

It is obvious that those responsible for the new accurately translated vocabulary, have considered the etymology as far as possible, but tried careful-

ly to avoid ethnically delicate associations. Less politically sensitive is the architectural metaphor for a part of the brainstem called *pons* or “bridge.” Sometimes it is specified as *pons cerebri*. In Tibetan it is named: *klad zam* or “brain bridge,” as it is in Chinese (*nao qiao*, 脑桥; PAD-MA RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM 153). GOLDSTEIN *et al.* translate *klad zam* as *mesencephalon* (2001: 16), which is simply a mistake because the *pons* and the *cerebellum* form part of the *metencephalon* (STRANDRING *et al.* 2008: 228). This is just one example of the problem that Tibetan medical terminology needs to be examined more carefully and that knowledge on the meaning of metonyms would help to translate correctly.

### Conclusion

Tibetan medicine in general as well as its neurological tradition is rich in metaphor. Like other medical traditions it borrows terms from social, political, and everyday life or religious concepts. In many cases biological and other material structures are given names on the basis of visual similarities. Although the use of architectural metaphor to explain anatomical structures may be regarded as a universal phenomenon, Tibetan medical scholars created metaphors with specific Tibetan features. Tibetan tantric traditions embedded in the corpus of Buddhist Literature and based on subtle and invisible channels are even richer in conceptual metaphor. In recent years coined terms were integrated with “biomedical” terms in the Tibetan language. It is observable that neuroanatomical metaphors which are still part of the international anatomical nomenclature *Terminologia Anatomica* (WHITMORE 1998) were also adopted into the Tibetan language.

### Acknowledgment

Thanks goes to Catherine Kemp for editing my English.

### References

- BALK, MICHAEL. 2016. A Bibliographical Survey of Medical Literature in Tibetan Language Based on the Post-war Holdings of the State Library in Berlin: A Strand of Pearls to Enlighten Researchers. *Curare* 39, 1: 88–94.
- BARONA, JOSEP LLUÍS. 1993. The Body Republic: Social Order and Human Body in Renaissance Medical Thought. *History and Philosophy of the Life Sciences*, Vol. 15, No. 2, p. 165–80.
- BLO-BZANG-CHOS-GRAGS. 2005. *Bshad rgyud kyi sdong vrens legs bshad gser gyi thur ma*. In: *Legs bshad gser gyi thur ma bkav phreng mun sel sgron me* (Bod kyi gso ba rig pavi gnav dpe phyogs bsgrigs dpe tshogs). Pe cin: Mi rigs dpe skrun khang. p. 1–143.
- BLO-GROS-RGYAL-PO. 2005. *Rgyud bzhivi vgre pa mes povi zhal lung* (Bod kyi gso ba rig pavi gnav dpe phyogs bsgrigs dpe tshogs). Pe cin: Mi rigs dpe skrun khang.
- BSAM-GTAN 1997. *Gso rig snying bsdu skya rengs gsar pa*. Lha sa: Bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang.
- BST 2006. *Bod lugs gso rig tshig mdzod chen mo*. Bod rang skyong ljongs sman rtsis khang. Pe cin: Mi rigs dpe skrun khang.
- CLARK, BARRY. 1997. *Die Tibeter Medizin: Die Geheimnisse der Heilkunst aus den Hochtälern des Himalaja*. Translated by Thomas Dunkenberg. Bern: O. W. Barth Verlag. [Originally published as *The Quintessence Tantras of Tibetan Medicine*.]
- DASH, VAIDYA BHAGWAN 1994–2001. *Encyclopaedia of Tibetan Medicine: Being the Tibetan Text of Rgyud bzhi and Sanskrit Restoration of Amṛta Hṛdaya Aṣṭāṅga Guhyopadeśa Tantra and Expository Translation in English*. 7 vols. Indian Medical Science Series No.-23. Delhi-India: Sri Satguru Publications.
- DBANG-VDUS. 1983. *Bod gangs can pavi gso ba rig pavi dpal ldan rgyud bzhi sogs kyi brda dang dkav gnad vgav zhig bkrol ba sngon byon mkhas pavi gsung rgyun g.yu thog dgongs rgyan*. Pe cin: Mi rigs dpe skrun khang.
- FINCKH, ELISABETH 1990. *Der Tibetische Medizin-Baum: Texte und Illustrationen*. Uelzen: Medizin-Literar. Verl.-Ges.
- FJELD, HEIDI & HOFER, THERESIA (eds) 2011. *Woman and Gender in Tibetan Medicine. Tradition and Modernity*. *Asian Medicine* 6, 2 (special issue).
- GERKE, BARBARA. 2013. On the “Subtle Body” and “Circulation” in Tibetan medicine. In Geoffrey, SAMUEL & JOHNSON, Jay (eds). *Religion and the Subtle Body in Asia in the West: between Mind and Body*. London/New York: Routledge Press: 83–99.
- GOLDSTEIN, MELVIN; SHELLING T. & SURKHANG J. (eds) 2001. *The New Tibetan-English Dictionary of Modern Tibetan*. Berkeley, CA: University of California Press.
- GÜNTHER, HANNS. 1923. *Das Wunder in uns: Ein Buch vom menschlichen Körper für Jedermann*. Zürich: Gretlein & Co.
- GYATSO, JANET. 2015. *Being Human in a Buddhist World: An Intellectual History of Medicine in Early Modern Tibet*. New York, Columbia University Press.
- G.YU-THOG YON-TAN-MGON-PO. 1992. *Bdud rtsi snying po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud*. Lha sa: Bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang.
- 2008. *Bdud rtsi snying po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud las rtsa bavi rgyud dang bshad pavi rgyud ces bya ba bzhugs so (The Basic Tantra and The Explanatory Tantra from the Secret Quintessential Instructions on the Eight Branches of the Ambrosia Essence Tantra*, DAWA [ed]; translated into English by the translation department, Men-Tsee-Khang; Chief Translator: THOKMAY

- PALJOR, Assistant Translator: PASSANG WANGDU, SONAM DOLMA), Dharamsala: Himachal Pradesh, India.
- JÄSCHKE, HEINRICH AUGUST. 2003 [1881]. *A Tibetan-English Dictionary*. Reprint, Richmond: Curzon Press.
- JOHACH, EVA. 2008. *Krebszelle und Zellenstaat: Zur medizinischen und politischen Metaphorik in Rudolf Virchows Zellulärpathologie*. Freiburg: Rombach.
- MKHAS-GRUB. 2012. *Gso bya lus kyi tha snyad mdzod*. Chengdu: Si khron mi rigs dpe skrun khang.
- NIE, JING-BAO; GILBERTSON, ADAM LLOYD; ROUBAIX, MALCOLM DE; STAUNTON, CIARA; NIEKERK, ANTON VAN; TUCKER, JOSEPH D. & RENNIE. 2016. *Healing Without Waging War: Beyond Military Metaphors in Medicine and HIV Cure Research*. *Am J Bioeth* 16, 10: 3–11.
- NYI-MA-TSHE-RING & MIG-DMAR. 2012. *Rgya bod shan sbyar tshon khra can gyi ro bkravi dpe ris mthong ba don gsal*. Lhasa: Bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang.
- PAD-MA-RAB-BRTAN & SANGS-RGYAS-VBUM. 2011. *Gso ba rig pa'i ro bkra'i dpe ris kun gsal me long*. Zi ling: Mtsho sngon Mi rigs dpe skrun khang.
- PARFIONOVITCH YURI, GYURME DORJE & MEYER, FERNAND (eds) 1992. *Tibetan medical Paintings: Illustrations to the 'Blue Beryl' treatise of Sangs rgyas Rgya mtsho (1653–1705)*. London: Serindia Publications.
- PIATS 2016: Proceedings of the Fourteenth Seminar of the International Association for Tibetan Studies, Bergen 2016. Leiden: Brill.
- PLOBERGER, FLORIAN (ed) 2012. *Wurzel tantra und Tantra der Erklärungen aus "Die vier Tantra der tibetischen Medizin."* Translated by U. DERX and F. PLOBERGER. A-Schiedlberg: Bacopa.
- SABERNIG, KATHARINA 2012. On the history of the murals in the medical college of Labrang. *Asian Medicine* 7,2: 358–83.
- 2013. Tibetan Medical Paintings illustrating the bshad rgyud. *ZAS* 42: 61–82.
- 2016. Anatomical Structures and the Structure of Anatomy in Tibetan Medicine. The Fourth Chapter of the Explanatory Tantra in its Commentaries. *Curare* 39, 1: 22–32.
- 2017. *Visualisierte Heilkunde: Eine medizinanthropologische Studie zur Identifizierung der Wandbilder der medizinischen Fakultät des Klosters Labrang* [Visualised Medicine: A Medical Anthropology Study for the Identification of Murals in the Medical College at Labrang Monastery]. Doctoral Dissertation: University of Vienna, 531 pages.
- 2019a (forthcoming). Visceral Anatomy as Depicted in Tibetan Medicine. In MCGRATH, WILLIAM A. (ed). *Knowledge and Context in the Tibetan Medical Tradition*.
- 2019b (forthcoming). The Tree of Nosology. In STEINERT, ULRIKE (ed). *Cultural Systems of Classification: Sickness, Health and Local Epistemologies*. London/New York: Routledge.
- SAPPOL, MICHAEL. 2006. *Dream Anatomy*. Bethesda: U. S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health, National Library of Medicine.
- (ed) 2017. *Body Modern: Fritz Kahn, Scientific Illustration and the Homuncular Subject*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- SANGS-RGYAS-RGYA-MTSHO <SDE-SRID> 1973 [1888–1892]. *Bai dūr sñon po: being the text of „Gso ba rig pa'i bstan bcos sman bla'i dgoñs rgyan rgyud bži'i gsal byed Bai dūr sñon po'i ma lli ka”*: Sde-srid Sañs-rgyas-rgya-mtsho's detailed synthetic treatise on the Rgyud-bži, the fundamental exposition of Tibetan Ayurvedic medicine, reproduced from a print of the 1888–1892 blocks preserved in the Lha sa lcags po ri rig byed vgro phan gling. 4 vols. Leh: T. Y. Tashigangpa.
- STRANDRING, SUSAN (ed) 2008. *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice*. London: Elsevier.
- TANG ZHE & DU GONG ZHEN 1985. 德汉医学词汇 = Deutsch-Chinesisches Wörterbuch der Medizin / 唐哲主编; 杜公振等编辑. 北京: 人民卫生出版社.
- TSHE-RING-THAG-GCÖD & TSHE-RING-SGROL-MA. 2005. *Bod lugs sman rtsis kyi tshig mdzod bod dbyin shan sbyar* [Tibetan-English Dictionary of Tibetan Medicine and Astrology]. Dharamsala: Drungtso Publications. Whitmore, Ian. 1998. *Terminologia Anatomica: International Anatomical Terminology*. Stuttgart: Thieme.
- WU, RUSONG; WANG HONGTU & HUANG YING. 1997. *Sun Zi's Art of War and Health Care: Military Science and Medical Science*. Beijing, New World Press.
- YE-SHES-BZANG-PO 2007. *Bshad pavi rgyud kyi gnas lugs levuvi vgre l bshad rag tho dam pa snga mavi zhal rgyud*. In *Gt-sang sman pavi sman yig phyogs bsgrigs* (Bod kyi gso ba rig pavi gnav dpe phyogs bsgrigs dpe tshogs). Pe cin: Mi rigs dpe skrun khang: 155–81.

## Culture Bound Syndromes Reconsidered

WILLIAM SAX

Culture Bound Syndromes<sup>1</sup> are mental disorders that are limited to particular cultural settings. At the heart of the complex discussions around CBSs is a tension between universals and particulars. At one end of the spectrum are those who argue that we already have, or could in principle generate, a psychiatric nosology that would account for all forms of mental and behavioral illness, for all people, at all times and places. At the other end are those who argue that the criteria for mental health and illness are historically and culturally emergent and variable, so that the dream of a universal psychiatric nosology cannot be achieved, and might even be regarded as repressive. If CBSs could be shown to exist, then they would powerfully bolster the latter argument.

The term “culture bound syndrome” was coined by the psychiatrist POW MENG YAP, a British-trained psychiatrist who worked in Hong Kong and is perhaps best known as the editor of the classic textbook *Comparative psychiatry: a theoretical framework* (1974). Yap defined CBSs as “psychogenic reactions that are in fact non-volitional, elementary biopsychological reactions, sensitive to culturally specific stimuli, and moulded pathoplastically by distinct belief systems related to illness or disorder” (*ibid.* 74). The DSM IV Text Revision defined them as

recurrent, locality-specific patterns of aberrant behavior and troubling experience that may or may not be linked to a particular DSM-IV diagnostic category. Many of these patterns are indigenously considered to be “illnesses,” or at least afflictions, and most have local names. Although presentations conforming to the major DSM-IV categories can be found throughout the world, the particular symptoms, course, and social response are very often influenced by local cultural factors. In contrast, culture-bound syndromes are generally limited to specific societies or culture areas and are localized, folk, diagnostic categories that

frame coherent meanings for certain repetitive, patterned, and troubling sets of experiences and observations (FIRST & PINKUS 2002: 1998).

Here the authors are trying to make a subtle and rather difficult distinction. On the one hand are cultural inflections of universal disease entities, on the other hand specific, localized, CBSs that cannot be easily mapped onto standard psychiatric nosology. The authors acknowledge that “the major DSM-IV” categories are culturally inflected, but CBSs point to something else: the possibility that some forms of mental illness or aberrant behavior might escape the net of conventional psychiatric nosology entirely. This raises a number of questions that go straight to the issues that divide psychiatrists and anthropologists. Do psychiatric nosological categories like psychosis, schizophrenia, borderline personality disorder etc. reflect universal forms of mental illness, or are they contingent historical constructs? Are they natural kinds, or purely theoretical entities?

Most psychiatrists espouse a position that we can label “naturalist” since (with a few interesting exceptions) its adherents tend to believe that mental disorders are forms of “brain disease” whose causes can ultimately be traced to biological or genetic factors. Psychosis, schizophrenia and the rest are thus “the same” diseases wherever they are found, even though they might be named, understood, and treated differently in different cultures. Many anthropologists tend by contrast to espouse a position that we can label “culturalism” since, for them, many if not most of the etiological categories of Psychiatry are particular products of “Western” (Euro-American) culture, and one should not assume that they are universal.

The nosological issues raised by the CBSs quickly ramify into the fields of etiology, epidemiology, and ultimately therapy. For example, the existence of CBS would lend weight to the hy-

prothesis that some (many?) mental disorders are caused by particular cultural environments, or specific forms of life. In other words, their existence would be a powerful argument for the (at least partially) sociocultural etiology of mental illness.

The tension between universalist and particularist explanations in psychiatry is an old one (see KIRMAYER 2007). The stage was set by Kraepelin and Bleuler's foundational - thoroughly "naturalist" - studies of schizophrenia, which have powerfully shaped psychiatric nosology to the present day. Bleuler's classical study described "basic notions" of schizophrenia which "have not been improved on since," including "specific and illogical" association of ideas, speech that is "chaotic and difficult to understand," and disturbances in affect such that the schizophrenic "exhibits emotions inappropriate to the ideas he expresses." Other features include lack of adequate ego boundaries and inability to distinguish between the real and the unreal (WHITE & GILIALAND 1975, cited in KARP 1985). According to Kirmayer,

The neo-Kraepelinians of DSM-III in 1980 introduced operationally defined discrete diagnostic categories in place of dimensional or narrative descriptions of psychiatric disorders (Wilson 1993). With this new nosology and the accompanying technology of highly structured diagnostic interviews, comparative psychiatry followed the rest of the discipline, abandoning in-depth ethnographically informed studies in favor of research organized around discrete diagnostic categories (2007: 7).

When faced with the alleged existence of a CBS, the naturalist tends to classify it in terms of the standard nosology, arguing that the disorder is indeed a token of a universal type, merely labeled and weighted differently. SUMATIPHALA *et al.* put this explicitly when they wrote that "clusters of illnesses across cultures have similar symptoms but are called by different names" (2004: 201). Yap himself came to think of CBSs as "culture-bound variations of universal clinical prototypes" rather than as independent disease entities (JILEK & JILEK 1985: 205). In their attempt to develop "an international classification of psychiatric disorders that will be more culture-free than either the current DSM-III or ICD-9," ultra-naturalists PRINCE and TCHENG-LAROCHE re-defined CBSs as

a collection of signs and symptoms (excluding notions of cause) which is restricted to a limited number of cultures primarily by reason of certain of their psychosocial features. In this definition, notions of etiology and illness labels are excluded because these are highly variable and change over time. On the other hand, collections of signs and symptoms (*i. e.* syndromes), insofar as they are reasonably complete descriptions of nature, remain constant over time and are verifiable by all investigators . . . the meaning of illness, both for individuals and for cultures, is an important area of study in its own right but such meanings should not be confused with syndrome descriptions or used as criteria for an international disease classification (1987: 3).

Their strategy is to preserve the universality of psychiatric nosology by limiting the definition of the syndrome to "signs and symptoms," while ruling hermeneutical questions of meaning out of court. In this way, Prince and Tchong-Laroche hope to develop and defend a nosology uncontaminated by history, culture, or meaning. For them, the CBS must describe an ontologically stable set of symptoms, rather than a culturally variable experience, even though this leaves unclarified the question where, exactly, those symptoms are located. In other words, they define the CBS as culturally motivated error. Less coherent is the assertion by SUMATIPHALA *et al.* that although, on the one hand, "cultures do influence psychopathology," still, "the individual's disorder can be and will be influenced by other factors such as personality traits, peer and family support available to the individual, and alternative explanations of the experience" (2004: 208). It is difficult to know what to make of this. Evidently, neither "alternative explanations of the experience" nor "peer and family support" belong to the realm of "culture," which seems to be conceptualized here as a set of ideas existing in the head of abstract "individuals": a thoroughly unacceptable definition at many levels. Confusion grows when they conclude that CBSs "transcend cultural boundaries, and such variations should be seen in the cultural context" - what in the world might this mean? In the end, they propose a teleological model: the classical CBS *dhat* syndrome (discussed below at length) is associated with pre-industrial societies and will disappear with the triumph of psychiatry.

Margaret LOCK has argued that such extreme

forms of naturalism are motivated by a “sterile drive towards universal order and control” (1987: 41). And in any case, conventional psychiatric diagnosis and epidemiology are, in the anthropologist’s view, methodologically flawed. Although both disciplines rely on self-reporting of symptoms and experiences, patients’ languages are not necessarily commensurable with psychiatric language (KINZIE & MANSON 1987), and in any case patients may for cultural reasons be reluctant to describe and discuss their internal states, a reluctance that itself is pathologized by psychiatry as “Alexithymia” (KIRMAYER 1987). Moreover, class and gender differences between therapist and patient might have distorting effects (see the numerous articles cited at LEE 1996: 26).

But such problems are nothing compared to the elephant in the room: namely, the culturalists’ suspicion that psychiatric nosology does not accurately represent that which it claims to represent, *i. e.* that it has no scientific validity because its language and theories differ so radically from the language and theories of “patients” (even the category of “patient” is highly suspect) from non-European cultures. Cross-cultural psychiatric epidemiologists are exquisitely aware of the problem, and they regularly seek to improve the validity of their instruments by making their questionnaires ever longer, but even this may impose notions of time that are quite alien to those in non-Western countries who respond to the questionnaire. The International Pilot study for Schizophrenia was instrumental in “realizing” (solidifying, reifying) the term “schizophrenia” as a universally applicable category, but when one looks closely at how the study was conducted (*e. g.* KROLL 1988), the entire edifice begins to look very shaky. As KIRMAYER puts it, “the diagnostic categories of psychiatry bury the traces of their origins in European and American cultural history and become self-confirming ‘culture-free’ commodities ready for export” (2007: 8).

Good anthropologists pursue a very concrete methodology in their research and this methodology, called “participant observation,” is radically different from the box-ticking questionnaires of standard psychiatric epidemiology. Anthropologists master a local language and spend years living with other people, participating in their activities and observing their lives in intimate and

detailed ways, with the goal of internalizing how those “others” experience and understand the world. Those anthropologists who are interested in psychology and psychiatry pay special attention to how mental states are talked about and experienced, to the ways in which certain forms of behavior are characterized as pathological, and to how people respond to them. In contrast to the self-reporting questionnaires and laboratory experiments of the psychologists and psychiatrists, one can only characterize the methodology of the anthropologist as radically empirical; nevertheless, dedicated naturalists see nothing that they would dignify with the adjective “scientific,” because such participant observation is not particularly good at producing numbers, which the naturalists confuse with “facts.”

Some have claimed that the debate between naturalists and culturalists is over (*e. g.* PATEL 2010: 1), but such rhetoric is misleading. Its continuing relevance is illustrated by the controversy regarding DSM-V. Shortly before it was published, Thomas Insel, head of the US National Institute for Mental Health (the primary funder of research in the field) repudiated it, justifying his actions with the argument that that the DSM concerned itself only with symptoms, whereas he was interested “causation,” *i. e.* neuropsychiatry.<sup>2</sup> Meanwhile the Association of Clinical Psychologists of the UK rejected DSM V on quite the opposite grounds; namely, that it had too much neuropsychology and not enough social causation. In short, the community of psychiatrists and psychologists is not even close to agreement about the etiology of mental disorders.

Ultimately, the opposition between extreme forms of naturalism and culturalism has stymied useful discussions of psychiatric nosology in general, and CBSs in particular. A good example is the debate between Simons and Kenny regarding Latah, a “classical” CBS in which the affected person screams, curses, dances, laughs uncontrollably, and often mimics the words or actions of those around him or her. GUARNACCIA & ROGLER summarize the debate nicely, proposing a kind of compromise:

Simons privileged psychobiological explanation; Kenny privileged cultural meaning. Simons disaggregated latah into its symptoms, de-emphasized the sociocultural context, privileged the

startle reflex as the predominant symptom, and then diminished the identity of *latah* as a culturally specific category. Kenny, in contrast, so focused on the cultural uniqueness of the *latah* experience that comparisons with other frames of explanation are difficult. Both writers are skilled at argument, and since there are no external decision-making rules, it is difficult to resolve the issue within their own terms. We believe a more integrative research approach would see the cultural configuration of *latah* as building on the biology of the startle reflex within its sociocultural context, the purpose being to understand why older women in Malaysia are particularly at risk and how culture leads to the elaboration of this reflex into a cultural syndrome (1999: 1323).

Hahn also emphasizes that anthropology can complement neuroscience, and that

full explanation requires an opening of the inner sanctum of Biomedicine to anthropological review and a concomitant recognition of pervasive physiological constraint in the workings of culture. Humans are bound by their cultures, but not rigidly. Culture is not the only binding principle; body, mind, society and the broader environment also bind. An exploration of culture-bound syndromes thus reaches the range of human disciplinary approaches and the variety of forms of suffering (1985: 165).

Debates around CBS have become tiresome. They return over and over to the same polarities: universals vs. particulars, biology vs. society; in short, nature vs. culture. But even without reading Latour, the best scientists on both sides of the debate know that in our attempts to understand the human mind, "nature" and "culture" cannot be so easily separated, and that mental health and illness involve a mix of biological and social causation.

Recent research has shown that our experiences leave physical (neurological) traces in our brains: why should this surprise anyone? After all, we are embodied beings. But a correlation is not a cause, and a neurological change has no inherent meaning. As Lock puts it, a

paradox arises: without interpretation there can be no research, no attempts at explanation, and no therapy. In biomedicine all of these activities are believed to rest upon scientific control achieved by the decontextualization of the basic units of analysis, the symptoms and signs. But de-

contextualized signs carry no meaning and cannot be interpreted (1987: 38).

### The rejection of CBSs

I have suggested some of the reasons why CBSs ought to be important and indeed attractive to those interested in theorizing the social and cultural causes of mental disorders. I have also summarized some of the contributions to the literature on CBSs by those who wish to define them in such a way as to preserve the universality of psychiatric nosology. But what is most prominent in this discussion is the thoroughgoing rejection of the concept, for example in the DSM-V, which still relegates anomalous CBSs to an appendix, but renames them as "Cultural Concepts of Distress." Indeed, all three words in the term "Culture Bound Syndrome" have been rejected by authors from all sides of the debate: "culture" is rejected by its erstwhile champions, the anthropologists; "bound" is rejected by nearly everyone, because so many ostensible CBSs can be found outside the cultures to which they putatively belong; and "syndrome" is rejected, either because the symptoms are not indigenously classified as a "disease," or because ostensible CBSs can often be more accurately understood as something other than illnesses. Let us take these objections one at a time.

The notion of "culture" has been widely rejected by anthropologists even though they were, for many decades, its most vociferous advocates. Use of the culture concept is often said to be a form of "othering," where putative differences are emphasized in order to create a hierarchical distinction between self and other, which then serves as a form of power. CBSs are said to amount in many cases to little more than lists of exotic oddities, "cabinets of curiosities" for curious Orientalists. Although sympathetic to the idea of CBSs, Kleinman observed that in practice, they were "defined in terms of the degree to which they [struck] observers as odd or incomprehensible" (in Karp 1985: 223), and this observation was strongly confirmed by Bathia & Malik (1991).

Certainly it is true that anthropology and cultural psychiatry run the risk of exoticization, which for ethical as well as intellectual reasons should be carefully avoided. Nevertheless, such comparative disciplines are epistemologically de-

pendent precisely upon difference or “otherness,” since it provides them with their data as well as their questions, and indeed it determines (at least in part) their methods. For a scholar interested in cultural comparison to be embarrassed by difference is like a biologist being embarrassed by organic matter. The solution is not to ignore it, but rather to open one’s eyes and see the “difference within.” In the case of CBSs, this means to recognize the CBSs within “western culture,” and that is one reason why I have provided a list of them below. But in any case, and despite all the familiar problems with the term “culture,” it appears to be a concept that we cannot do without. For the notion of the culture-bound syndrome, it boils down to the idea that particular ways of socializing children, incorporating values, learning (largely through mimesis) how to inhabit a gendered body, along with a hundred other inter-dependent processes, generate particular ideas regarding mental health and disease, and categories for naming mental disorders. That, to me, is what the idea of the CBS is all about.

Anthropologists used to think of “cultures” as monolithic, well-defined units. But cultures have no clear boundaries: ideas and practices move between and among them with such regularity and speed that the very idea of autonomous “cultures” has come to seem absurd. This is true of CBSs as well. LEE for example has shown (1996) how anorexia nervosa, usually regarded as a paradigmatically “western” CBS, spread through multiple cultural milieus, mostly by means of popular media. She points out the problems of attributing the disorder to single causes (e.g. “fat phobia”) when in fact the causes are usually much more complex. She shows how key concepts changed over time (e.g. “fatness” was sometimes been valued, in Europe as well as in Asia). Tellingly, she relates the case of an Ethiopian woman who, after experiencing torture, was hospitalized with other women and appropriated their symptoms and attitudes. Likewise in their discussion of *koro*, another “classical” CBS in which people are overpowered by the fear that their sex organs are retracting and will disappear, JILEK & JILEK-AALL (1985) list a number of cases where *koro*-like phenomena are found outside of the culture with which it is traditionally associated (China). They argue that a political context of intense inter-ethnic strife played a

decisive role in the dramatic outbreaks that they documented in Singapore, Thailand and India. In a similar vein, KARP (1985) argues that several “classical” CBSs are best regarded not as pathological “syndromes,” but rather as rule-bound, conventionalized, performative commentaries; forms of “theater” dramatizing relations between self and society. The same can be said of another classic CBS, “arctic hysteria,” which was shown by KIRMAYER (2007) to be a form of protest against colonial exploitation and sexual abuse rather than a pathological “syndrome.” If we filter out those forms of behavior labeled “CBSs” solely on account of their “otherness,” if we acknowledge that similar (perhaps sometimes even identical) CBSs are found in many cultures, and if we recognize the difference between pathology and protest, then we will drastically reduce the number of CBSs. But this does not mean that we should reject the concept altogether. Moreover if, after all these revisions, we can still identify CBSs, defined as forms of “mental suffering” that do not fit in conventional psychiatric nosologies, are found in a limited number of sociocultural environments, are locally recognized and/or named, and for which indigenous theories and therapies exist, then we will have taken an important step toward clarifying the relationship between “culture” and mental illness. That is precisely what I intend to do now, by focusing on another “classical” CBS, the so-called *dhat* syndrome.

### **Dhat Syndrome**

Jadhav (2004) provides a useful summary of the literature on *dhat* syndrome, with is pervasively reported in South Asia: prevalence rates of 11.7% in India to 30% in Pakistan are reported. Common symptoms include weakness, fatigue, palpitations and sleeplessness.

Most significantly, patients attribute these symptoms to a white discharge in their urine (which they claim is a “vital substance”-semen). Losing such a vital substance thus generates anxiety and dysphoria. The condition has no known organic aetiology. Medical literature commonly refers to *dhāt* as a sex neurosis of the Indian subcontinent that is widely regarded as a culture-bound syndrome, and it continues to be extensively reported despite a prediction that the syndrome

will “become less common with increasing literacy and progress in sex knowledge.”

According to classical Ayurvedic theory, semen is the most precious and refined substance in the body, whose loss is believed to result in catastrophic consequences (EL HAMAD, SCARCELLA & PEZZOLI 2009). *Dhat* Syndrome has to do with the belief that semen is escaping from the body—be it through sexual intercourse, masturbation, nocturnal emissions, or simply in the flow of urine—and that this semen loss results in mental and physical weakness and listlessness, along with a host of related health problems. It is said by Indian psychiatrists to be most common in sexually inexperienced young males and is associated with premature ejaculation, weakness and other physical problems. In an outpatient clinic in India, it was the most frequently observed of the CBSs, with a figure of 76.7 % (BHATIA 1999). Research in India and Sri Lanka suggests that loss of semen is most commonly perceived to occur via urine during sleep, and is commonly associated with masturbation and excessive heterosexual intercourse. The commonly reported symptoms are anxiety about sexual performance and depression, and difficulty with marital relationships.

Like most of the other “classical” CBSs, the *dhat* syndrome is controversial, and some have called its very existence into question. One of the “pregnant” critiques is by SUSHRUT JADHAV (2004), cited above. In the same essay, he writes that (a) “*dhat* is an imprecise and misleading term” that is (b) based on a “false theoretical premise based on exoticizing ‘other’ cultures;” and that (c) “concerns about semen regulation are equally pervasive in Euro-American societies.” Let us take up these points one at a time.

First, Jadhav claims that “*dhat* is an imprecise and misleading term.” What he seems to mean is that *dhat* does not correspond to the word for “sperm” or “semen” in Ayurvedic texts. This however is a minor point, whereas to me it seems crystal clear that there is in South Asia a coherent set of beliefs, practices, and symptoms relating to semen loss and the weakness believed to result from it. The sheer number and wide provenance of examples here is overwhelming: similar disorders have been named and analyzed by the classical Ayurvedic writers Sushruta and Charaka. Stories from Hindu mythology support the associated

ideas as well (e.g. GOLDMAN 1978). As JOSEPH ALTER has exhaustively shown (1992, 2011), the writings of Gandhi and the practices of Indian wrestlers and bodybuilders are thoroughly consistent with the belief that male strength and vitality depends on a rich and healthy supply of semen; and that this supply is threatened by nocturnal emissions, by simple outflow through the urine, and by sexual activity whether heterosexual, homosexual, or onanistic. According to Sumatipala *et al.*, anxieties regarding semen loss are not confined to India, having been reported from Sri Lanka and other parts of the subcontinent as well. Fear of semen loss and resulting problems is so strong that cures are advertised by *vaid*s and *hakims* everywhere—on walls, on television, in newspapers and on roadside hoardings.

In brief, we clearly have a theory of the relationship between semen and male health that is echoed in classical medicine, religion, politics of the Gandhian as well as the Hindu Nationalist sort, and a variety of cultural practices such as wrestling. But why refer to these concerns as a “syndrome”? Is what we call “*dhat* syndrome” not just a particular understanding of sexuality, of living in a male body? Is it not ethnocentric to medicalise and pathologise it, simply because it is exotic and unfamiliar? Such doubts are clearly implied by the second of Jadhav’s criticisms, which we should take very seriously indeed. There is little doubt that the original descriptions of many of the “classical” CBSs are associated with racist language and pseudo-evolutionary thinking, along with the “exoticizing” or “othering” of culturally distinctive ways of being. Indeed, the definition in DSM-IV is followed by a list of classical CBSs that remind me of nothing so much as the cabinet of Dr. Caligari. This is what led SUMATIPALA *et al* to argue that the very term CBS is “a relic of an imperialist Eurocentric heritage” (2004:208), and KIRMAYER (2007: 13) to argue that racist and chauvinistic attitudes lie behind the “discovery” and naming several classical CBSs, some of which are still found in the canonical list. Today, the racist, colonialist, and broadly “social evolutionist” assumptions of some early discussions of CBSs seem indefensible to us. They are exemplified in the words of MALHOTRA and WIG’s seminal study:

It seems that the Oriental culture condemns all

types of orgasms because they involve semen loss (WISE 1840, CARSTAIRS 1961, KOESTLER 1961). In comparison the Judeo-Christian cultures of the eighteenth and nineteenth centuries in Europe considered most types of sexual activities outside marriage as sinful.

The susceptible Oriental individual reacts to the belief system of semen loss. He seeks medical intervention for the symptom complex of the Dhat syndrome. We have demonstrated that lower socioeconomic background and illiteracy are contributing factors in the concept of semen loss. We expect that, with increasing literacy, progress in sex research will influence the Oriental culture and result in a reduced incidence of Dhat syndrome (1975: 527).

As recently as 1988 an Indian psychiatrist could write, evidently without irony, that CBSs are defined as such precisely because they are not found in the West.<sup>3</sup> In my view, the problem lies in taking heterosexual, white, middle-class, North Atlantic ways of inhabiting a male body as the norm, and pathologizing other ways that deviate from it. This is the psychiatrists' version of the idea that "everyone has an accent except me." An obvious solution to this problem is to recognize that Europeans and Americans, too, have their CBSs, and this is precisely what HACKING (1998) did in his book on fugue, the "mad travellers' disease." HUGHES, too, provides a list of conditions that have been analyzed as "Western" CBSs: "obesity (and its contraries, anorexia nervosa and bulimia), adolescent turmoil and rebellion, premenstrual tension syndrome (PMS), chronic fatigue syndrome, multiple personality disorder" and others (1998: 419). We can add hysteria with its well-documented changes over time (ATWELL 2007), and also the "Type A Behaviour Pattern" in its relation to heart disease, so brilliantly analysed by HELMAN (1987). HUGHES points out that in the task force for DSM IV included western CBSs in a list at the end of the book, but that the editors deleted it (1998: 415). But to return to Jadhav's critique: it became clear during my research that large numbers of young Indian men suffered in ways there were more or less precisely equivalent to what is meant by the term "dhat syndrome." To deny their suffering by claiming that it is an orientalist construction strikes me as indefensible.

A third critique has to do with the idea of a syndrome being "culture bound"—that is, being limit-

ed to a particular culture. Jadhav assembles quite a bit of evidence showing that in many cultures, semen is thought of as a vital body fluid, that its loss is a waste of the vital male essence, and indeed that "[a]lmost every conceivable form of physical and mental illness was once attributed to seminal loss, mainly by masturbation" (280). He goes on to report that *The Lancet*

carried an editorial in 1840 on the physical debility, mental impairment and moral degradation caused by seminal loss. Physicians believed that virtuous young men absorbed the spermatic fluid which enriched the blood and vita used the brain. Thus, there was consensual validation between the patient's and the doctor's view of such problems, quite like the one now between the traditional village healer and the native Indian. (*ibid.*)

Many authors have persuasively shown that the idea that loss of semen results in health problems is found in many cultures, especially the English-speaking world during the Victorian period. Whole generations of boys and young men were educated about the evils of masturbation in the school, in the church, and at home, and this was regarded as both a moral problem and a medical one. In short, "concerns about semen regulation are equally pervasive in Euro-American societies" and "distress over semen loss or retention is neither specific nor unique to South Asia" (JADHAV 2004: 2). But although it seems true that forms of mental distress very similar to *dhat* syndrome existed or previously existed at other times and places, this is no reason to question its existence in contemporary South Asia.

### The Ethnographic Evidence

In 2009 and 2010 I conducted research on sellers of herbal medicine on the streets of Kolkata and Delhi, and in the rural backwaters of U. P.: Muslim doctors, performers hawking various medicines on the street, nomadic purveyors of Ayurvedic medicine, and slum-dwelling tribal women who surreptitiously sold medicines on the sidewalk. Many of these medicines were meant to improve the quantity and quality of male semen. I interviewed dozens of these "footpath pharmacists," recorded their sales pitches, and observed their interactions with customers, and it didn't take me

long to discover that this entire complex more or less perfectly matched the *dhat* syndrome.

Much of my research focused on so-called “Majmawallas,” streetside purveyors of medicine in Kolkata and Delhi. All of them were Muslims, called themselves “Hakims” and claimed to derive much of their knowledge from Yunani medicine, which has come to be strongly associated with Islam although it is originally Greek (“Ionian” >> “Yunani”). Their biggest seller were medications for male sexual problems: erectile dysfunction, premature ejaculation, and semen loss, and when they mentioned semen loss and the problems associated with it, I often heard the young men in the audience whispering to each other, “*dhat!* It’s *dhat!*”

Three points are important here: first, that the classical *dhat* syndrome very much informs the standard routines of the Majmawallas; second, that they have a specific and consistent theory of semen; and third, that the young men who stop, listen to them, and purchase their medicines are concerned mostly with potency and erectile issues, and secondarily with semen loss (*dhat*). Here are some brief excerpts from the routine of one man in Kolkata who accompanied his routine with photographs and anatomical charts. He spoke Hindi, since the laborers who made up the majority of his public were Hindi-speakers.

An uneducated man gets sick, and he starts taking medicine to thicken his *dhaat*...Semen, *dhaat*, is the king of the body. But if it begins to leak out (*nikalnaa*), well, this can be stopped within 3-7 days—how? It can be stopped by taking a medical injection called “penediol.” If you take this injection, then within seven days you will be “corked” (*korak lag jaegaa*).

But this won’t cure the root (*jaD*) of the sickness. And this root is mostly to be found in young people. I have a special kind of grass; it is called *tiinto* grass. Bring thirty grams of it. Look! I have kept it here in my box. If you go to the big bazaar you will find it. And here are thirty grams of *bar gaach*. It’s the grass seed. I have put it in the water—look!<sup>4</sup> Do you know what kind of grass this is? If you even touch it, it will coagulate (*murjhaa jae-gaa*). Look, it’s Lajjavati—that fellow walking by on the street recognized it!<sup>5</sup> It saves a man’s honor<sup>6</sup>—listen! If these three things go into a man’s body, then—watch carefully!—then a man’s *dhaat*, a man’s *bijj*,<sup>7</sup> a man’s semen, will be braked, it will

be stopped—just like this [he points to the coagulated mixture].

Listen Babu-ji—you had a dirty thought, and you ruined your clothes. You went to a woman, you joked around, you touched each other, you were affectionate with one another (*pyaar mohabbat kaa baat kiyaa*). Case dismissed! (*mukadma pes decree khatam!*). For such a man, I say, “Get these three things and eat them!”

And I tell him to stop eating raw mangoes for one month. Stop eating them completely, and your semen will stop leaking. Look, you do something and it just oozes (*laafaa laafaa*) out like the water from an egg, like egg white (*diim*). But if you eat this regularly for 45 days, then it will increase (the quantity of the semen) in your body and make it *just like butter!*<sup>8</sup>

This Majmawalla went on to articulate a rather complex theory of semen and how to keep it thick and plentiful. Here is another excerpt from a different Majmawalla, Hajji Muhammad from Delhi, who was notable for his interactions with the crowd of onlookers.

Hajji Muhammad: A well-built man with long mustaches sat one day to urinate. Before and after the piss, a gluey, thick white liquid would come out. What do we call it? *dhaat*, *sapandosh*, *manii*, *BDA*, *nightfall*. While sleeping the clothes become messy. Can that guy go to a temple, a gurudwara, or a mosque in the morning?

Crowd: “No!”

Hajji Muhammad: Now let me tell you what are the symptoms of a *dhaat* patient, if there is a biology student here he can challenge if I am wrong! The symptoms: His palms will always be warm and he will feel hotness in the feet. Second, when he sits and stands up he feels pain in the lower back, calf muscles, in the head. He can’t sleep well and feels thirsty all the time. Also, if he squats for a long time he will feel darkness in front of the eyes when he gets up. One more thing: if a man has a *dhaat* problem then don’t let him get married!

Crowd: “Why!”

Hajji Muhammad: Why? Because if the girl is from a good family then she will still accommodate but if she is not virtuous then she will kick him in the ass and run away! Even if she stays back, then she will definitely get involved with the neighbors. Right or wrong?

Crowd: “Right!”

You might have hundreds of thousands of ru-

pees, take your wife for a ride in an airplane, take her to dinner in Pakistan, make golden jewelry, make diamond jewelry for her, but if you do not satisfy her desire (kvaish puurii nahiim kari to) then the revered woman (aurat shariif) will get her pleasure from servants or drivers. Right or wrong?

Crowd: "Right!"

Another Majmawala distinguished between various male sexual fluids:

There is "manii," "majj" and "maddii." "Majji" comes out first in a glue type (chaip) form. It lubricates the nerves of the penis (chiknahat ho jaati hai nali mein). This helps in easy discharge of manii (semen), which is thick (gaadhi), from the penis (nali). The last discharge is maddii, which clears the remnants of manii (semen) in the penis tube (nali). It is important that all three come out.

According to the Majmawala, all of these fluids were "natural" and their presence indicated sexual health. But when *dhat* was discharged with urine it indicated poor health, stemming from improper behavior.

I also conducted research on "traditional ayurvedic pharmacists" (*paaramparik aayurvedik davaakhaanaawaalaas*), urban nomads speaking a Gujarati dialect, whose tents are a familiar sight throughout northern South Asia, from Pakistan to Bangladesh. Their most popular medicines are for counteracting *dhat* or semen loss, and erectile dysfunction. One of their leaders, a man named Bishambar, told me that *dhat* was caused by heat in the urinary tract, which was in turn caused by excessive sexual activity. He claimed that his medicines would replenish this lost seem, leading to an increase in vigor and strength.

Thus it became clear to me that *dhat* syndrome is alive and well in India, and that it corresponds to my definition of a CBS: it is a form of "mental suffering" that does not fit in conventional psychiatric nosologies, is found in a limited number of sociocultural environments, is locally recognized and/or named, and for which indigenous theories and therapies exist. Others would agree, for example BHATIA & MALIK (1991) who, despite their vehement criticism of how CBSs often served to "otherize" non-Europeans, agree that *dhat* syndrome is prevalent in India.<sup>9</sup>

## Conclusion

In order to understand human health and illness, we must consider human beings in all their complexity: not only their material bodies but their intellectual, social, and spiritual aspects as well. That is why it is so deeply mistaken to "explain" mental illness as the naturalists do, in purely organic terms, as a kind of brain disease. Even if one were to agree (and I do not!) that many or most mental disorders were organically caused, still in order to understand their significance and choose the most appropriate response to them, one would necessarily have to see the suffering patient as a complex being, enmeshed in many different relationships, many or most of which are implicated in disorder. One would have to supplement the naturalist approach with the culturalist one. A mental "disease" does not exist outside its social context: it makes itself known in the first place in terms of unusual behavior or symptoms, it is classified in terms of some local etiology and nosology (perhaps even psychiatry), it is treated according to local methods (again, these might include psychiatry), and according to the success or failure of the treatment, the symptoms may be mitigated and the suffering person reintegrated into society. Or not. These acts of diagnosis, classification, and treatment are not mere responses to an external material or biological reality: they are historically and culturally conditioned human ways of making a world. In this sense, all syndromes are "culture-bound."

## Notes

**1** Compare KROLL's (1988) distinction between "lumpers" and "splitters."

**2** Insel's research on communication and social attachment amongst rodents and later, primates, had qualified him for this post. Before resigning to work for Google.com, he slashed funding for research into the social causes of mental illness, in order to focus on neuropsychiatry.

**3** AKHTAR 1988. This is a particularly ludicrous example of the genre; he mentions "bhang psychosis" and "keemam [he means kimaam] dependence," even though he evidently doesn't know what it is. Possession is pathologized immediately and without justification. Possession syndrome is associated predominantly with women, and lower classes. Most thorough source is SUMATHIPHALA *et al.*, though the logic is often tortured.

4. Later during my research, I watched as the same substances were mixed in more or less the same way, 1500 kilometers away, in Delhi.
5. When the majmawala asked if anyone in his audience knew what the grass was called, a man walking past on the other side of the street had called out "Lajjavati!"
6. The term *lajjaa* means "honor."
7. literally "seed."
8. Indian butter tends to be quite firm, like refrigerated butter in Europe and America.
9. Compare LOCK's fascinating (1987) discussion of *taijin kyofusho*, regarded by Japanese psychiatrists as a fully-fledged and often-diagnosed CBS.

## References Cited

- ALTER J. S. 1992. *The wrestler's body: identity and ideology in North India*. Univ of California Press.
- 2011. *Gandhi's body: sex, diet, and the politics of nationalism*. University of Pennsylvania Press.
- ATTEWELL G. 2007. Refiguring Unani Tibb: plural healing in late colonial India. *New Perspectives on South Asian History* 17. New Delhi: orient Longman
- BHATIA, M. S. & MALIK S. C. 1991. Dhat syndrome—a useful diagnostic entity in Indian culture. *The British Journal of Psychiatry* 159, 5: 691–5.
- BHATIA M. S. 1999. An analysis of 60 cases of culture bound syndromes. *Indian Journal of Medical Science* 53: 149–52.
- FIRST M. B. & PINCUS H. A. 2002. The DSM-IV Text Revision: rationale and potential impact on clinical practice. *Psychiatric services* 53, 3: 288–92.
- GOLDMAN R. P. 1978. Fathers, sons and gurus: Oedipal conflict in the Sanskrit epics. *Journal of Indian philosophy* 6, 4: 325–92.
- GUARNACCIA P. J. & ROGLER L. H. 1999. Research on culture-bound syndromes: New directions. *American Journal of Psychiatry* 156, 9: 1322–7.
- HACKING I. 1998. *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. University of Virginia Press.
- HAHN R. A. 1985. Culture-bound syndromes unbound. *Social Science & Medicine* 21, 2: 165–71.
- HELMAN C. G. 1987. "Heart disease and the cultural construction of time: the type A behaviour pattern as a Western culture-bound syndrome." *Social Science & Medicine* 25, 9: 969–79.
- HUGHES C. C. 1998. The glossary of "culture-bound syndromes" in DSM-IV: A critique." *Transcultural Psychiatry* 35 (3): 413–21.
- JILEK W. G. & JILEK-AALL L. 1985. The Metamorphosis of "Culture-Bound" Syndromes. *Social Science and Medicine* 21, 2: 205–10.
- KARP I. 1985. Deconstructing culture-bound syndromes. *Social Science & Medicine* 21, 2: 221–8.
- KINZIE J. D. & MANSON S. M. 1987. The use of self-rating scales in cross-cultural psychiatry. *Hospital Community Psychiatry* 38: 190–6.
- KIRMAYER L. J. 1987. Languages of suffering and healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review* 24: 119–36.
- 2007. Cultural psychiatry in historical perspective. In BHUGRA D. & BHUI K. (eds). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press: 3–19.
- LEE S. 1996. Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome. *Social Science & Medicine* 42, 1: 21–34.
- KLEINMAN A. 1987. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry* 151, 4: 447–54.
- KROLL J. 1988. Cross-cultural psychiatry, culture-bound syndromes and DSM-III. *Current Opinion in Psychiatry* 1: 46–52.
- LOCK M. 1987. DSM-III as a Culture-Bound Construct: Commentary on Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications. *Culture, Medicine and Psychiatry* 11: 35–42.
- MALHOTRA H. K. & WIG N. N. 1975. Dhat syndrome: A culture-bound sex neurosis of the orient. *Archives of Sexual Behaviour* 5: 519–28.
- PATEL V. & PRINCE M. 2010. Global mental health: a new global health field comes of age. *Journal of the American Medical Society* 303: 1976–7.
- PRINCE R. & TCHENG-LAROCHE F. 1987. Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, medicine and psychiatry* 11, 1: 3–19.
- SUMATHIPALA A., SIRIBADDANA S. H. & BHUGRA D. 2004. Culture-bound syndromes: the story of *dhat* syndrome. *British Journal of Psychiatry* 184: 200–9.
- YAP P. M. 1974. *Comparative psychiatry: A theoretical framework* (Vol. 3), published for the Clarke Institute of Psychiatry by University. University of Toronto Press.
- WHITE R. B. & GILIALAND R. M. 1975. Elements of Psychopathology. New York: Grune & Stratton.
- WILSON M. 1993. DSM-III and the transformation of American Psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry* 150, 3: 399–410.

## Framing Experiences

### Diagnosing and Explaining Dissociative Phenomena in Indian and Brazilian Mental Health-Care Institutions

ANNIKA STRAUSS & HELMAR KURZ

#### *A clinical narrative from India*

Case 3. Ms. E, a 15-year-old student in Delhi who was the youngest of five children, was brought to the walk-in clinic because on the previous morning she had claimed that she was Ms. F, an illiterate girl who had never attended school. She denied knowing any of her family members, spoke in an authoritative manner, and was very assertive and demanding. She claimed that she lived with her mother and brother at a different place in the same city and demanded to go and join them. On being permitted to go, she went to a friend's house and claimed that her friend's mother was her (the patient's) mother. She identified her friend and the friend's sister as her mother's servants. She stayed there for a full day, wore her friend's clothes, and had food of her own choice. As Ms. F she was very active, authoritative, and cheerful although she clung to her friend's mother.

The next day Ms. E was hospitalized. Her behavior as Ms. F was observed and documented in the ward. She reverted back to her normal self and had amnesia for the secondary personality. However, she insisted that she was illiterate and pretended to learn the alphabet from the student nurses. Ms. E had had conversion symptoms four times in the past year. Each time she had developed "blindness" before taking tests in school. Her scholastic difficulties were related to a change in the language of instruction from Hindi to English that year. The current illness was temporally associated with her final examinations. Her pre-morbid status was described as sociable, highly ambitious, and attention seeking. (ADITYANJEE *et al.* 1989: 1608)

#### *An ethnographic narrative from Brazil*

Elisângela is a 44-year old unmarried and childless teacher and has been suffering from melancholy and sadness since the age of nineteen after the death of two friends. In October 2015, she was admitted for the second time to HEM (Hospital Espírita de Marília, a Kardecist psychiatry) and di-

agnosed with a bipolar affective disorder. When asked why she is here, she responds:

Look, from my point of view, I am here because I am not able to defend myself against the people who curse and harass me. You know, they tell me to fuck off, and I cry. [...] As they harassed me repeatedly, I started not liking myself. People would not accept me as I am. Therefore, I started to criticize myself, too. [...] I did not like myself because so many people cursed and harassed me.

When asked who harassed her, she answers:

I cannot reveal! I came here to overcome my [...] pain...physical pain and pain of the soul...as I said already in the meetings.

The meetings Elisângela refers to are the lectures provided by volunteers like the medium Regina (see below). At one of these sessions, Elisângela reveals that her harassers are both living family members, but especially obsessing spirits, which she cannot rid herself off. She feels responsible for the death of her two friends, as she stresses that in both cases she foresaw their death but did not warn them. Elisângela thus now believes that she is a medium because she sees things, and then they happen. She thinks that she has to frequent a Spiritist center, developing her mediumship, and thus being able to help herself and others at the same time. She suffers a lot from being stigmatized as "crazy." (KURZ 2015, Fieldnotes)

#### Introduction

Above we displayed two different modes of framing of what one may term as "dissociative experiences" in transcultural psychiatry (*cf.* SELIGMAN & KIRMAYER 2008): a clinical narrative published by Indian psychiatrists in the *American Journal for Psychiatry* in 1989 and an ethnographic narrative from field research in Brazil by Helmar Kurz

in 2015, one of the authors of this article. As representatives of the research focus of Trans-/Cultural Psychiatry at the Institute of Social Anthropology in Münster, Germany, and emphasizing our long-standing cooperation with Ekkehard Schroeder we want to contribute in his honor concerning the question how the clinical view on experiences of dissociation phenomena varies and develops in the (psycho-)therapeutic nexus. HELMAR KURZ works on the diversification of mental health within a globally increasing medical pluralism. He researched in Spiritist institutions in Brazil (in the states of Bahia and São Paulo) and Germany. He focuses on dynamics of healing cooperation between psychiatric and religious-spiritual actors and related aesthetic modalities of healing.

ANNIKA STRAUSS researched in different psychiatric settings in and around the mega-city Mumbai (India). She is concerned with questions regarding biomedical practices, narratives, and discourses in Western and Non-western contexts. In our contribution, we aim at contrasting the different explanatory models and diagnostic categories regarding mental health and well-being the two narratives above draw on.

Explanatory models refer to ideas on causes, diagnostic categories, and treatment options of illness experiences. They are developed by various persons actively or passively involved in the therapy process: patients, healers, community members, and religious experts alike. Explanatory models regarding mental distress reflect social relations and the dynamics of stigmatization and (re-)integration of afflicted individuals, as well as alleged causes, effects, and consequences of the illness experience. Accordingly, individual experience (illness), professional diagnosis (disease), and social aspects (sickness) of “mental distress” correlate with culturally or socially defined frames (KLEINMAN 1988a). However, KLEINMAN (1988b) stresses the importance of individual narratives for the interpretation of practices, experiences, and meanings of illness and therapy. Thus, an investigation of explanatory models and the related diagnostic systems should include social and cultural frameworks and at the same time individual experiences and resources (cf. KURZ 2018b).

Religion and spirituality are such personal resources which influence illness experience and explanatory models regarding mental, emotional,

and spiritual distress and thus interact, intersect, and sometimes compete with the scientific discipline of psychiatry (cf. BASU *et al.* 2017). NICTER (1981) has shown how individual experiences reflect certain social contexts in terms of culturally provided “idioms of distress” which themselves provide culturally accepted diagnostic categories. He points out that the particular manifestations of distress always should be analyzed in relation to personal and cultural meaning complexes as well as the availability and social implications of co-existing idioms of expression. However, three decades later when reviewing his classical article, NICTER (2010) stresses the importance of individual experience which shapes socio-cultural diagnostic practices, and not vice versa.

The two narratives above reflect different modes of interpretation. Depending on the socio-cultural frame the illness narratives and experiences are embedded in, they are labeled as possession, mediumship, spiritual obsession, or dissociative disorder respectively.

The *first example* focuses on diagnostic categories that refer to a particular knowledge system in the ethnomedical context of Indian psychiatry. Psychiatric diagnosis as a social practice relates to culturally generated explanatory models and narratives concerning individual experiences (JUTEL 2011). As KLEINMAN (1988b: 16) states “[a] corollary to the meaning of symptoms is the semiotics of diagnosis.” The discussion of the emergence of Multiple Personality Disorder (MPD) in Indian Psychiatry focuses on the perspective of the “healer,” namely mental health professionals and the relation between “imported” Western diagnostic categories (MPD) and local diagnostic categories (possession). The discussion of the Indian example indicates that neither psychiatric diagnosis as a knowledge system nor the illness experiences it tries to frame and describe remain stable over time. Instead, they change, shift and transform and dynamically react to diverse socio-cultural influences and global developments.

The *second example* from Brazil is more concerned with the question of how explanatory models relate towards possession experiences from the perspectives of patients. It nonetheless also touches on the relation between local diagnostic categories (spiritual obsession and mediumship) and psychiatric diagnostic categories (depression,

bipolarity, anxiety). Thus it relates to current discourses in medical anthropology on the diversification of mental health practices (KURZ 2017) and their relation in terms of establishment or refusal of healing cooperation of medical/psychiatric and religiously/spiritually informed practices (KURZ 2018a). It corresponds to a development of scientific discourses on spirit possession/obsession from psychopathology towards a resource of transformational healing, agency, and de-stigmatization (*cf.* SCHMIDT 2016).

Our final discussion compares the two culturally divergent examples of diagnostic practices related to dissociative experiences in terms of the variation and development of clinical views in the context of encounters between Western psychiatric and local, spiritually informed diagnostic practices. We want to shed light on how experiences, narratives and diagnostic practices as interconnected components of explanatory models regarding mental health relate to each other. Doing this, we do not only draw on the different socio-cultural contexts the two examples are embedded in, but also consider spatiotemporal dimensions. In other words, we will address the question of how illness narratives and explanatory models are related to time and environment. We dedicate this contribution to Ekkehardt Schröder who can be considered as a medium of interdisciplinary communication and exchange himself. Not at least through his longstanding work for *Curare: Journal of Medical Anthropology* Ekkehardt contributed towards an understanding of explanatory models, diagnostic categories, illness narratives and experiences throughout time and space for the last forty years.

### **“The Emergence of MPD”—Multiple Personality Disorder vs. Possession Syndrome as a Diagnosis in Indian Psychiatry**

ADITYANJEE *et al.* (1989) discuss the case above in relation to two more cases of Multiple Personality Disorder, which they encountered over a period of three years in an outpatient clinic in New Delhi. All, one boy and two girls, are adolescents (around 15 years old) and all students with a middle-class background. The authors note that “multiple personality disorder is still a clinical rarity in India” (*ibid.* 1608). Comparing the three cases with clin-

ical presentations from the West where persons often had ten or more personalities, they observe that the “number of distinct alternate personalities in these cases is relatively small” (*ibid.*). Furthermore, in all three cases, the transition from one personality to another was mediated by overnight sleep: “Such a transition may be peculiar to the Indian situation, as the Hindi cinema has glamorized dramatic changes in behavior and personality brought about by events such as sleep or automobile accidents” (*ibid.*).

The authors identify two lines of internal conflict which they deem as typical for the age of the teens and the socio-cultural context. Firstly, all three of the young people had been undergone psycho-social stress, because they were involved in a love affair that was not approved on by their families as premarital sexual relationships are considered as unacceptable. Secondly, the secondary personality represented the diametric opposite of the perceived self-image. In the case above, the secondary personality reflected the difficulties faced in school by the patient: “In Indian society a good education is the only way for upward social mobility; children and adolescents face considerable pressure from their parents to perform well in their studies” (*ibid.*). Interestingly, in the other two cases, the secondary personalities impersonated an idealized self-image that was Westernized and e.g. spoke English rather than Hindi.

There are several points I want to make and illustrate here with this psychiatric article at hand. One concerns how the Diagnostic Statistical Manual on Mental Disorders (DSM) published by the American Psychiatric Association and Western diagnostic categories serve as a catalyzer for the discovery of new diseases and in “making up people” (HACKING 1986). We could understand the application of the diagnosis of MPD as a case of a “category fallacy” as pointed out by KLEINMAN (1977). And indeed the authors note the similarity of the cases to another dissociative disorder far more common in India, namely possession phenomena, when an afflicted person after a usually sudden onset behaves “as if a religious deity or the spirit of a dead relative has taken over his or her mind and body” (ADITYANJEE *et al.* 1989: 1609).

It mostly affects women of lower socioeconomic classes and lower levels of literacy. The possessing spirit usually “makes various demands on the

surroundings, usually on close relatives who humbly comply with them" (*ibid.*). While the authors in this article do not discuss possession as a differential diagnosis, an article published fifteen years later by GUPTA & KUMAR (2005) does elaborate in more detail on the diagnostic differences.

It discusses the case of a fourteen-year-old girl from Delhi with an alternate male personality that she apparently developed as a reaction to the separation from her sister when her father left her mother on the issue of not having a son. Her mother reported a change in her behavior, that she became stubborn, confident, outgoing and demanding in contrast to her earlier behavior. She further developed an interest in drawing and painting and demanded different types of fast food, dresses, and articles. Her mother readily fulfilled all her demands. The girl stopped going to school as well. She suffered from "fainting episodes" for one year, before she was found one morning after such an episode in the altered state of her male identity. She acquired this state recurrently for around ten to fifteen days before she returned to her original state for one to two days. The demanding attitude of the alternate personality, the sudden onset in connection with a fainting episode and the embodiment of a character that was not appropriate of the girl's original, female character resembles symptoms of possession.

But this diagnosis is ruled out by the authors because the girl "was not aware of her immediate surrounding and her true identity during these attacks and did not remember about these episodes in normal periods" (*ibid.* 99). Additionally, they claim that the "personality assumed is always that of a concrete known person or a deity whose characteristics are socially agreed upon" (*ibid.*). The discussion, if the girl's symptoms could be described rather as possession or MPD, illustrates that effective classification is based on the recognition of difference as well as similarity between categories (*cf.* JUTEL 2011: 15). Nevertheless, the boundaries that are drawn in classification systems of disease are not necessarily reasoned logically, but rather reflect pragmatism and the context of their socio-cultural origin. This ambivalence is remarkably reflected in the article by ADITYANJEE *et al.* (1989) when they comment:

The cross-cultural differences may also be explained on the basis of divergent diagnostic prac-

tices. Traditionally, the diagnostic category of possession syndrome has not been available to psychiatrists in the West. Most of these cases might have been lumped together with multiple personality disorder. Such a tendency is reflected in DSM-III-R, which explicitly states that 'the belief that one is possessed by another person, spirit, or entity may occur as a symptom of Multiple Personality Disorder. In such cases the complaint of being "possessed" is actually the experience of the alternate personality's influence on the person's behavior and mood. Alternatively, the historical bias in North America toward overdiagnosis of schizophrenia may have resulted in interpreting the feeling that one is possessed as a delusion in a psychotic disorder such as schizophrenia (...). On the other hand, it is possible that most of the cases of multiple personality disorder in India have been diagnosed as possession syndrome, a nosologic entity with fairly good evidence of face and descriptive validity (*ibid.* 1609).

We rarely find such a reflexive approach to how diagnostic practices are shaped by their socio-cultural context and available classification systems in Western psychiatric articles, where it is assumed that the psychiatric approach is scientifically "neutral" in its empirical orientation.

The attitude reflected in the article represents a comparative approach that Annika Strauss generally encountered in clinical practice and in interviews with psychiatrists, who often explained how psychiatry works in India by juxtaposing it to "Western" psychiatry or "Western" diagnoses. This insight may hint to how Indian psychiatric practice conceptualizes itself comparatively, as a "variant" of Western psychiatry. Ironically that is even reflected in the cases of the presented multiple personalities, where the alternate personality in two cases represents an "idealized, westernized self-image." In contrast, Western psychiatry at that time mainly perceived itself as "culture-neutral" and tended to discover "cultural bound syndromes" in other cultures rather than recognizing how culture-bound its own approaches were (JADHAV 2004). However, ADITYANJEE *et al.* conceptualize the—for India—common possession syndrome and multiple personality disorder as "parallel dissociative disorders with similar etiologies despite some major differences in clinical profiles" (*ibid.* 1989: 1610).

Interestingly, the reflexive and causality ori-

ented approach is not reflected in the article by Gupta and Kumar, who focus exclusively on the clinical and formal features of their case. It may be a consequence of the global development of psychiatry towards a more symptom and bio-genetic oriented practice, which is less concerned with the contexts and psycho-social dynamics of mental illness. In the late 1980s ADITYANJEE *et al.* expected the rate of possession syndrome to be likely to fall, because of “the increasing Westernization of Indian society” and “increased awareness among Indian psychiatrists of multiple personality disorder as a nosologic entity” (*ibid.* 1989: 1610). What happened instead was that MPD was renamed to “Dissociative Identity Disorder” (DID) in the DSM-IV that was published in 2000. Gupta & Kumar nevertheless still make use of the diagnostic category “MPD” when their article was published in 2005. In the DSM-V eventually, the definition of DID acknowledges that “experiences of pathological possession in some cultures are included in the description of identity disruption” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013: 10).

What does the case of MPD in India tell us about diagnostic categories and “making up people?” Clearly, on the one hand, we can see the application of MPD in India as a “category fallacy” because the diagnosis was not developed and validated in this cultural context. On the other hand, it illustrates how people suffering MPD are made up by professional psychiatric knowledge entering the Indian Mental Health context. One driving force is the expert knowledge, *e.g.* by psychiatrists learning about the existence and symptoms of MPD. Another important impact has the popular knowledge spread by *e.g.* Indian cinema, as it is also mentioned in the article by Adityanjee *et al.* Movies, in particular Bollywood Movies, serve as an important catalyzer in shaping peoples images of mental illness and mentally ill persons since the 1950s (*cf.* BHUGRA 2006).

Of the several Bollywood movies that portrait MPD and its symptoms two recent examples are worth mentioning. The first is the movie *Bhool Bhulaiya* (PRIYADARSHAN 2007): A female main protagonist, who later on will be diagnosed as suffering from MPD by an American Indian psychiatrist, displays symptoms very similar to spirit possession and is finally healed by an exorcism ritual (*cf.* BASU 2011: 79). The second movie *Karthik*

*calling Karthik* (LALWANI 2010), portrays an introvert main character who lacks confidence and feels trapped in his average job at a construction company. He develops an alter-ego that is more assertive and regularly calls him anonymously to advise him on how to live life. His diagnosis nevertheless turns out not to be MPD, but schizophrenia—obviously influenced by the stereotype that schizophrenic people suffer from a “split mind.” As BASU (2011: 74) points out, the representation of psychiatry and psychiatric diagnosis in popular culture cannot be understood as a portrait of clinical reality or scientific insights, but the stories and narratives transform their image and creatively integrate them in local contexts, traditional explanation models of madness and its treatment.

The reports discussed above by ADITYANJEE *et al.* and GUPTA & KUMAR present an “Indianized” version of MPD, encompassing a concept of person and self present in the “westernized” and “educated” Indian middle class, that often condemns the belief in spirits as “backward” (QUACK 2012): On the one hand, the “symptoms” described in the articles are similar to the ones that often can be observed in the context of possession phenomena (*e.g.* only one alternate personality, inappropriate and demanding behavior for the person’s gender). On the other hand the “alternate personality” is no spirit or ancestor with certain social meanings or characteristics that “possesses” the person, but instead an idealized version of the self. The “idioms of distress” (*cf.* NICHTER 1981) seem to have shifted in accordance with a change in socio-cultural lifestyle and values in the urban centers. What we do not come to know through the articles though, is how the patients themselves and their relatives explain and experience these alternate states of being.

### **Spiritual Obsession and Mediumship as Explanatory Models and Diagnostic Categories within Spiritist Psychiatry and Spiritist Centers in Brazil**

In Brazil, diagnostic categories of “mediumship” and “spiritual obsession” serve as explanatory models regarding experiences of mental distress as spiritual (external) influence. They serve to escape stigmatization, to develop a new social role, and especially to cope with one’s personal expe-

rience in terms of activating individual resources. This aspect is especially true for healing practices within Kardecism, a highly institutionalized movement within the Brazilian Spiritist continuum. Kardecists developed different kinds of healing cooperation with the official Brazilian healthcare sector and established a network of Spiritist psychiatric hospitals throughout the country (cf. KURZ 2018a).

Kardecist explanatory models link spiritual ontologies to psychiatric issues and stress the human spirit's experiences throughout current and past lives. Besides social, biological or psychological reasons for mental distress, it is assumed that the spirit of a patient would reincarnate to morally develop and to rectify past mistakes. Obsessive processes are explained as dynamics to inflict self-punishment on the patient's spirit for bad deeds in past lives, or as a process where spirit obsessors would seek revenge for those. Spiritual obsession thus is understood as a psychiatric-spiritual problem. The suggested therapeutic intervention involves mental hygiene, cultivating Christian discipline and charity as resources for self-examination, self-control, self-development and self-empowerment through the study of Spiritist literature, prayers and practices of fraternal attention. Bio-energetic fluid therapy related to Mesmer's animal magnetism and disobsession practices as "mild exorcisms" are considered as further contributions. Within the Hospital Espírita de Marília (HEM) in the Brazilian state of São Paulo, healing cooperation between psychiatrists and Kardecists has been established with the support of volunteers from the local Spiritist network to fulfill HEM's promise to "treat people with love." They provide to the patients lectures and study groups of Spiritist doctrine and laying-on hands as bio-energetic fluid therapy. They also meet for mediumistic sessions of disobsession without the participation of patients to deal with disturbing spirits and have them treated in a hospital on the spiritual level. (KURZ 2017; 2018a, b)

Above, I already briefly introduced the narrative of Elisângela (name changed), who is a psychiatric patient in HEM. Now, the interrelated case study of Regina will be presented to demonstrate the impact of Spiritist explanatory models of spiritual obsession and mediumship on the narratives and social experience of patients and on their re-

lation to psychiatric diagnostic categories. Regina is a medium who participates in disobsession meetings. She also is part of the Spiritist council of HEM, and she is one of the volunteers who lecture and discuss Spiritist literature with patients like Elisângela. She is about 75 years old, widow, mother of five, and a retired teacher. She was a single child and talks about her father with intense affection. She grew up with a fear of spirits and the dark, and she believes that she has been a medium since the age of twelve when she began "sensing things," suffering from insomnia and feeling sad. After Regina married and her first daughter turned six months old, her father died young of a heart attack. Shortly after, when she was pregnant with her second child, her disturbing experiences started:

I stayed fatigued, as it is normal for a woman after the second month. So every night at eight o'clock, I was ready to go to sleep. My husband would have to go to bed early with me, or I had to sleep in the living room on the couch, crashing in front of the TV, because I was afraid to stay on my own in the bedroom, once this phenomenon only happened when I was on my own [...]. I would hear a voice right in my ear, like an echo of these microphones turned on too loud, and it says: 'My daughter, I love you ... I love you a lot, my daughter.' [...] And this left me with fear ... freaking out ... scared. [...] And this phenomenon would repeat several times. [...] It could not go on like this ... so what should we do? And I tell you, the only way was to turn to Kardecism [...].

She participated in a mediumistic session where the spirit of her father was directed to the before mentioned hospital on the spiritual level to find support there. She was told that she is a medium and would have to start to frequent a Spiritist center and to participate in study groups, which she did whenever possible. She never had any more comparable experiences until her husband died some ten years later. Again, she would hear his voice at night, even though in a much more peaceful way than was the case with her father. Regina declares that with the death of her husband and with all the problems that come with being a single mother, she owes her balance to Kardecism. Especially after retiring, she spent a lot of time there to develop her mediumship in special training groups. She started to participate in weekly

disobsession meetings as a medium who incorporates spirits of deceased people. It helps her in a threefold way: 1) She is able to help obsessive spirits and their victims (the psychiatric patients), 2) she is able to release disturbing sensations which accompany her during the week, and 3) her experiences are valued as mediumship instead of being pathologized in psychiatric terms.

Elisângela's and Regina's narratives reveal how the explanatory models of spirit obsession and mediumship are interrelated and dealt with in practice. Spirit obsessors are identified as external causes of mental illness. It is not so much a way of legitimizing abnormal behavior but an approach of making sense to experiences in terms of the Spiritist doctrine. Interpreting experience as mediumship substitutes a psychiatric diagnosis and provides a transformation towards agency regarding care and self-care. Regina is exemplary in this regard: she hears voices but turns to Spiritism where her experiences are held in high esteem. She interacts with a social peer group who perceives her experience as a gift and interprets it as mediumship and the ability to deal with spiritual obsessors. From a psychiatric point of view, one could argue that she is showing specific symptoms ('hearing voices'). However, her spiritual involvement and the related explanatory models of spiritual obsession and mediumship keep her off severe suffering and psychiatric treatment. Elisângela has similar experiences (clairvoyance) but lacks comparable social support. However, evangelization treatment by volunteers like Regina in HEM is helping her to get back on track, and, like Regina, she wants to use her experience to help others, thus transforming her experience of spiritual obsession into a practice of mediumship.

This chapter does not aim to discuss causes, effects, or the reality of possession/obsession experiences, but seeks to understand diagnostic categories related to explanatory models and individual narratives as postulated by KLEINMAN (1988b). A particular pattern shapes the experience of persons who allege that they are mediums and/or victims of spirit obsession, namely a gradual transformative process from "patency" to "agency." Afflicted persons develop practices and habits which do not deny but integrate experiences normally stigmatized as "madness." At the psychiatric Hospital Espírita de Marília (HEM), con-

cepts of mediumship and obsession are integrated into explanatory models for mental, emotional, or spiritual distress. They do not contest psychiatric diagnostic categories but offer a complementary approach to the interpretation of human suffering and are supported by most health professionals. The case studies reveal the dynamics of how these explanatory models within Kardecist mental health-care address the self-responsibility of patients. Far from stigmatizing individual experience as "madness" (cf. LEIBING 1995), they offer explanations in terms of making sense and as strategies to deal with it. Regina's case is exemplary from an etiological point of view, too. Like Elisângela, she has a disposition for an affective disorder related to the loss of her deceased beloveds and experiences extraordinary sensory phenomena (Regina "hears" and Elisângela "sees"). Both are of comparable social background (urban middle class, teachers) and have to deal with unsatisfying life situations (Elisângela wants children but has none; Regina at some point is left alone with five children). However, Regina never became a psychiatric patient. Her experience is interpreted as mediumship and the influence of spiritual obsessors (though in her case of benevolent ones). She experiences how people make sense of her experience and help her to resolve it in the Kardecist context. She starts to study Kardecist doctrine and actively integrates related discourses and practices as dispositions of a new (Kardecist) habitus of spiritual development, charity, and support of others.

Elisângela has not been so lucky, as she has been admitted twice as a psychiatric patient. She suffers from feelings of guilt and has been treated even by family members as "mad" when she started to communicate her experiences. However, the concepts of mediumship and spirit obsession offer an explanation to her which she can actively work with and which provides a future perspective to her. These approaches are integrated into the treatment of psychiatric patients, and many start to frequent Spiritist centers after they have been released. In general, it seems to be more socially acceptable in Brazil to talk about spiritual issues than of psychiatric ones.

### Framing Experiences—The Emergence of New Explanatory Models and Diagnostic Categories

The above examples from Indian and Brazilian psychiatry indicate the impact of changing socio-cultural discourses and contexts on forging new ‘disorders’ and the provision of alternative diagnostic categories. A classic medical anthropological example for this phenomenon is NICTHER’S (1981) description of certain “idioms” by which South Kanarese Havic Brahmin women communicate mental distress. During his study in the 1970s, he observes that some decades ago, possession was a common experience for Havic women, particularly

during that period of their lives when they maintained a low or ambiguous status in the family, *i. e.*, when they were mature but unmarried, newly married, married but childless, or widowed. (*ibid.* 396)

Subsequently, though, cases of possession declined, and an increasing number of women found refuge in devotional (bhakti) movements. Nichter explains this development connected to specific Brahmin values, norms, and stereotypes. If a possession case occurs, it carries with it a certain degree of social stigma if not an embarrassment for the family because spirit possession is implicitly associated with impurity. Brahmins, who are in a state of purity, are thought of being—compared to other, impurer castes—less vulnerable to attacks by malevolent spirits. Nevertheless, the continued decline of possession cases among Brahmin women during the 1970s is related—according to Nichter—to concomitant social factors including increased economic status, education, modernization, and prestige consciousness. These social developments led to a situation, in which possession is viewed as an even more marginal state than it has already been in the past (*ibid.* 393).

Mental health-related diagnostic categories and explanatory models change and develop over time according to social, cultural, economic, political factors and last but not least they are embedded in the dynamics of scientific progress. These developments are not restricted to non-Western cultures, as SHORTER (1998) shows in his “History of Psychiatry” for the European context (*cf.* GAINES 1992). However, trends and dynamics

of these developments extremely vary from place to place: the allegedly universalist approaches of psychiatric diagnostic categories as presented in the DSM and International Classification of Disease (ICD) published by the World Health Organization (WHO) are locally implemented in different ways and provide new spaces of interaction, cooperation, and contestation (*cf.* BHABHA 1994).

How and in which socio-cultural contexts explanatory models—in the shape of diagnostic categories and clinical narratives—relate to personal experiences of dissociative states, fundamentally depends on their inclusion of local concepts of person, self, body and consciousness. Take as an example the psychiatric symptom of “auditory hallucination” or “hearing voices:” Tanya Luhrmann shows how the experience and awareness of “inner voices” or “voices of other persons in the head,” but also “praying” as a dialogue with God differs cross-culturally and depends on an “inner sense cultivation” (LUHRMANN *et al.* 2015, LUHRMANN & MORGAIN 2012). This idea of “inner sense cultivation” also hints at Brazilian Spiritist diagnostic categories and healing practices, especially when relating to experiences of spiritual obsession and mediumship training (*cf.* KURZ 2017).

For the 1980s and 1990s, Leibing (1995) shows that individual experience, psychosocial aspects, and cultural idioms of distress have been widely ignored within conventional Brazilian psychiatry. Therapy was mainly reduced to medical treatment and group therapy. This, though, has been progress compared to previous practices when psychiatric patients were locked away in working camps under miserable conditions (*cf.* THEISSEN 2009). A psychiatric diagnosis is extremely stigmatized in Brazil until today, and patients often become socially excluded (*cf.* LEIBING 1995, THEISSEN 2009). Accordingly, the Brazilian psychiatry reform since the early 2000s pursues a de-hospitalization strategy and aims at the social reintegration of patients in their communities with minimal medical treatment but support by local psycho-social attention centers (CAPS). However, sufficient capacities and resources are lacking, and many patients are left alone without treatment, turning themselves towards religious institutions like Spiritist centers. Some seek support in one of the few remaining psychiatric hospitals, which are mainly maintained by Kardecist associations trying to resist

the efforts of the official health-care system (SUS) to shut them down (cf. KURZ 2017, 2018a). Not only do patients find social support and psycho-therapeutic treatment there, but their narratives are interpreted in terms of experiences of spiritual obsession and mediumship, thus providing additional diagnostic categories which are less stigmatizing and even valued as capacities to help others. Thus, a transformation of the patient is induced which leads from passivity to agency by the cultivation of mediumship practices and a Spiritist habitus which includes the study of Spiritist literature, mediumship development, and charity (cf. KURZ 2017).

Juxtaposing the examples of India and Brazil, we observe contradictory strategies of framing dissociative experiences in two so-called “emerging countries” in terms of relation, cooperation, and contestation of religious-spiritual idioms of distress (possession/obsession, mediumship) and diagnostic psychiatric categories, besides economic and political aspects. India’s elite and higher middle class, including most Indian psychiatrists, perceive “possession” as marginal and stigmatizing in terms of being contrary to a progressive rational and scientific discourse. Therefore, Indian mental health professionals favor diagnostic categories as provided in DCM and ICD to frame dissociative experience, as for example “conversion disorder,” that is far more commonly used than MPD. In Brazil, not only the psychiatric diagnosis of an individual, but the discipline of psychiatry in general is stigmatized and marginalized. Kardecist diagnostic categories and framing modes of experiences and narratives thus develop approaches to de-stigmatize patients via alternative and/or complementary explanatory models. At the same time, approaches evolve that strengthen the discipline of psychiatry in terms of integrating different framing modes of dissociation experiences.

In both examples, we observe processes of variation of cosmopolitan psychiatric explanatory models and the framing of dissociative experiences and related narratives over time. As the Indian example indicates, local modifications of the globalization of psychiatric explanatory models within different cultural and socio-political contexts also relate to public discourses that are reflected in media (film) productions. The same is

true for Brazil, where the popular medium Francisco Cândido “Chico” Xavier (1910–2002) published several hundred psychographic books with over 20 million copies sold in Brazil alone. Especially his works with the “ghostwriters” Emmanuel and André Luiz have been influential in the development of Spiritist explanatory models and healing practices. André Luiz is the main character of “Nosso Lar” (XAVIER 1944), one of Xavier’s most famous works, which as a movie (ASSIS 2010) became a blockbuster in Brazil. The main topic is the life and death of medical doctor André Luiz, who develops from a suffering and afflicting spirit to a helping one. He becomes an inhabitant of a colony in the spiritual plane which provides a hospital where afflicted and afflicting spirits are treated, an idea that is essential for the disobsession process. Since the 2000s, Spiritist narratives and framing of experience are also increasingly integrated into and elaborated within the popular *telenovelas* (cf. JHIN 2010) and other TV-productions in Brazil, thus promoting their acceptance within the Brazilian population (cf. KURZ 2015).

Thus, the emergence, development, and distribution of explanatory models as a conglomerate of diagnostic categories, illness narratives, and interpretations of experience are not restricted to clinical practice, spiritual discourse, or scientific progress but are influenced and transported by popular media. Media integrates, contests, and affects contradictory and complementary approaches (not only) related to mental health over space and time.

## References

- ADITYANJEE M. D., RAJU G. S. P. & KHANDELWAL S. K. 1989. Current Status of Multiple Personality Disorder in India. *American Journal of Psychiatry* 146, 12: 1607–1610.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM 5. <https://web.archive.org/web/20150226050453/http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Changes-from-DSM-IV-TR> (Access on 2017-09-08).
- BASU H., LITTLEWOOD R. & STEINFORTH A. (eds) 2017. *Spirit & Mind: Mental Health at the Intersection of Religion & Psychiatry*. Berlin: LIT.
- BASU H. 2011. Darstellungen der Psychiatrie in indischen Filmen. *Zeitschrift für Ethnologie* 136: 69–92.
- BHABHA H. K. 1994. *The Location of Culture*. New York: Routledge.

- BHUGRAD. 2006. *Mad Tales from Bollywood. Portrayal of Mental Illness in Conventional Hindi Cinema*. Hove: Psychology Press.
- GAINES A. D. 1992. Medical/Psychiatric Knowledge in France and the United States: Culture and Sickness in History and Biology. In: *Ibid.* (ed), *Ethnopsychiatry—The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*. Albany, NY: State University of New York Press: 171–201.
- GUPTA A. & KUMAR D. 2005. Case Report: Multiple Personality Disorder. *German Journal of Psychiatry* 8: 89–100.
- HACKING I. 1986. Making Up People. In HELLER T. C. et al. (eds). *Reconstructing Individualism. Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought*. Stanford, CA: University Press: 222–236.
- JADHAV S. 2011. How Culture Bound is ‘Cultural Psychiatry?’ *Indian Psychiatry* 4: 6–7.
- JUTEL A. G. 2011. *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*. Baltimore, MD: John Hopkins Univ. Press.
- KLEINMAN A. 1977. Depression, Somatization and the “New Transcultural Psychiatry.” *Social Science & Medicine* 11: 3–9.
- 1988a. *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- 1988b. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- KURZ H. 2015. “Depression is not a Disease. It is a Spiritual Problem:” Performance and Hybridization of Religion and Science within Brazilian Spiritist Healing Practices. *Curare* 38, 3: 173–191.
- 2017. Diversification of Mental Health: Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing. *Curare* 40, 3: 195–206.
- 2018a. Trans-Cultural and Transnational Transfer of Therapeutic Practice: Healing Cooperation of Spiritism, Biomedicine, and Psychiatry in Brazil and Germany. *Currare* 41, 1+2: 35–49.
- 2018b. Affliction and Consolation: Mediumship and Spirit Obsession as Explanatory Models within Brazilian Kardecist Mental Health-Care. In NUNES M. & MARQUES T. P. (eds). *Legitimidades da Loucura: Sofrimento, Luta, Criatividade e Pertença*. Salvador: EDUFBA: 129–154.
- LEIBING A. 1995. *Blick auf eine verrückte Welt. Kultur und Psychiatrie in Brasilien*. Münster: LIT.
- LUHRMANN T. M. & MORGAIN R. 2012. Prayer as Inner Sense Cultivation. *Ethos* 40, 4: 359–389.
- LUHRMANN T. M. et al. 2015. Differences in Voice-Hearing Experiences of People with Psychosis in the USA, India and Ghana. *British Journal of Psychiatry* 206, 1: 41–44.
- NICHTER M. 1981. Idioms of Distress. Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: A Case Study from South India. *Culture, Medicine & Psychiatry* 5: 379–408.
- 2010. Idioms of Distress Revisited. *Culture, Medicine & Psychiatry* 34: 401–416.
- QUACK J. 2012. *Disenchanted India: Organized Rationalism and Criticism of Religion in India*. Oxford: University Press.
- SCHMIDT B. E. 2016. *Spirits and Trance in Brazil: An Anthropology of Religious Experience*. London: Bloomsbury.
- SELIGMAN R. & KIRMAYER L. J. 2008. Dissociative Experience and Cultural Neuroscience: Narrative, Metaphor, and Mechanism. *Culture, Medicine & Psychiatry* 32: 31–64.
- SHORTER E. 1998. *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: Wiley.
- THEISSEN A. J. 2009. *The Location of Madness. Spiritist Psychiatry and the Meaning of Mental Illness in Contemporary Brazil*. Ann Arbor: Proquest.
- XAVIER F. C. 1944. *Nosso Lar*. Brasília: FEB.

### Filmography

- ASSIS 2010 (Portuguese). *Nosso Lar*. Brazil (Movie).
- PRIYADARSHAN 2007 (Hindi). *Bhool Bhulaiyaa*. India (Movie).
- LALWANI 2010 (Hindi). *Karthik calling Karthik*. India (Movie).
- JHIN 2010 (Portuguese). *Escrito nas Estrelas*. Brazil (TV-Production/Telenovela).

# Über ein frühes Bild des brasilianischen Urwaldes von Johann Moritz Rugendas

HANNES STUBBE

*Wie eine lebensfrische Naturbeschreibung,  
so ist auch die Landschaftsmalerei geeignet  
die Liebe zum Naturstudium zu erhöhen.*

A. von Humboldt, Kosmos

*Den interessantesten Theil der brasilianischen  
Landschafts-characteren bilden unstreitig die  
Urwälder, welche den größten Theil der Ostküste  
und die Ufer einiger großen Flüsse im Innern des  
Landes bedecken. Zugleich ist es aber auch derjenige,  
dessen Schönheiten und Eigentümlichkeiten  
am wenigsten in einer Darstellung oder  
Beschreibung wiedergegeben werden können.*

J. M. Rugendas, Malerische Reise in Brasilien

## Einführung

Das Eindringen des Urwaldes<sup>1</sup> in die geistige Kultur Europas d. h. in die Literatur, Bildende Kunst, das Theater und die Oper ist erst sehr spät und spärlich erfolgt. Die antiken Griechen und Römer hatten ihre Wälder zugunsten ihrer „Hochkultur“ abgeholzt, und zivilisierte Historiker wie Tacitus (55–120 n. Chr.) waren deshalb sehr erschrocken über die Urwälder Germaniens<sup>2</sup>, die er selbst kannte. Er schreibt in seiner *De origine et situ Germanorum* auch *Germania* (98 n. Chr.) genannt:

Terra, etsi aliquanto specie differt, in universum tamen aut silvis horrida aut paludibus foeda ... (*Germania*, cap. V) [Die Landschaft zeigt zwar im Einzelnen eine gewisse Abwechslung, ist aber im Ganzen doch schaurig durch ihre Wälder oder durch Sümpfe entstellt ...].

Die Situation dieser Wälder in West- und Mitteleuropa in der Zeit des frühen Mittelalters hat der russische Mediävist Aaron J. Gurjewitsch in seiner vorzüglichen Schrift *Das Weltbild des mittelalterlichen Menschen* sehr gut charakterisiert:

Oft war die Siedlung von Wald umgeben, der sich über weite Entfernungen erstreckte und gleichzeitig sowohl durch seine Vorräte (Brennholz, Wild, Früchte) anzog als auch durch die in ihm

lauernden Gefahren abschreckte; da waren z. B. wilde Tiere, Räuber und andere böse Menschen, geisterhafte geheimnisvolle Wesen und Werwölfe, mit denen die menschliche Phantasie allzu gern die Welt, von der die Siedlung umgeben war, bedachte. Die Waldlandschaft ist im Volksbewusstsein, in der Folklore und in der Phantasie der Dichter vertreten. (GURJEWITSCH 1980: 43)

Der (Ur-)Wald bildet somit die allgemeine Kulisse, den eigentlichen (Lebens-)Hintergrund, des frühen mittelalterlichen Menschen in Mitteleuropa. Dies wird von Historikern oftmals nicht berücksichtigt (vgl. KÜSTER 1998).

Der Zoologe Josef H. REICHHOLF hat in seiner Schrift *Eine kurze Naturgeschichte des letzten Jahrtausends* (2007) dann auf die großen frühmittelalterlichen Rodungen hingewiesen, die aus dem ursprünglichen „Urwaldland Germaniens“, wie es Tacitus in seiner im Mittelalter so gut wie verschollenen ethnografischen Monografie „*Germania*“<sup>3</sup> beschrieb, Kulturland machten. Auch die einzigartige Welle von Städtegründungen vor allem im Hochmittelalter zwischen 1200 und 1400<sup>4</sup> hebt REICHHOLF (ebd. 37) hervor: „Wälder werden gerodet, Land wird urbar gemacht. Die Ernten fallen gut aus. Die Bevölkerung wächst. Neue Städte werden gegründet“ (ebd. 38). Der Urwald wurde somit in Europa „zivilisiert“ und nun allein den menschlichen Bedürfnissen und Zwecken unterworfen.

In der Neuzeit, im Zeitalter der Entdeckungen, begegnete in der „Neuen Welt“ den europäischen Eroberern und Kolonisatoren wiederum der (tropische) Urwald in seiner ursprünglichen Pracht und scheinbar gefährlichen Undurchdringlichkeit. Er unterscheidet sich jedoch vom „deutschen bzw. europäischen Wald“.

Moritz Rugendas, der den brasilianischen Urwald aus eigener Erfahrung gut kannte, schreibt in seiner *Malerischen Reise in Brasilien* (1835):

Wenn wir die Urwälder Brasiliens mit den ältesten und schönsten Waldungen der alten Welt verglei-

chen, so zeigt sich uns, als ihr charakteristischer Unterschied, nicht nur die größere Ausdehnung der erstern, die Größe ihrer Bäume, sondern ganz besonders die unendliche Mannigfaltigkeit in den Formen ihrer Stämme, Blätter und Zweige, die Farbenpracht ihrer Blüten, und die unbeschreibliche Ueppigkeit der niedrigeren Pflanzengattungen, besonders der Schlingpflanzen, welche die Räume zwischen den höhern Bäumen ausfüllen, und ihre Gipfel und Stämme oft umschlingen und verbinden, und so ein wahrhaftes undurchdringliches Chaos von Vegetation bilden, wovon unsere europäischen Wäldungen nicht den entferntesten Begriff geben. Die Laubhölzer der Urwälder haben zwar noch am meisten Analogie mit den Gestalten, an welche das Auge des Europäers gewöhnt ist; allein auch unter ihnen finden sich viele, welche einen ganz eigenthümlichen Character tragen. (RUGENDAS 1835: 10)

Elias Canetti pointiert in seiner Massenpsychologie aus der Sicht des 20. Jh.s:

Ihre Sauberkeit und Abgegrenztheit gegeneinander, die Betonung der Vertikalen unterscheidet diesen Wald von dem tropischen, wo Schlingpflanzen in jede Richtung durcheinander wachsen. Im tropischen Wald verliert sich das Auge in der Nähe, es ist eine chaotische, ungegliederte Masse, auf eine bunte Weise belebt, die jedes Gefühl von Regel und gleichmäßiger Wiederholung ausschließt. (CANETTI 1980: 202; zit. nach BADENBERG 2000: 154)

Andere Autoren kommen zu anderen Unterscheidungen. In seiner Analyse der Bilder des Tropenwaldes in der deutschsprachigen Exil- und Nachkriegsliteratur anhand der „Urwald-Romane“ von A. F. Döblin, M. Frisch, J. Conrad und Urs Widmer stellt z. B. Peter LANGLO (2000: 192) fest:

Der ferne Dschungel erscheint erotischer, sexualisierter und viel deutlicher weiblich konnotiert als der deutsche oder europäische Wald. Dieser ist viel eher Rückzugsraum von Räuberbanden und Ort männlicher Abenteuer. ... und auch mit seinem Zug zum Sakralen und Soldatischen – ist der deutsche Wald männlich konnotiert. Diese Qualität fehlt dem fremden Urwald. Er ist kein Ensemble gerichteter Baumindividuen, sondern bildet eine eher entdifferenzierte Landschaft. Die Urwälder des Südens sind „weiblich“: als „dunkler Kontinent“ bei Conrad, als Ort der Verführung bei Döblin, als sexualisierter Ort des Begehrens, aber auch der Begehrensabwehr und damit verbunde-

ner Ängste bei Frisch. In den verführerischen Wäldern des Südens kann sich der männlich-europäische Körper nicht bewähren.

Als im 17. Jh. auch Maler und Malerinnen in die neuerobernten Gebiete reisten, entstehen eindrucksvolle Landschaftsdarstellungen z. B. von Franz Post (1612–1680), dem „Maler des verlorenen Paradieses“ (KREMPEL 2006), aus dem damals niederländischen Nordosten Brasiliens oder detailgetreue Tier- und Pflanzendarstellungen von Maria Sybilla Merian (1647–1717) aus Surinam. Beide zeigen zwar wie z. B. Post weitgestreckte, tropische Landschaften mit einer besonderen Pflanzen-, Tier- und Menschenwelt (einschl. der Sklaven), jedoch keinen Urwald in seiner heterogenen Vielfalt an Lebensformen. Erst Forschungsreisende des 19. Jhs wie Alexander von Humboldt (1769–1859), der Brasilien leider nicht besuchen konnte<sup>5</sup>, und von 1799 bis 1803 Südamerika bereiste, dringen erstmals in die Urwälder Südamerikas ein<sup>6</sup> und geben die ersten Beschreibungen ihrer unfassbaren Vielfalt von Leben (auch nachts):

Liegt aber der Charakter in der Undurchdringlichkeit, in der Unmöglichkeit sich in langen Strecken zwischen Bäumen von 8 bis 12 Fuß Durchmesser (d. h. ca. 2,40 bis 3,60 m, Anm. d. Verf.) durch die Axt einen Weg zu bahnen, so gehört der Urwald ausschließlich der Tropengegend an. Auch sind es keineswegs immer die strickförmigen, rankenden, kletternden Schlingpflanzen (Lianen), welche wie man in Europa fabelt, die Undurchdringlichkeit verursachen. Die Lianen bilden oft nur eine sehr kleine Masse des Unterholzes. Das Haupthinderniß sind die, allen Zwischenraum füllenden, strauchartigen Gewächse: in einer Zone, wo alles was den Boden bedeckt, holzartig wird. (HUMBOLDT 2004: 217)

Das nach dem gegenwärtig schon fast musealen, äußerst seltenen tropischen Brasilholz (auch: pau brasil, Rot-, Pernambukholz genannt; *caesalpinia echinata*) aus den Urwäldern der Serra do Mar (Mata Atlântica) der Ostküste benannte Brasilien („Brasil“) wird noch heute oftmals als „Urwaldland“ bezeichnet, obwohl die über 75 % in Städten lebende Bevölkerung dies leider immer noch als beschämend, primitiv und rückständig empfindet. Eigentlich könnten die Brasilianer stolz auf ihre Wälder sein!<sup>7</sup> Man führte im 19. und 20. Jh. einen regelrechten „Krieg gegen den Urwald“<sup>8</sup>, der immer noch anhält. So schrieb z. B. der



**Abb. 1:** Comte de Clarac: *Forêt vierge du Brésil*

„französisch denkende“ Joaquim Aurélio Barreto Nabuco de Araújo (1849–1910), wohl einer der brilliantesten Intellektuellen seiner Zeit<sup>9</sup>, in seiner Autobiografie *Minha formação* (1900) aus einer Art Minderwertigkeitskomplex heraus in diesem Sinne:

Das Gefühl in uns ist brasilianisch, die Imagination europäisch. Alle Landschaften der Neuen Welt, der Urwald Amazoniens, die argentinische Pampa sind für mich wertlos gegenüber einer Wegstrecke auf der Via Appia, einer Wanderung auf der Straße von Salerno nach Amalfi, einem Stück des Seine-Ufers im Schatten des alten Louvre (zit. nach STUBBE 1987: 111f).

Die weltweit erste wissenschaftliche und bildliche Darstellung eines brasilianischen Urwaldes, *Forêt vierge du Brésil*, Urwaldszene am Rio Bonito in der Provinz Rio de Janeiro – ein Kupferstich (ursprünglich ein Aquarell) – stammt von Charles-Othon-Frédéric Comte de Clarac (1777–1847), das

der Künstler 1819 im Pariser Salon ausstellte und das große Beachtung fand.<sup>10</sup> Doch seine größte Popularität erreichte es, nachdem es 1822 von Claude François Fortier in Kupfer gestochen wurde. Das Bild wurde zum Inbegriff der üppig wuchernden Natur Brasiliens. Deshalb hatte es Darwin als Referenz gewählt, um seiner Schwester eine Vorstellung vom Tropenwald zu geben (KÜMIN 2007: 30).

Auch schon Alexander von Humboldt hatte diesen Kupferstich seinem Bruder mit den Worten geschenkt: „Ich glaube, man schuf niemals etwas, das die Eigenart und Eigenschaften der Pflanzen besser ausdrückt“ (zit. nach *Künstler des 19. Jhs*, o. J., S. 199, s. Anm. 10), spricht jedoch auch einige Ungenauigkeiten in der Naturdarstellung an.

Die Ethnologin Beatrice Kümin kommentiert, dass Comte de Clarac dieses Bild aufgrund seiner Studien der brasilianischen Flora während seines mehrmonatigen Aufenthaltes in Rio de Janeiro (1816–1818) hergestellt hat.<sup>11</sup> Eigentlich habe er es jedoch erst in Deutschland angefertigt. Zu-

rück in Europa, setzte er seine künstlerische Forschungsarbeit fort: Er besuchte Orangerien und Gewächshäuser mit importierten Pflanzen, studierte und malte Palmen, Bananensträucher und fremdartige Blüten. Im Garten des Schlosses Neuwied, wo Maximilian zu Wied ein Gartenhaus mit tropischen Pflanzen besaß, vollendete er das von Darwin erwähnte Bild *Forêt vierge du Brésil* (KÜMIN 2007: 30). Kümin spricht von Claracs „romantisierender Tropendarstellung“<sup>12</sup>. Der Kunsthistoriker HANSTEIN (o. J.: 199) hebt hervor, dass das Aquarell noch im Jahre 1819 in Öl kopiert worden war und als Vorlage in der Porzellanmalerei von Sèvres diente. Es wurde in verschiedenen Ausstellungen (Berlin 1992, Zürich 1992, Berlin 2001) gezeigt.

### Das Urwaldbild von Rugendas (1802–1858)

Der am 29. März 1802 geborene Johann Moritz Rugendas<sup>13</sup> – in Deutschland fast unbekannt geblieben, aber in Lateinamerika berühmt – entstammt einer alten Künstlerfamilie, die im frühen 17. Jh. aus religiösen Gründen aus Katalonien auswanderte und sich in Augsburg niederließ. Unter seinen Vorfahren erlangte Georg Philipp I. Rugendas wegen seiner Historienmalerei einige Berühmtheit. Johann Lorenz II. Rugendas, Moritz Vater, unterrichtete ab 1804 an der Augsburger „Kunst- und Zeichenschule“. Schon der junge Moritz zeigte beachtliches Zeichentalent und ging bei Albrecht Adam, dem Hofmaler von Vizekönig Eugène Beauharnais in die Lehre, worauf er 1817 die Aufnahmeprüfung an der Münchener Akademie bestand. Die Reise nach Brasilien (1822–1825) ergab sich als der Konsul Russlands in Brasilien Freiherr von Langsdorff (1774–1852) für seine vom Zaren unterstützte Expedition in die südamerikanischen Urwälder einen Illustrator suchte.<sup>14</sup> Am 5. März 1822, im Jahre der Unabhängigkeit Brasiliens<sup>15</sup>, ging Moritz Rugendas in Rio de Janeiro an Land.

Die Stadt mit ihren malerischen Bergsilhouetten, die saftige Vegetation und exotische Bevölkerung faszinierten ihn. Er blieb in der Hauptstadt. Eine Unterkunft fand er im Hause des österreichischen Geschäftsträgers. Oft war Rugendas bei Langsdorff, der südwestlich der Stadt am Abhang der Hügelreihe eine Villa bewohnte. Dort trafen sich Naturfreunde und Reisende. Von ihnen

wird Rugendas Anregungen und Hinweise erhalten haben, die ihm das Vertrautwerden mit dem Land und den Menschen erleichtert hat. Für die künstlerische Arbeit war der Kontakt mit Kollegen wichtig. Rugendas schloß sich französischen Malern an. Ihr Einfluß war groß, denn König João VI. hatte sie 1817 ins Land gerufen, um in Rio de Janeiro (der damaligen Hauptstadt, Anm. d. Verf.) die Kunstakademie zu gründen. Rugendas freundete sich mit Jean Baptiste Debret und mit den Söhnen des Malers Nicolas A. Taunay an, die er in ihrem Haus am Wasserfall von Tijuca (die hübsche „cascatina“ im Tijuca-Urwald! Anm. d. Verf.) besuchte. Später begab sich Rugendas auf das Landgut von Langsdorff. Die Fazenda „Mandioca“ lag in einem Pflanzenparadies im Gebirge hinter Porto Estrela. An der Naturschönheit konnte sich Rugendas aber nicht unbeschwert erfreuen, da er mit vielen Problemen konfrontiert wurde. Langsdorff beschäftigte 200 Sklaven.<sup>16</sup> An ihrem Leben nahm der Maler Anteil. Er beobachtete die Neger (wir sprechen heute von „Afrobrasilianern“, Anm. d. Verf.) bei der Arbeit und bei der Freizeitgestaltung. Er beklagte ihre Lebensumstände und hatte wegen seiner Ansichten häufig Differenzen mit seinem Vorgesetzten (LÖSCHNER 1984: 10).

Die später gescheiterte Expedition ins Innere Brasiliens von Langsdorff, die am 8. Mai 1824 begann, verließ Rugendas bereits in Minas Gerais, weil er sich mit Langsdorff, der später psychisch erkrankte, überwarf. Er musste ihm jedoch vertragsmäßig einen beträchtlichen Teil seiner Arbeiten überlassen. Rugendas zog durch Minas Gerais, Espirito Santo, Mato Grosso und Bahia. Am Rio Doce lebte er während der Regenzeit einige Monate unter den indigenen Puris (vgl. „Tanz der Puris“) und Botokuden (vgl. „Gruppe von Botokuden-Indianern“; „Indianer auf der Jagd im Urwald“), die vorher bereits von Wied besucht hatte. Rugendas führte somit die Landschaftsmalerei mit der Ethnografie zusammen.

Im April 1825 kehrte Rugendas wieder nach Rio de Janeiro und im Mai nach Europa zurück.

In Rio de Janeiro hatte er den Palast São Cristovão festgehalten, den Wasserfall von Tijuca, die Gloria-Kirche und viele markante Punkte. Er hatte die Menschen auf den Plätzen und in den Straßen beobachtet – im täglichen Leben und bei besonderen Anlässen. Er war dabei. Als sich der Festzug bei der Krönung von Dom Pedro I. im Dezember 1822 durch die Straßen von Rio de Janeiro beweg-

te. Er war Augenzeuge des Festes, das die Kirche zu Ehren von Nossa Senhora do Rosário inszeniert hatte. Auf „Mandioca“ hatte er Szenen aus dem Alltag der Sklaven gezeichnet und mit äußerster Sorgfalt Tierbilder ausgeführt. Die Darstellung der tropischen Vegetation ist ihm besonders wichtig gewesen (LÖSCHNER 1984: 11).

Im Hinblick auf Rugendas Darstellungen der Sklaverei in Brasilien spricht der Kölner Sklavereihistoriker Michael Zeuske (2008) von der „geschlossenen Serie von Sklavenbildern“, die bis zu diesem Zeitpunkt jemals von einem Künstler geschaffen wurde. ZEUSKE (2008) betont auch zu Recht, dass Rugendas als Hauptschöpfer einer typisch brasilianischen Ikonografie gilt, so dass seine Bilder einen „Teil des nationalen Imaginariums“ bilden.

Während seiner Europareise kam Rugendas mit bedeutenden Malern der damaligen Zeit und ihren Werken in Berührung: in Paris mit Gros, Vernet, David und Delacroix, in Rom mit den Werken Turners (der mit seiner Betonung der Licht- und Farbeindrücke einen sichtbaren Einfluß auf ihn ausgeübt hat) und mit dem jungen Menzel und Carl Blechen, dem wichtigsten Vertreter der Ölskizze in Deutschland (vgl. RICHERT 1959: 12ff, HALM 1960: 8, CARNEIRO 1976: 27ff, BADENBERG 2000: 165).

Nach seiner Rückkehr aus Brasilien<sup>17</sup> blieb Rugendas noch einige Zeit in Paris und begegnete dort Alexander von Humboldt (1769–1859) der für seine pflanzengeografischen „Ideen zu einer Physiognomik der Gewächse“ (1808 in *Ansichten der Natur*) noch einen tropenkundigen Illustrator suchte. Rugendas lieferte aufgrund seiner Zeichnungen 20 Kupfertafeln, die sein großes Talent für die Wiedergabe der tropischen Pflanzenwelt unter Beweis stellen und von Humboldt besonders gelobt wurden. Alexander von Humboldt förderte auch Rugendas großes Buchprojekt, die *Voyage Pittoresque dans le Brésil* (1835) (18) mit 100 Abbildungen. Dieses Buch ist eine Gemeinschaftsarbeit mit Debret (2 Abb.n) und seinem Jugendfreund Aimé Huber (Text nach Rugendas Reisetagebüchern) und zeigt beeindruckende Bilder aus dem Alltagsleben der afrobrasilianischen Sklaven, der „Índios“ und Europäer/Brasilianer in Brasilien, szenisch belebte Küstenlandschaften, Gebirgs-, Fluss- und Urwaldregionen.

Moritz Rugendas verdanken wir auch das mög-



**Abb. 2:** Ölbild des brasilianischen Urwaldes, Rugendas 1830 (siehe auch als Farbbild auf S. 9)

licherweise erste in der Weltmalerei gemalte Ölbildnis<sup>19</sup> eines artenreichen tropischen Regenwaldes aus dem Jahre 1830 (vgl. DIENER-OJEDA 1997: 80). Für jeden, der schon einmal in einen südamerikanischen Urwald eingetreten ist, ist es sehr beeindruckend zu beobachten, wie differenziert und detailgetreu in ihrer Farbenpracht Rugendas die Urwaldriesen mit ihren Brettwurzeln, die vielen Epiphyten und Blüten, die Farnbäume, die Schlingpflanzen, die Papageien etc. wiedergegeben hat. Harmonisch fügt er ins Innere des Waldes eine kleine Indianergruppe ein, als Teil der schützenden und bergenden „Mutter Natur“. Ein modernes ökologisches Paradigma!<sup>20</sup>

Was sagt Rugendas, den man in Brasilien liebevoll „João Maurício Rugendas“ nennt, selbst zum Urwald, der „mata virgem“ (jungfräulicher Wald) und den Problemen, die sich für einen Maler ergeben?

Den interessantesten Theil der brasilianischen Landschaftscharactere bilden unstreitig die Ur-

wälder, welche den größten Theil der Ostküste und die Ufer einiger großen Flüsse im Innern des Landes bedecken. Zugleich ist es aber auch derjenige, dessen Schönheiten und Eigentümlichkeiten am wenigsten in einer Darstellung oder Beschreibung wiedergegeben werden können. Der Künstler sucht in diesen oft undurchdringlichen Waldungen, wo der Blick selten weiter als einige Schritte weit reicht, vergebens einen Punkt, der ihm einen Ueberblick oder eine Ansicht darböte, und zugleich erlauben ihm die Grenzen und Gesetze seiner Kunst nur bis zu einem gewissen Punkte die unendliche Mannigfaltigkeit in den Farben und Gestaltungen der ihn dicht umschließenden Vegetation wiederzugeben. Eben so unmöglich ist es, durch eine begleitende Beschreibung diesen Mangel zu ersetzen, und es ist ein großer Irrtum, zu glauben, daß dies durch ein ausführliches Namensverzeichnis und die Wiederholung einiger, entweder unverständlicher oder unbestimmter Beiworte geschieht. Die Regeln des gesunden Geschmackes setzen hier dem Beschreiber fast eben so enge Grenzen, als dem Mahler, und nur der Naturforscher ist berechtigt, sie zu überschreiten. (RUGENDAS 1835: 10)

Eine endgültige und überzeugende Positionierung des Malers Rugendas in der europäischen und lateinamerikanischen Kunstgeschichte liegt bisher nicht vor und ist weiterhin ein Forschungsdesideratum.<sup>21</sup>

Von seiner „präimpressionistischen“ Malweise spricht z. B. Newton CARNEIRO (1976: 63f) in seinem bebilderten Übersichtswerk *Rugendas no Brasil* (in Deutschland selten zitiert!) und berichtet über die Aufnahme seiner Werke durch die neoklassizistisch orientierte „Academia de Belas Artes“ (RJ).

In seinen Landschaftsbildern erkennt NANA BADENBERG zwei widersprüchliche, aber komplementäre Strategien: „die ästhetische Betrachtung, die sich aus einem exotischen Imaginären speist und die Tropenwelt zu einer pittoresken Landschaft komponiert, sowie die ethnographische und physiognomische Erkenntnis, die er als Chronist verzeichnet und im Reisewerk popularisiert“ (BADENBERG 2000: 164). Und sie stellt resümierend fest:

Seine „Naturgemälde“ haben sich endgültig von einem akademisch präformierten Kompositionsschema gelöst; der die Landschaftsmalerei prägende Zwiespalt zwischen Imitation und Imagi-

nation, zwischen Vedute und Ideallandschaft wird zugunsten der Abbildung eines subjektiven Wahrnehmungseindrucks aufgelöst. Der fragmentarische Stil der impressiven, vor Ort gefertigten Ölskizzen korrespondiert mit den avancierten ästhetischen Positionen der europäischen Landschaftsmalerei und läßt Rugendas' Bilder heute noch unverbraucht aktuell erscheinen. (ebd. 168)

SILKE FRIEDRICH-SANDER (2017) hat Rugendas künstlerische Position ebenfalls sehr gut auf den Punkt gebracht, wenn sie von seinen „Reisebildern zwischen Empirie und Empfindung“ spricht. Empirie, denn sein malerisches Reisebuch enthält eine Fülle von geografischen, botanischen, zoologischen, demografischen, ethnografischen und statistischen Fakten über Brasilien, wie bereits Alexander von Humboldt lobend feststellte, und Empfindung, weil er empathisch eine „tropische Stimmung“ in seinen Bildern erfasst und z. B. das humane Problem der Sklaverei<sup>22</sup> und der Indianer bildlich behandelt und anprangert.

Rugendas war ein Zeitgenosse des „musikalischen Landschaftsmalers“ Felix Mendelssohn Bartholdy (1809–1847) und kam aus dem romantischen Deutschland oder, wie Karl August Musäus in seinen *Völkermärchen der Deutschen* (1782–1786) behauptete, aus dem enthusiastischen „Volk der Dichter und Denker“. In den *Kinder- und Hausmärchen* der Gebrüder Grimm, die seit 1812 erschienen, taucht die Kategorie „Wald“ fast in jedem Märchen auf (vgl. REBHOLZ-FILIUS 1945, JÜRGENSMEIER 2010: 554). Der bedeutende romantische (Landschafts-)Maler Caspar David Friedrich malt 1813 den „Chasseur im Wald“ in einem bedrohlich wirkenden Dunkel eines Waldes, der keinen Blick auf eine Lichtung freigibt und den Rahmen zu sprengen scheint.

Das romantische „Waldgefühl“, die Sehnsucht nach einer engen Verbindung mit der Natur, mag Rugendas inspiriert haben, denn in der Romantik mit ihrem Interesse für das Dunkle und Verborgene in der menschlichen Seele, wurde auch das „Unbewußte“<sup>23</sup> entdeckt, das der (nächtliche) Wald als ein innerer Seelenraum oftmals symbolisierte. So hebt der Symbolforscher BRUNO P. SCHLIEPHÄCKE (1979) z. B. hervor:

Wälder waren im alten Europa heilig d. h. von besonderer Kraft erfüllt, als Sinnbild der ewigen, unerschöpflichen Naturmächte. Bis in die neu-

ere Zeit hinein traute man Waldleuten erhöhtes Heilwissen zu, weil sie nahe den Baumgeistern lebten. Auch der griechische Urarzt Chiron war ein Waldmensch, von ihm leitet sich unser Wort Chirurg ab (!). [...] Psychologisch bedeutet Wald ein Sinnbild für das Ungeformte und Unheimliche in den weglosen Tiefen der Seele, in denen sowohl die „wilden Tiere“ wie die schöpferischen Impulse leben. (SCHLIEPHACKE 1979: 70f)

Zwar hat Rugendas dem romantischen Stimmungsmoment einen besonderen Nachdruck verliehen, aber er ist dem Romantizismus nicht verfallen.<sup>24</sup>

So lebendig er aber die geheime Wechselwirkung zwischen den Natureindrücken und dem Gemüt des Menschen empfand, so blieb er doch vor der Verführung eines falschen Pathos bewahrt, das so viele seiner Zeitgenossen zum Verhängnis geworden ist. Sein Verhältnis zu den romantischen Tendenzen seiner Zeit war zu echt, zu rein und zu tief gegründet. Es offenbarte sich wohl in dem Drang nach einer fernen, fremdartig großen Welt und nach dem Erlebnis der Losgelöstheit in unbeschränkten Weiten, aber es blieb doch immer gebunden an die Wirklichkeit. Ihn leitete „das sichere Gefühl, daß in der wilden, üppigen Fülle einer so wunderbaren Natur der malerische Effekt immer durch die Wahrheit und treue Nachahmung der Formen entsteht [A. von Humboldt].“ (HALM 1960: 8ff)

### Weiterentwicklungen und Fazit

Auf drei Entwicklungen der Urwaldmalerei sei abschließend kurz eingegangen. Zu nennen sind vor allem Bellermann, Adolf Methfessel und Henri Rousseau.

Ferdinand Konrad Bellermann (1814–1889), der „Urwaldmaler“ und spätere Professor an der Berliner Akademie, reiste in den Jahren 1842 bis 1845 mit einem Reisestipendium auf den Spuren Alexander von Humboldts durch Venezuela. Sein Ölgemälde „Südamerikanische Landschaft“ (nach 1870) zeigt einen auf den Beschauer zuströmenden Fluss, umgeben von einer Urwaldlandschaft an seinen Ufern. In der Mitte des Bildes befindet sich eine vom linken Ufer herkommende Reisegruppe, die sich anschickt über eine Furt den Fluss zu überqueren. Eine damals typische Bildkomposition! Weitere seiner „Urwaldbilder“ sind

der sehr gut komponierte „Sonnenuntergang am Orinoko“ (1843), die „Landschaft in Venezuela“ (1863) sowie der „Wasserfall in den Anden Venezuelas“ (1854). Der zu Unrecht vergessene Bellermann wurde kürzlich in Erfurt, seiner Geburtsstadt, wiederentdeckt und mit einer Ausstellung geehrt (vgl. BADENBERG 2000: 157ff, ACHENBACH 2009: 133–209).

Der in Bern geborene Adolf Methfessel (1836–1909) ging nach seiner künstlerischen Ausbildung im Jahre 1864 nach Buenos Aires um dort als Garten-Architekt tätig zu werden. In Tucumán arbeitete er danach in den Jahren 1878 bis 1885 an einer staatlichen Schule als Lehrer für Malerei. In diesem Zeitabschnitt malte er verschiedene Landschaftsbilder, Urwaldbilder und Wasserfälle (z. B. den Iguazu). Im Jahre 1895 kehrte er nach Bern zurück.

Der „Zöllner“ und Autodidakt Henri Rousseau (1844–1910) ist häufig als „Naiver“, „Primitiver“, „Kleinbürgerlicher“ (JAHN 1957) missverstanden worden. Zwar stand er mit seinem Oeuvre in Gegensatz zu seinen künstlerischen Zeitgenossen, aber solch poetische Werke wie „Tropischer Dschungel“ (1909) und „Der Traum“ hätte kein „Primitiver“ schaffen können. Als außergewöhnliche Künstlerpersönlichkeit konnte er sich in den avantgardistischen Kreisen seiner Zeit ungezwungen bewegen und erfreute sich hohen Ansehens. Manche Kunstkritiker sprechen bei ihm von „Navität und Intellektualismus“, die auch sein Leben charakterisiert hätten. Rousseaus wahrer Triumph sind seine qualitätvollen „exotischen“, märchenhaft-neoromantischen Dschungelbilder mit dem Hauptthema der „Wildheit des Dschungels“.

Während seines letzten Lebensjahres war Henri Rousseau verliebt in einen Menschen, der seiner ganz offensichtlich nicht wert war und seine Liebe mit Verachtung zurückwies; wahrscheinlich wegen dieser unerwiderten Liebe malte er den „Traum“ (1910). Schauplatz ist der Dschungel, ein Schlangenbeschwörer spielt auf seiner Flöte, umgeben von einer Schar von Tieren, die hinter den dicht verflochtenen Blättern und Zweigen lauern. Die Hauptfigur ist jedoch Jadwiga, eine nackte Frau, die im Vordergrund links auf einer Couch liegt und lauscht. [...] Der Schlangenbeschwörer und der Dschungel stellen vermutlich Jadwigas Traum dar. Dieses Bild ist Rousseaus Meisterwerk,

der Höhepunkt seiner Karriere. Es weist jedoch Qualitätens auf, die vorher in seinen Werken nur selten zusammentraten: Atmosphäre, der Zauber eines Traumes, Farbe – es enthält offensichtlich mehr als fünfzig verschiedene Grüntöne. Die Masse des ineinander verflochtenen Blattwerks sind meisterlich dargestellt. (READ 1976, Bd. 11: 9)

Sein Zeitgenosse Sigmund Freud hätte sicher seine Freude gehabt und sich bestätigt gefühlt!

Als Fazit behaupten wir, dass das Erlebnis des Urwaldes auch heilsam<sup>25</sup> sein kann, denn es erinnert uns nicht nur an unsere evolutionäre Vergangenheit, sondern schärft auch unsere ökologische Verantwortung in der Gegenwart. Rugendas Tropenwald<sup>26</sup> ist zudem ein Spiegelbild des guten kosmopolitischen Deutschen, der Du lieber Ekkehard ja auch immer gewesen bist.

## Anmerkungen

**1** Die Begriffe „Urwald“, Dschungel, tropischer Regenwald, Tropenwald, forêt vierge, „mata virgem“, wie man in Brasilien sagt, primeval oder virgin forest, jungle werden teils unterschiedlich, aber oftmals auch synonym gebraucht; zur Verwendung des Begriffes „Urwald“ im frühen 19. Jh. vgl. HUMBOLDT 2004: 217; wir beschränken uns hier auf den brasilianischen Urwald.

**2** Im „Katathymen Bilderleben“ (Grundstufe), das ich noch bei Hanscarl Leuner gelernt habe, ist dem Pat. das Eindringen in den imaginierten Wald, als seelischem Innenraum, zunächst untersagt und man beschränkt sich auf die Beobachtung des Waldrandes und die dort erscheinenden Wesen. Ein imaginatives Eindringen kann nämlich bei einigen westlichen Pat.n zu einem kleinen seelischen Schock bzgl. des zunächst erlebten Chaos führen.

**3** Die „Germania“ wurde in der Antike und im Mittelalter sehr wenig gelesen. Die erste Ausgabe erschien 1470 in Venedig; vgl. Kindlers Neues Literatur Lexikon, Bd. 16, 1988: 275f.

**4** Der Höhepunkt lag zwischen 1250 und 1300, also in Albertus Magnus Lebenszeit. Erste Rodungen wurden bereits in der Karolingerzeit durchgeführt (vgl. Ortsnamensendungen mit -hausen, -dorf). Aufgrund steigender Bevölkerungszahlen wurde im 11. bis 13. Jh. intensiv gerodet (vgl. Ortsnamensendungen mit -rot, -rode, -reut, -brand, -schwand usw.); vgl. E. Bayer (1960: 428), Wörterbuch zur Geschichte.

**5** Er wäre dort nämlich während der napoleonischen Kriege als „französischer Spion“ verhaftet worden, da Portugal auf Seiten der Engländer stand.

**6** Er behauptet stolz: „Und doch glaube ich unter allen lebenden Naturforschern [...] am längsten in Urwäldern gelebt zu haben“ (HUMBOLDT 2004: 217). Alfred Russel Wallace (1823–1913) durchforschte erst ab 1848 vier Jahre lang die Fauna und Flora des Amazonas-Urwaldes.

**7** Bekanntlich symbolisiert das Grün („verde“) in der brasilianischen Nationalflagge die Urwälder Brasiliens.

**8** Wie auch der Jenaer Professor Gustav von Zahn in einer kleinen Schrift „Der Kampf mit dem Urwald“ (1929) forderte.

**9** Vor allem aufgrund seines Werkes „O Abolicionismo“ (1883).

**10** vgl. Abb. 9 In KÜMIN 2007: 29; ZISCHLER, HACKETHAL & ECKERT 2013: 24f; Prof. H. Hanstein teilte mir am 4.7.18 mit, dass dieses Bild bei Lempertz (Köln) versteigert wurde und sich heute im Louvre befindet. Im Katalog von Lempertz heißt es u. a.: Erste „künstlerisch vollkommene und wissenschaftlich überzeugende Darstellung vom tropischen Regenwald“ (W.H. HEIN, ALEXANDER VON HUMBOLDT. Frankfurt am Main, 1985: 289); die Kopie eines Aquarells mit Feder und Sepia über Bleistift stammt aus dem Katalog *Künstler des 19. Jh.s.* (LEMPERTZ, o. J.: 198f). Es wurde mir von Prof. H. Hanstein freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

**11** Zum „Brasilienfieber in Europa“ der damaligen Zeit vgl. ZISCHLER, HACKETHAL & ECKERT 2013: 24f.

**12** Das heuristische Konzept der „tropicality“ (Tropikalität) wurde in den 90er Jahren von dem Historiker David Arnold eingeführt. Als wesentliches Strukturmerkmal der Tropikalität beschreibt Arnold ihre „Ambivalenz“: einerseits als „affirmative Tropikalität“ (z. B. A. von Humboldt), die die Tropen als überwältigendes, aber auch harmonisch geordnetes Ganzes beschreibt (Erhabenheitsästhetik) und andererseits die „dunkle Seite der Tropikalität“ (Evolutionstheorie), die die Tropen als zivilisationshemmend, krankmachend und tödlich und ihre Bewohner als faul, primitiv, barbarisch-wild und sexuell ungehemmt charakterisiert; vgl. BESSER 2013: 8ff. „Nancy Leys Stepan hat deshalb in diesem Zusammenhang von einer nachhaltigen ‚Verdunklung‘ europäischer Bildwelten des Tropischen im 19. Jh. und einem Ende der ‚Tropenromantik‘ Humboldtscher Prägung gesprochen“ (nach BESSER 2013: 11).

**13** Ein Selbstbildnis des jungen Rugendas aus den 30er Jahren des 19. Jhs. bildet CARNEIRO (1976: 29) ab. Eine Fotografie des durch Krankheit (Schädeltrauma) nach einem Reitunfall (1831) gezeichneten Rugendas aus dem Jahre 1855, sowie eine Zeittafel zu seiner Biografie findet sich in ACHENBACH 2009: 252–255; vgl. auch die Fotografie von Rugendas mit Poncho in CARNEIRO 1976: 75.

**14** Von Rugendas, der sich ca. 20 Jahre in Lateinamerika aufhielt, liegen Reisebilder aus Brasilien, Mexiko, Chile, Peru, Bolivien, Argentinien und Uruguay vor. Er erhielt auch hohe Auszeichnungen z. B. den brasilianischen Orden „Cavaleiro da Ordem Imperial do Cruzeiro“ am 22. Juli 1847; vgl. RICHERT 1959: 71; CARNEIRO 1976: 63f; DIENER-OJEDA 1997; ACHENBACH 2009: 59–131; dennoch starb er verarmt am 29. Mai 1858 in Weilheim/Teck.

**15** Ausrufung durch Pedro I. (1798–1834) als „grito do Ipiranga“ am 7. September 1822.

**16** Neuere Forschungen sprechen von 30 bis 60 Sklaven; vgl. ACHENBACH 2009: 67.

**17** vgl. die Humboldt-Biografien von BÖTTING 1974, MEYER-ABICH 1976, LÖSCHNER 1984, DIENER-OJEDA 1997, ACHENBACH 2009, WULF 2016.

**18** KÜMIN (2007: 30) erläutert, dass die Bezeichnung

„pittoresque“ auf den englischen Geistlichen William Gilpin zurückgeht, der 1770 eine „picturesque tour“ durch Großbritannien unternommen hatte und diese Art des angeleiteten Reisens nach einem Reiseführer propagierte.

**19** Maße: 62,5 x 49,5 cm; Lieber Ekkehard, dieses Bild kannst Du ganz in Deiner Nähe, nämlich in den Staatlichen Schlössern und Gärten, Potsdam-Sanssouci bewundern! Es existieren noch weitere Urwaldzeichnungen und -stiche von Rugendas aus den 20er und 30er Jahren des 19. Jh.s z. B. „Paisagem tropical com um rio em Minas“, 1824; „Paisagem tropical“, 1825/28; „Ein Reiter führt sein Maultier durch dichten Tropenwald“, 1831 und „Mata virgem de Mangaratiba“, 1835 aus der „Malerischen Reise ...“; vgl. RICHERT 1959: 92; CARNEIRO 1976: 185–191, 223; DIENER-OJEDA 1997: 79, 80, 163; BADENBERG 2000: 162f, 167; ACHENBACH 2009: 80, 84; letzterer Kupferstich aus dem Jahre 1835 weckte bei Charles Darwin (1809–1882) den Wunsch, die Tropen zu besuchen. Den wirklichen Regenwald fand er dennoch prächtiger (DESMOND & MOORE 1994: Abb. 23).

**20** Viele Umweltschützer fordern heute die Übergabe der tropischen Regenwälder an die indigene Bevölkerung. Also eigentlich die Rückgabe ihres jahrtausendalten Eigentums.

**21** Nur wenige Forscherinnen haben sich bisher mit Moritz Rugendas eingehend befasst. Eine Schwierigkeit besteht vor allem darin, dass sie sowohl Kunsthistorikerinnen als auch Lateinamerikanistinnen sein müssen. Bisher existiert in Deutschland kein Lehrstuhl für lateinamerikanische Kunst, was eigentlich beschämend ist; vgl. HAUFE 1992.

**22** zur Sklaverei in Brasilien vgl. ZEUSKE 2008; SANTOS-STUBBE & STUBBE 2014.

**23** Zur Forschungsgeschichte des Unbewussten vgl. STUBBE 2018.

**24** Zu Unrecht wird man Rugendas ebenfalls Exotismus bzgl. seiner Urwaldbilder vorwerfen können; vgl. die Definition des Exotismus im *Lexikon der Ästhetik* (München 2004: 96f); der Exotismus in bildender Kunst und Literatur war jedoch eine große Attraktion für das europäische Publikum seiner Zeit. Auch kann man ihn wohl kaum in die Kunstepoche des bilderfrohen Biedermeier (1815–1848) einordnen (vgl. BERNHARD 1983: 150ff).

**25** Die gesundheitsfördernden Wirkungen der Pflanzen auf Geist, Psyche, Leib und Gesellschaft des Menschen hat STEFANO MANCUSO in seinem lezenswerten Buch *Die Intelligenz der Pflanzen* (2015: 45f, 156) zusammengestellt.

**26** Nirgendwo wird so viel Geld für die Erhaltung des Tropenwaldes ausgegeben wie in Deutschland! Vgl. FLITNER 2000.

## Literatur

ACHENBACH S. 2009. *Kunst um Humboldt. Reisestudien aus Mittel- und Südamerika* von Rugendas, Bellermand und Hildebrandt im Berliner Kupferstichkabinett. Katalog, Kupferstichkabinett Staatliche Museen Berlin. München: Hirmer.

BADENBERG N. 2000. *Ansichten des Tropenwaldes. Alexander von Humboldt und die Inszenierung exotischer Landschaft im 19. Jahrhundert*. In FLITNER M. (Hg), a. a. O.: 148–173.

BERNHARD M. 1984. *Das Biedermeier. Kultur zwischen Wiener Kongress und Märzrevolution*. Düsseldorf: ECON.

BESSER S. 2013. *Pathographie der Tropen. Literatur, Medizin und Kolonialismus um 1900*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

LÖSCHNER R. (Hg) 2001. *Bilder aus Brasilien im 19. Jh. im Blick von Alexander von Humboldt*. Katalog. Berlin: Ibero-Amerikanisches Institut, S. 96 mit Abb.

BÖTTING D. 1973. *Alexander von Humboldt*. München: Prestel

CARNEIRO N. 1976. *Rugendas no Brasil*. Rio de Janeiro: Kosmos

DIENER-OJEDA P. 1997. *Rugendas 1802–1858*. Augsburg: Wissner, 2. Aufl.

Flitner M. (Hg) 2000. *Der deutsche Tropenwald. Bilder, Mythen, Politik*. Frankfurt am Main: Campus

FRIEDRICH-SANDER S. 2017. *J. M. Rugendas. Reisebilder zwischen Empirie und Empfindung*. Frankfurt am Main: Edition Fichter.

HALM P. 1960. *Johann Moritz Rugendas*. In: Staatliche Graphische Sammlung München. München: Prestel: 6–10.

Haufe H. 1992. Kunstgeschichte. In WERZ N. (Hg). *Handbuch der deutschsprachigen Lateinamerikakunde*. Freiburg/Brsg.: Arnold Bergstraesser Institut: 371–388.

HUMBOLDT A. VON. 2004. *Ansichten der Natur*. Frankfurt am Main.

JÜRGENSMEIER G. 2010. *Grimms Märchen. Vollständige illustrierte Ausgabe*. Mannheim: Sauerländer, 6. Aufl.

KÜMIN B. 2007. *Expedition Brasilien. Von der Forschungszeichnung zur ethnografischen Fotografie*. Bern: Benteli.

KÜSTER H. 1998. *Geschichte des Waldes. Von der Urzeit bis zur Gegenwart*. München: Beck.

LANGLO P. 2000. *Verführung und Verstrickung. Bilder des Tropenwalds in deutschsprachiger Exil- und Nachkriegsliteratur*. In FLITNER M., a. a. O.: 174–194.

LÖSCHNER R. 1976. *Lateinamerikanische Landschaftsdarstellungen der Maler aus dem Umkreis von Alexander von Humboldt*. Diss. Universität Berlin (West).

----- 1984. *Johann Moritz Rugendas in Mexiko. Malerische Reise in den Jahren 1831–1834*. Katalog. Iberoamerikanisches Institut Berlin.

READ H. 1976. H. Rousseau. In *Kindlers Malerei Lexikon*, Bd. 11. München: DTV.

REBHOLZ-FILIUS D. 1945. *Der Wald im deutschen Märchen*. Diss. Universität Heidelberg.

RICHERT G. 1959. *Johann Moritz Rugendas. Ein deutscher Maler des XIX. Jahrhunderts*. Berlin: Rembrandt Verlag

RUGENDAS M. 1835. *Malerische Reise in Brasilien*. Herausgegeben von Engelmann & Cie., Paris. Mülhausen (photomechan. Reprint Fa. F. X. Leipold, Zirndorf, o. J.).

----- 1972. *Viagem pitoresca através do Brasil*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo (bebildert).

SANTOS-STUBBE, C. DOS & STUBBE H. 2014. *Kleines Lexikon der Afrobrasilianistik. Eine Einführung mit Bibliografie*. Göttingen: V&R unipress.

SCHLIEPHACKE B. P. 1979. *Bildersprache der Seele*. Lexikon zur Symbolpsychologie. Berlin.

SCHMALENBACH W. 1998. *Henri Rousseau. Träume vom Dschungel*. München: Prestel.

Staatliche Graphische Sammlung München. 1960. Johann Moritz Rugendas, 1802–1858. Reisestudien aus Südamerika. München: Prestel.

STUBBE H. 2018. *Kleinere Schriften*. Aachen: Shaker.

WULF A. 2016. *Alexander von Humboldt und die Erfindung der Natur*. München: Bertelsmann.

ZEUSKE M. 2008. Sklavenbilder. Visualisierungen, Texte und Vergleich im Atlantischen Raum (19. Jh., Brasilien, Kuba und USA). *Zeitblicke* 7, Nr.2.

ZISCHLER H., HACKETHAL S. & ECKERT C. 2013. *Die Erkundung Brasiliens. Friedrich Sellows unvollendete Reise*. Berlin: Galiani.

### Abbildungsnachweis

**Abb. 1:** In KÜMIN 2007, Abb. 9, S. 29; HANSTEIN, o. J., S. 12f.

**Abb. 2:** In DIENER-OJEDA 1997, S. 80.

## „Das Ewige Gestern“

Conversing with Ekkehard Schröder

SJAAK VAN DER GEEST

Longing for the past, *das ewige Gestern* [the eternal yesterday] in beautiful German, was one of the most intriguing findings to come from my research into the experiences of ageing in Ghana. Older people can't stop talking about the good old times, it seems—not only in Ghana, but also in my own society, the Netherlands. They bore their younger listeners with their stories and as a consequence drive them away.

When Ekkehard Schröder visited me for a few days in September 2018, *das ewige Gestern* became a recurring topic in our lengthy conversations. We were—*are*—both ageing. I had retired from the university and from 24 years of editorship of the Dutch journal *Medische Antropologie* and he was retiring from being the editor of the German sister journal *Curare* (after a period of forty years!). We had much in common and I was curious to hear his opinion about that annoying habit of older people always talking about the past. He was much milder than me:

It is normal that older people like to speak about the past; it is their life! I would, for example, like to hear how my mother fell in love with my father (which I never asked, I am sorry to say). As a young person, I liked the stories of my uncle who had been in the war. I wanted to know more about that time. My own father had been taken away by the Russians and never returned. I wanted to know more about the events of that period. That is what older people should do: tell stories.

I “defended” my view and pressed him to consider the other, less pleasant, side of older people's storytelling. I asked him about his views as a psychiatrist. “As a psychiatrist I have nothing to say,” was his provocative response. We “fought” for a while, but finally he agreed to share some of his experiences with pathological features of *das ewige Gestern* in his work as a psychiatrist. I let him speak, although I had never thought of my view of

this irritating habit of older people as “pathological.” Indeed, like him, I also found it “normal,” but for another reason.

Ekkehard gave examples of clients whose main problem originated from a kind of generation conflict. Some were mothers who disagreed with their daughters about the upbringing of their children, a conflict that had escalated to traumatic dimensions, extending to moral disavowals of the relationship as a whole. But, he emphasized, a psychiatrist deals with organic aspects: reduced cognitive and emotional features of the older person, aggression as a change of character for example, passivity, disorientation in everyday situations. In short: involution of personality due to ageing.

Gradually our conversation then drifted away from the psychiatrist's parlour to everyday life and language. “In daily German we make a distinction between *alt* [old] and *greis* [geriatric],” he said. “*Greis* as both an adjective and as a noun (which translates as ‘old person’) refers more to senility.” People say: “*Wir sind alt aber nicht Greise*” [We are old but not senile]. Always talking about (and usually exalting) the past and criticizing the present could be a result of being *greis*... Disproportionate nostalgia, slightly pathological perhaps but also quite normal.

This clinging to the past seems to be present in all times and places. Cicero wrote that “in the past” (in the time of Cato the Elder) people still had respect for the elderly. The elderly people I spoke to in Ghana forty years ago complained of the immorality of the youth of their time. But forty years later, the youth of that former time—now around sixty themselves—complained about the youth of today. And when I open an old Ghanaian ethnography, I read that the elderly seventy years ago had exactly the same complaints about their youthful contemporaries. Such complaints can go quite far. Certain older German persons, accord-



**Fig. 1** Ekkehard and the author in Oud Ade.

ing to Ekkehard, do, for example, complain about the youth of today by saying: “*Bei Hitler hätte es das nicht gegeben*” [In Hitler’s time this would not have happened].

In all cases there is a glorification of the past and a condemnation of the present by the elderly; a hodiecentrism that for the elderly is in the past

and for the younger generation is in the present (which will soon be the past). How should we interpret this widespread tendency among people growing older?

I see it in terms of older people, who do not want to disappear, fighting a rearguard action [*Rückzugsgefecht*]. They therefore rub in young-

sters' faces the fact that they (the elderly) were also once young, beautiful and strong and have accomplished a lot. Young people do not realise this in their silliness and only know the elderly as elderly. It is just like (some) doctors who see their patients only as patients and do not realize the full person lying there on the bed. As Gerhard Nijhof complained, the doctor only knew him in a horizontal position (NIJHOF 2018). The silliness of the young works in two directions. In their youthful hubris, they also do not realize that they themselves will soon be old and will be pushed aside.

A quite famous example of this reaction by the older generation which stresses that they too were once young and strong, comes from a poem by an old lady who died in the geriatric ward of a small hospital near Dundee, Scotland (ANON. nd). The nurses found it after her death. Here are a few fragments:

What do you see, nurses, what do you see?  
 What are you thinking when you're looking at me?  
 A crabby old woman, not very wise,  
 Uncertain of habit, with faraway eyes?

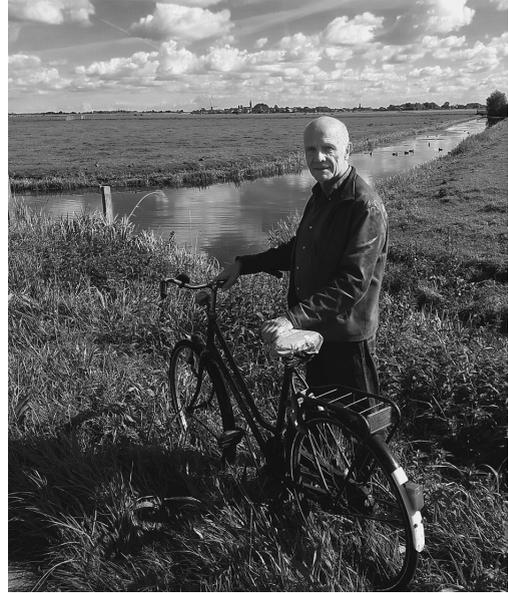
Is that what you're thinking? Is that what you see?  
 Then open your eyes, nurse; you're not looking  
 at me.

I'll tell you who I am as I sit here so still,  
 As I do at your bidding, as I eat at your will.  
 I'm a small child of ten...with a father and mother,  
 Brothers and sisters, who love one another.  
 A young girl of sixteen, with wings on her feet,  
 Dreaming that soon now a lover she'll meet.  
 A bride soon at twenty—my heart gives a leap,  
 Remembering the vows that I promised to keep.  
 At twenty-five now, I have young of my own,  
 Who need me to guide and a secure happy home.  
 A woman of thirty, my young now grown fast,  
 Bound to each other with ties that should last.

I'm now an old woman...and nature is cruel;  
 'Tis jest to make old age look like a fool.

I remember the joys, I remember the pain,  
 And I'm loving and living life over again.  
 I think of the years...all too few, gone too fast,  
 And accept the stark fact that nothing can last.

So open your eyes, nurses, open and see,  
 ...Not a crabby old woman; look closer...see ME!!



**Fig. 2** Ekkehard cycling through the Dutch polders.

I am not suggesting that this post mortem statement is an example of the perennial complaining of older people that I referred to above. On the contrary, it is an eloquent correction of the short sightedness and naïve hodiecentrism of youth. Here I would, however, focus on the short sightedness of the older generation, who cannot accept their “close of day,” to quote another well-known poem (by Dylan Thomas).

Some older people want to position themselves against the new generation. However, they do not derive their value from the present but from the time that they were young themselves. There is an implicit “ageism” in their glorification of the past. By displaying their youth, they seem to deny the value of their present old age. One could say that old and young in their “conflict” unanimously reject old age and praise youth. The worse and more miserable that the “good old times” were, the more excellent they themselves come forward in these memories, because they had the strength to overcome such hardship. They are not like the “wimps” of today who have no idea of poverty, hunger or pain.

In this way, the elderly think they can impress the younger generation, but they are mistaken. The irony is that their bragging about the past and

their rejection of today is counterproductive and depicts them as peevish old people who have not gone along with the times. They only reap pitying rejection from the young, the exact opposite of what they intend. Successful ageing includes a sportsmanlike acceptance of the losses that life has in store for everyone: an important lesson for all those who are retiring.

## References

- ANON. nd. <https://www.carepathways.com/anoldladypoem.cfm> (accessed 28 Sept. 2018).
- NIJHOF G. 2018. *Sickness Work: Personal Reflections of a Sociologist*. Singapore: Palgrave Macmillan.

# Würde in Bedrängnis – Wenn der Körper sich der politischen Ökonomie entzieht

MARTINE VERWEY

## Einleitung und Fragestellung

Das Lebensende ist eine individuelle und eine gesellschaftliche Herausforderung. Wie pflegende An- und Zugehörige in der „Palliative Care“ am Beispiel von Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) am besten unterstützt werden können, diese Frage brennt mir unter den Nägeln. Palliative Care beinhaltet nicht nur Palliativmedizin, sondern bezeichnet die sich an der Lebensqualität orientierende multiprofessionelle medizinische, pflegerische und psycho-sozial-religiös-spirituelle Begleitung Schwerkranker am Lebensende. Im Falle von ALS kommt dieser ganzheitliche Ansatz mit der Diagnosestellung hinzu. Anhand der Patientenversorgung bei ALS lassen sich eine Vielfalt an Grundsatzfragen patientenzentrierter Palliative Care beleuchten, wie Diagnosemitteilung, Orientierung an Lebensqualität, Voraus- und Notfallplanung sowie Einbezug Familienangehöriger bei Pflege und wichtigen Entscheidungen. Palliative Care ist sowohl eine Haltung als auch eine Versorgungsstruktur und hat eine Vorreiterrolle in der Medizin (THEILE 2018).

Erfahrungen und Beobachtungen während des Verlaufs der terminalen Erkrankung meines Lebenspartners möchte ich aus der Distanz besser verstehen lernen. Als Ausgangspunkt steht die Frage, was unsere Wahrnehmung beeinflusst, wenn ein Subjekt, eine Person, ein Körper sich in einem leblosen Körper verwandelt. Sterben ist eine endgültige Transformation mit einem Vorher aber ohne ein Nachher. Für meine Fragestellung, was unsere Wahrnehmung beeinflusst, wenn wir wissen, dass eine terminal erkrankte Person sich in eine nicht mehr lebende Person verwandeln wird, lasse ich mich von der Arbeit des Historikers und Politikwissenschaftlers ACHILLE MBEMBE (2001) inspirieren. Kann Mbembes Denken über Kolonisierung, Postkolonialität und Narrative über Afrika übertragen werden auf die Art und Weise, wie terminal erkrankte Personen wahr-

genommen werden können? Gibt es strukturelle Gemeinsamkeiten in Wahrnehmungsweisen und daraus resultierendem möglichem Handeln? Zum Beispiel bei der Frage, was als ein lebenswertes Leben gilt? Wenn ein Körper bald kein Körper mehr ist? Mit der Frage, was unsere Wahrnehmung beim Sterben beeinflusst, möchte ich klären, worum es geht, wenn sich Haltungen gegenüber einer terminal erkrankten Person bei in der Palliative Care tätigen Berufspersonen ändern. Zur Illustration dienen vier Situationen, welche ich kurz nachdem mein Lebenspartner gestorben war, festgehalten hatte.

Überlegungen im vorliegenden Beitrag betreffen eine Metaebene und sind den Bereichen *Medical Anthropology at Home* (KLEINMAN 2007; TAYLOR 2008; VAN DONGEN 2007; VERWEY 2017) und *Autoethnography* (KLEINMAN 2009a, 2009b, 2011, 2014; MURPHY 1987; VAN DONGEN 2009; VERWEY 2010, 2011) sowie *Anthropology of Morality* (FASSIN 2012; KLEINMAN 1999, 2006, 2012, 2013; KLEINMAN & VAN DER GEEST 2009; MATTINGLY 2012) zuzuordnen und lehnen sich an Avedis Donabediens *Reflections upon the transition from being a doctor to being a patient* (MULLAN 2001) an.

Es gibt durchaus in der *Medical Anthropology* ein begriffliches Instrumentarium oder eine Denkrichtung, die bei der Entwicklung eines konzeptuellen Rahmens oder Analyserasters für meine Fragestellung hilfreich ist. So stütze ich mich auf Konzepte wie Reifizierung oder Verdinglichung, Objektivierung als Variante von Reifizierung, *Othering*, biologischer Reduktionismus sowie Ökonomisierung der Medizin. Zudem ist Kleinmans Konzept „*caregiving as moral experience*“ (2012, 2013) richtungsweisend. Eine nicht-medizinethnologisch hergeleitete Interpretation ist der Hinweis auf eine fehlende Auseinandersetzung mit Macht und Ohnmacht sowie mit Über-

forderung während der medizinischen und pflegerischen Ausbildung.

Ausgehend von der Frage nach Macht und inspiriert durch die Lektüre von Achille Mbembe habe ich mich Arbeiten von Michel Foucault zugewendet. Foucaults Begriff *Biopolitics* als eine „Bio-Regulierung durch den Staat“ (SENNEART 2004: 471) oder „Macht über das Leben“ (*ibid.* 2004: 445) ist übergeordnet anwendbar, um Machtbeziehungen bei der Interaktion von pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Fachkräften mit unheilbar erkrankten Menschen und ihren Nächsten zu klären. Ökonomisierung der Medizin und des Sterbens ist auch deshalb in diesem Kontext von Bedeutung, weil die informelle Pflege aus Kostengründen in der Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Für mein Erkenntnisinteresse und meine Fragestellung muss ich unweigerlich den Blick auf soziale Systeme öffnen. In der Palliative Care konzentrieren wir uns nie nur auf Individuen, sondern immer auch auf informelle und formelle Beziehungen zwischen den verschiedensten Personen innerhalb eines spezifischen Kontextes. Zudem sind nicht nur unterschiedliche Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und der Seelsorge an Palliative Care beteiligt, sondern sie zeichnet sich durch den Einbezug von Laien und Familienangehörigen aus. Einerseits wird die Mitarbeit der Angehörigen bei der Versorgung erwartet. Andererseits stellen informelle Bezugspersonen selbst eine Zielgruppe für die Versorgung dar, wenn ihnen psychosoziale Unterstützung zur Ermutigung und Trauerbegleitung zur Vorbeugung von Traumafolgestörungen angeboten werden.

In der Schweiz leben etwa 600 bis 800 Menschen mit ALS. Schätzungsweise sind in Deutschland 6 000, in Grossbritannien 5 000, in den Niederlanden 1 500, in den USA 20 000 und in Europa 40 000 Personen betroffen. In den Niederlanden wurde festgestellt, dass jährlich etwa 500 Patienten neu diagnostiziert werden, während im gleichen Jahr aber 500 Menschen an ALS sterben. In der Schweiz hat ALS eine Inzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr) von 2 pro 100 000 Personen pro Jahr und eine Prävalenz (Zahl erkrankter Personen an einem bestimmten Moment) von 5–9 pro 100 000 Personen. In den Niederlanden wird die Inzidenz auf 3 pro 100 000 Personen ge-

schätzt, und die Prävalenz liegt zwischen 9 und 11 pro 100 000 Personen (ALS CENTRUM NEDERLAND 2018). Weltweit sterben pro Jahr ungefähr 175 000 Menschen an ALS. Nach aktueller Schätzung gibt es für eine auf 300 Personen das Risiko an ALS zu erkranken (AL-CHALABI 2018), was heissen würde, dass ALS viel öfters vorkommt als bisher angenommen wurde. Es ist indessen nicht ihre Prävalenz, die eine verstärkte Aufmerksamkeit legitimiert, sondern vielmehr die hohen Anforderungen, mit denen Menschen mit ALS, ihre Angehörigen und behandelnden Fachpersonen im Laufe der Erkrankung konfrontiert werden, und wofür es eines anspruchsvollen professionellen Zugangs bedarf.

### **Amyotrophe Lateralsklerose aus klinischer Sicht**

Amyotrophe Lateralsklerose ist eine komplexe, multisystemische Erkrankung und umfasst ein Spektrum ähnlicher Krankheiten (“ALS might be a spectrum of diseases”, VERMEULEN 2016). ALS ist die Abkürzung für die in der USA übliche Bezeichnung *Amyotrophic Lateral Sclerosis*. Ihre Ursache ist bislang weitgehend unbekannt. Erstmals wurde sie 1869 vom französischen Neurologen Jean-Martin Charcot beschrieben. Sie kommt weltweit vor. In Grossbritannien spricht man von *Motor Neuron Disease* (MND). ALS ist auch bekannt als *Maladie du Charcot* und *Lou Gehrig's disease* und bezeichnet eine chronisch schwer verlaufende degenerative Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems. Insbesondere wird das motorische Nervensystem, welches die Muskulatur steuert und Muskelbewegungen koordiniert, sowohl zentral (Gehirn, Hirnstamm und Rückenmark) wie auch peripher (Vorderhornzellen oder Motoneurone) beeinträchtigt.

In neurologischer Nosologie wird ALS der Kategorie zugerechnet, die Parkinson und Alzheimer, aber nicht Multiple Sklerose einschließt. Bei ALS und anderen neurodegenerativen Erkrankungen beginnt ein Abbau von motorischen Nervenzellen bereits vor dem Auftreten von Symptomen. Präsymptomatisch gehen eine Vielzahl an Motoneuronen oder Bewegungsnervenzellen verloren. Möglicherweise sind Zellen bereits zehn bis fünfzehn Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung tangiert. Nerv und Muskel bilden eine funk-

tionelle Einheit. Der Muskel braucht einen gesunden Nerv. Ist der Nerv geschädigt, sind sekundär Muskeln betroffen, was fortschreitende Lähmungen zur Folge hat. Mit der Zeit werden Menschen mit ALS anfänglich mittelgradig und zunehmend schwer bis sehr schwer behindert.

Die neuromuskuläre Erkrankung beginnt in der Regel zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr, sie kann aber durchwegs auch früher und im jüngeren Erwachsenenalter auftreten. Im Verhältnis 3 : 2 erkranken Männer öfters als Frauen. Wo ALS ausbricht, ist unterschiedlich. Charakteristisch für die Erkrankung ist zwar ein homogenes klinisches Bild, ihr Verlauf hingegen ist sehr individuell und deshalb variabel und heterogen („Jede betroffene Person hat ihre eigene Krankheit“, WEBER 2018). Sind zuerst die Muskeln betroffen, die zum Sprechen, Schlucken und Atmen benötigt werden, spricht man von der bulbären Form. Ursache dieser Schwächung ist eine Schädigung der sich im Hirnstamm befindenden motorischen Nervenzellen. An dieser Verlaufsform leiden ungefähr 20 bis 30 % der Menschen mit ALS. Es können aber auch zuerst Feinmotorikstörungen und Lähmungen in Armen bzw. Beinen auftreten. Im letzten Fall sind die im Rückenmark liegenden Vorderhornzellen, deren Fortsätze zur Muskulatur verlaufen, erkrankt. Diese Verlaufsform, woran etwa 70 % der Menschen mit ALS leiden, wird als die spinale Form bezeichnet.

Weshalb es zu einer Schädigung der Nervenzellen kommt, ist nach wie vor unbekannt. Statt sich auf eine Ursache zu fokussieren, konzentrieren Forschende sich darauf, die Krankheitsmechanismen verstehen zu lernen. Groß angelegte internationale genetisch-epidemiologische Kooperationsstudien ersetzen lokale Studien. Es wird nach einer Anhäufung von Faktoren geforscht und nach dem Zusammenwirken von Risikogenen und Umweltfaktoren im Laufe eines Lebens. Erkenntnisse aus der Krebsforschung ermöglichen ein neues Ursachenverständnis. Richtungsweisend ist dabei der Begriff *Exposom*. Mit *Exposom* wird ein Komplex aller nicht-genetischen sowohl endogenen wie auch exogenen (wie Formaldehyd, magnetische Felder, Luftverschmutzung, körperliche Aktivitäten wie Hochleistungssport oder Verletzungen) Umwelteinflüsse, denen einzelne Personen lebenslang ausgesetzt sind, bezeichnet. Letztendlich geht es um Wechselbeziehungen zwischen

Genomen und Exposomen sowie um den Zusammenhang zwischen Einwirkung und Krankheit.

Über dreissig Genveränderungen können ALS auslösen, und Forschende haben in der Erbsubstanz-Genetik bis zu vierzig Mechanismen, die schief gehen können, ausgemacht (WEBER 2016). Zudem werden bis zu 200 umweltbedingte Risikofaktoren in Betracht gezogen (VERMEULEN 2016). Eine für mich als Laie verständliche hypothetische Erklärung ist, dass aufgrund einer Autoimmunreaktion oder Vergiftung innerhalb der Nervenzelle eine Genmutation stattfindet. Prinzipien der noch jungen translationalen Medizin entsprechend wird in der ALS-Ursachenforschung einen Brückenschlag zwischen Forschungslabor, klinischer Anwendung und Epidemiologie realisiert. Ebenso selbstverständlich werden Initiativen von Menschen mit ALS ernst genommen. Trotz intensiver Forschung nach Ursachen und der Identifizierung verschiedenster krankheitsauslösender Gene, gibt es bei ALS bislang kein wirksames Medikament, das den Krankheitsverlauf unterbrechen kann. Jedoch kann in einer frühen Phase der Verlauf medikamentös verlangsamt werden. Therapien, die Bezug nehmen auf die Pathogenese, sind demnach bis kürzlich nicht erfolgreich, wobei es die bisher größten Fortschritte bei der Patientenversorgung (einschließlich multidisziplinärer Betreuung) und den symptomatischen Therapien (u. a. Ernährungs- und Atmungsunterstützung) gibt (MORGAN & ORRELL 2016: 87). In der Regel ist die Lebenserwartung ab Diagnosestellung zwei bis fünf Jahre. Studien bestätigen, dass die Lebensqualität von Menschen mit ALS dennoch meistens sehr hoch ist und zwar unabhängig vom Krankheitsstadium (WASNER 2008: 502).

### **Anliegen und Zielsetzung dieses Beitrags**

Die unaufhaltsam fortschreitende neuromuskuläre Erkrankung Amyotrophe Lateralsklerose ist zwar selten, sie hat aber für Palliativmedizin und biomedizinische Ethik Modellcharakter. Am Beispiel von ALS können systemische, prozesshafte, organisatorische, arbeitsweltliche, gesundheitsökonomische, gesundheitspolitische, sozialversicherungstechnische, fürsorgerische, lebensanschauliche, ethische, spirituelle und interdisziplinäre Anforderungen und Kompetenzen der Palliative Care exemplarisch aufgezeigt

werden. Mit der Diagnosestellung rückt die Perspektive der Heilung in den Hintergrund und die Lebensqualität in den Vordergrund. Alle Beteiligten müssen sich an einen raschen und vielschichtigen Prozess der Abnahme körperlicher lebensnotwendiger Funktionen anpassen. Vorausschauende Planung ist dabei erforderlich, weil im Krankheitsverlauf häufig die Kommunikation und bei etwa 70 % der Menschen mit ALS die Kognition eingeschränkt ist.

In der Palliative Care stehen Konzepte wie Würde, Selbstbestimmung und Autonomie im Umgang mit Patienten hoch im Ansehen. Im Umgang mit pflegenden Angehörigen wird das Konzept der Selbstwirksamkeit besonders beachtet (DE WIT *et al.* 2018: 7). „Selbstwirksamkeit“ definiert BANDURA (1994) als subjektive Überzeugung einer Person, sich in einem bestimmten Bereich kompetent verhalten zu können. „Würde“ gilt in der Philosophie als ein Schutzbegriff. Ein Lebewesen darf nicht erniedrigt werden. Im Verlauf seiner terminalen Erkrankung habe ich als pflegende Angehörige eindrucksvolle und wertschätzende Begegnungen zwischen sich an der Würde der erkrankten Person orientierenden medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fachkräften und meinem Lebenspartner beobachtet. Gleichwohl gab es Situationen, die nur schwer in eine wertschätzende Berufshaltung einzuordnen sind. Ich beschäftige mich vertieft mit diesen Situationen, weil ich der Meinung bin, dass sie exemplarisch in der palliativmedizinischen Berufsausbildung sowie in der Weiterbildung für Fachpersonen, die mit der Erkrankung Amyotrophe Lateralsklerose vertraut sind, Verwendung finden könnten. Dies kann aber nur unter der Voraussetzung geschehen, dass sie in einer Form beschrieben und erklärt werden, die Gesundheitsfachpersonen anspricht.

### Wandel in der therapeutischen Beziehung

Je schwächer mein Partner wurde und je mehr er auf Hilfe angewiesen war, desto öfters beobachtete ich einen Wandel in der Haltung von Fachleuten ihm gegenüber. Eine einjährige oder auch zweijährige wertschätzende therapeutische Beziehung änderte sich – nicht immer – in eine weniger persönliche Beziehung. Es konnte sich eine gewisse Härte und Ungeduld einschleichen. Statt mit

dem Kranken sprach eine Physiotherapeutin beispielsweise mit mir über ihn oder kommentierte den schwächer werdenden Körper ihres Klienten in der dritten Person. Eine Reifikation/Reifizierung (TAUSIG 1980) oder Verdinglichung und Objektivierung (FOUCAULT 2004, SENNELART 2004) sind für eine schwer erkrankte Person verletzend. Im Folgenden beschreibe ich vier Situationen.

An ALS erkrankt zu sein heißt, sich auf die bislang gewohnte Sicherheit und das Vertrauen im Körper nicht mehr abstützen zu können und einen Weg zu finden, sich der fortschreitenden Behinderung anzupassen. Es ist vielfach belegt, dass im Verlauf der Krankheit stabile Phasen vorkommen. Der Anpassungsprozess kann so schnell vor sich gehen, dass jemand mit ALS viel Kraft braucht, nicht die Gewissheit aufzugeben, dass solch eine Stabilisierung möglich ist. Als Angehörige sehnt man sich fast danach, aber man wagt kaum, daran zu glauben. Zur Illustration

#### Erstes Beispiel:

So lange es meinem Partner möglich war zu reisen, waren wir oft entgegen dem Rat besorgter und behütender Fachpersonen längere Zeit mit dem Zug in Frankreich und in den Niederlanden unterwegs. Es bedeutete Freiheit und gab uns die Kraft, trotz allem intensiv genießen zu können. Nach einer längeren Abwesenheit im Sommer kam die Physiotherapeutin, die anfänglich meinen Partner in ihrer Praxis behandelt hatte und mit Fortschreiten der Erkrankung Hausbesuche machte, zu ihm nach Hause und fragte, ob es Neuigkeiten gäbe. Strahlend stand er vor ihr und sagte: *Stabilisierung*. Sie hatten sich eine Weile nicht gesehen und die Physiotherapeutin war sein sich langsam änderndes Sprechen nicht mehr gewöhnt. So fragte sie: *Was?* Unterdessen stand ich seitwärts von der Therapeutin und beobachtete die Situation. Mein Partner sagte wiederum ruhig und strahlend: *Stabilisierung*. Die Therapeutin verstand ihn abermals nicht und fragte: *Was meinst du?* Zum dritten Mal antwortete er, immer noch strahlend: *Stabilisierung*. Die Therapeutin wendete abrupt ihren Kopf zu mir und sagte: *Reden geht auch nicht mehr*.

#### Zweites Beispiel:

Sofern es möglich war, nutzte ich die Freiheit, Erholungstage einzubauen. In meiner Abwesenheit

übernahmen Freunde und Freundinnen, Nachbarn und professionelle Helfer und Helferinnen die notwendige Pflege am Tag und in der Nacht. Je weiter die Erkrankung fortschritt und die Pflege komplexer wurde, desto öfters sprachen der Palliativmediziner und die Pflegenden für ambulante Palliativmedizin uns auf die Entlastungsmöglichkeit eines Kurzaufenthalts in einem Hospiz an, wenn auch nur für einen Tag. Mein Partner und ich wussten, dass der Stress des Transfers schwerer wiegen würde als der Erholungsvorteil für mich als pflegende Angehörige. Es gab öfters unterschwellig spannungsbeladene Diskussionen mit der medizinischen und pflegerischen Fachperson. Einmal legte der Palliativmediziner mir nahe, ich müsse regelmäßig einen freien Nachmittag nehmen und dafür Assistentinnen der häuslichen Pflege anfragen. Auf meinen Einwand hin, dass zu oft Bedürfnisse und Nöte meines Mannes nicht erkannt wurden und wir deshalb professionelle Pflegenden vorziehen würden, sagte er meinem Mann: *Dann sitzen Sie ein paar Stunden nicht optimal*. Bei einer anderen Gelegenheit, in einem nicht enden wollenden Standortgespräch, sagte die Pflegenden für ambulante Palliativmedizin gereizt: *Herr S. muss dann halt in den sauren Apfel beißen*. In der Kommunikation zwischen meinem Partner und mir mussten wir in der Folge nur die Wörter *saurer Apfel* buchstabieren, und ich wusste, dass ich versuchte, etwas gegen seinen Willen durchzusetzen. Gab mein Partner in bestimmten Situationen den Buchstaben S zu erkennen, mussten wir jedes Mal herzhaft lachen.

### Drittes Beispiel:

Nach dem Sterben meines Partners sagte mir sein Pneumologe: „Ich verstehe nicht, weshalb in der Schweiz so wenig Patienten mit ALS vom Freitod Gebrauch machen. Stattdessen lassen sie es darauf ankommen. Oder es gibt eine Situation, wie bei Ihnen, dass man überfordert ist.“ Hatten mein Partner und ich das Thema „freiwillig aus dem Leben scheiden“ gemieden? Hatten wir Berührungangst? Hatten wir das Unausweichliche verdrängt? Dazu kommt mir Folgendes in den Sinn.

Ein halbes Jahr bevor mein Partner verstarb, telefonierte ich kurz vor Ostern mit dem Hausarzt wegen Medikamenten. Im Verlauf des Gesprächs fragte er mich unvermittelt, ob mein Mann sich je dahin geäußert hätte, dass er genug habe vom Leben. Überrascht und ohne zu zweifeln sagte ich

*nein*. Der Hausarzt erklärte mir, dass falls mein Partner den Wunsch selbstbestimmt zu sterben hätte, dies möglich wäre. Ich fragte den Arzt, ob er in dem Fall helfen würde, worauf er sagte, nein, das dürfe er nicht. Es gebe aber durchaus gute Alternativen, und es müsse nicht Exit sein. Zu dem Zeitpunkt konnte mein Partner weder den eigenen Arm heben noch selbständig schlucken und ich realisierte schockartig, dass ich diejenige sein würde, die aktiv meinem Partner Sterben ermöglichen würde, und anschließend im Wissen über mein Handeln weiterleben müsste. Der Arzt beendete das Telefongespräch mit der Bitte, über die Ostertage seine Frage mit meinem Partner zu besprechen. Es vergingen einige Tagen, bis ich den Mut fand, meinem Partner über den Inhalt des Telefongesprächs zu erzählen und ihn direkt zu fragen, ob er sich wünsche, sein Leben beenden zu können. Ruhig und klar verneinte er. Uns blieb ein unbelasteter Ostertag. Dass es unser letzter gemeinsamer sein würde, vermuteten wir.

### Viertes Beispiel: Beziehung zwischen Fachpersonen, erkrankter Person und pflegenden Angehörigen

Die letzten drei Wochen seines Lebens verbrachten mein Partner und ich hoch über einem See an einem ärztlich geführten Erholungsort im Süden der Schweiz. Ich hatte zusätzlich externe professionelle Pflegenden organisiert und die Rückreise nach Hause mit Freunden geplant. Atmen bereitete meinem Partner zunehmend Probleme, und wir besprachen verschiedene Möglichkeiten, unter anderem auch die der Sauerstoffzugabe. Ich hatte notwendige Telefonnummern abgeklärt und hinterlegt. Wir verabredeten einen runden Tisch mit allen beteiligten Fachpersonen im Haus und mit der externen Pflegenden, um gemeinsam mit dem Arzt und meinem Partner das weitere Vorgehen zu besprechen. Ich hatte vorher eine Behandlung beim Physiotherapeuten und bat alle darum, zu warten, bis ich zurückkomme. Bei meiner Rückkehr informierte mich die externe Pflegenden, dass sie meinen Mann um Erlaubnis gefragt und mit seiner Einwilligung die zuständige Stelle für Sauerstoffzugabe bereits telefonisch angefragt hatte. Sie habe viel Erfahrung mit Beatmung und sehe, dass es jetzt der richtige Zeitpunkt dazu sei. Ich müsse nur einen Termin mit der zuständigen Stelle abmachen, worauf sie uns verließ. Ab dem Moment hatte ich meine Seelenruhe verloren. Allein mit meinem Partner frag-

te ich ihn, ob es seinem Willen entspreche, diese Entscheidung ohne mich zu treffen, was er verneinte. Wir waren beide in Sorge, und ich hatte nicht die Kraft, die Entscheidung rückgängig zu machen. Ich besprach mich mit dem anwesenden Arzt, und er nahm zur Rücksprache Kontakt mit behandelnden Ärzten an unserem Wohnort auf. Nach der abendlichen Pflege bat ich die externe Pflegenden, mit mir allein zu sprechen. Ich sagte ihr, es gehe mir nicht darum, ob die Entscheidung richtig oder nicht richtig sei, sondern darum, dass sie meine Abwesenheit genutzt hätte und dass sie nicht nur den Erkrankten pflegen sollte, sondern auch das Team, was wir bildeten. Sie reagierte mit Zorn, worauf ich sagte, dass ich am nächsten Tag mit Hilfe des Hauses die Pflege selbst übernehmen würde.

## Diskussion

In einem Gespräch im Herbst 2016 darüber, wie ich Grenzüberschreitungen in der letzten Lebensphase meines Partners erlebt hatte, bemerkte der Medical Anthropologist Bernhard Hadolt, dass das, was eine Person ausmacht, in der Wahrnehmung des Sterbens schneller stirbt als das Körperliche. Am Schluss bleibe nur der Körper übrig, und andere Aspekte einer Person werden unwichtig. Wird eine schwächer werdende Person auf den Körper reduziert, ohne dass es nötig wäre, geschieht dies unbedacht und nicht absichtlich. Ein Erklärungsansatz für diesen Vorgang ist die Wirkungsmacht gesellschaftlicher Bilder. Bernhard Hadolts Frage, was das Systemimmanente sei, stelle ich die Überlegung gegenüber, dass es vielmehr eine gesellschaftliche und sozialpolitische Angelegenheit sein dürfte. So weist FASSIN (2017: 32f) darauf hin, dass sich Monographien in dem Bereich, der traditionell als sozialanthropologisch oder kulturanthropologisch bezeichnet wird, mit dem Leben von Menschen in ganz unterschiedlichen, aber oftmals von den Härten der Armut, der Krankheit und des Unglücks gezeichneten geographischen Kontexten befassen. Solche Studien stellen Didier Fassin zufolge in der Regel das Leben nicht nur in seiner subjektiven Dimension, so wie Menschen es in einem spezifischen Kontext erleben, dar, sondern sie illustrieren gleichwohl die objektiven Bedingungen, die dazu beitragen, wie die Gesellschaft das Leben bestimmt und damit

umgeht. Übertragen auf das hier behandelte Thema möchte ich genau solche objektiven Bedingungen, die Einfluss auf den Umgang mit Sterben haben, besser verstehen lernen.

Anlässlich der Publikation *Wie Kinder in der Schweiz sterben* (2017) bin ich auf Forschungen in der Pädiatrischen Palliative Care aufmerksam geworden. HEXEM *et al.* (2011) haben ein Mehrebenen-System-Modell (*multilevel complex system*) entwickelt. ZIMMERMANN & CIGNACCO (2017) unterscheiden zwischen 1. nationalem und regionalem System, 2. dem Gesundheitssystem, 3. dem Familiensystem und 4. dem individuellen System. Meine Überlegungen betreffen Interaktionen auf der Ebene des Gesundheitssystems und fokussieren auf die Frage, welche Denkweisen Haltungen beeinflussen. Meine Fragestellungen, was unsere Wahrnehmung beim Sterben beeinflusst und worum es geht, wenn sich Haltungen gegenüber einer terminal erkrankten Person bei behandelnden Fachkräften ändern, beziehen sich auf die Art und Weise, wie diese mit unheilbar erkrankten Menschen und ihren Nächsten interagieren. Ich denke nach über Interaktionsprozesse in einem spezifischen Setting auf der Mikroebene zwischen Individuen. *Mindsets* oder Sicht-, Denk- und Wahrnehmungsweisen sowie Einstellungen sind aber durchwegs gesellschaftlich geprägt.

Um mein Denken zu schärfen, oder auch das Unmögliche zu denken, wende ich mich Autoren der Postkolonialität zu, die sich auf Frantz Fanon stützen. Achille Mbembe beispielsweise verknüpft die Makro- und Mikroebene, indem er darüber nachdenkt, wie sich politische Prozesse auswirken und beim Individuum manifestieren. In seiner Publikation *On the Postcolony* (2001) geht MBEMBE dem Zusammenhang zwischen Kolonialismus, Postkolonialität, Rassismus und dem einzelnen Körper nach:

And how can one *live in death*, be already dead, while being-there—while having not necessarily left the world or being part of the spectre—and when the shadow that overhangs existence has not disappeared, but on the contrary weights ever more heavily? (2001: 201)

Es ist herausfordernd, die dem Rassismus inhärente Sichtweise, dass die nicht zur eigenen Gruppe gehörende Person das Leben nicht wert sei, auf eine Stufe zu stellen mit der Art und Wei-

se, wie terminal erkrankte Personen wahrgenommen werden können. Bei der Frage, was als ein lebenswertes Leben gilt, kann, wenn es um Subjekte mit einer nicht weissen Hautfarbe sowie um schwer kranke Menschen geht, eine strukturelle Gemeinsamkeit in der Wahrnehmungsweise und daraus resultierendem möglichem Handeln ausgemacht werden.

## Danksagung

Mein Dank gilt den Reviewern für ihre kritische und sorgfältige Lektüre. Ekkehard Schröder denkt und handelt besonders interdisziplinär. Verknüpfung verschiedener Perspektiven ist auch Anliegen dieses Beitrags.

## Literatur

- AL-CHALABI A. 2018. *What causes MND? Why me?—genetics, epidemiology, and disease modelling*. Präsentation am 2018 FightMND Australasian MND Symposium am 22. März 2018 in Melbourne. <https://youtu.be/Y30b8YLCmRQ> (retrieved 15. August 2018).
- ALS CENTRUM NEDERLAND. 2018. [www.als-centrum.nl/kennisplatform/epidemiologie-van-als/](http://www.als-centrum.nl/kennisplatform/epidemiologie-van-als/)
- BANDURA A. 1994. Self-efficacy. In RAMACHANDRAN V. S. (ed). *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press. Vol. 4: 71–81. (reprinted in FRIEDMAN H. S. [ed] 1998. *Encyclopedia of mental health*. San Diego, CA: Academic Press).
- FASSIN D. (ed) 2012. *A Companion to Moral Anthropology*. Oxford: Wiley Blackwell.
- 2017. *Das Leben: Eine kritische Gebrauchsanweisung*. Berlin: Suhrkamp.
- FOUCAULT M. 1976. *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 2004. *Die Geburt der Biopolitik: Geschichte der Gouvernementalität II*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- HEXEM K. R., BOSK A. M. & FEUDTNER C. 2011. The dynamic system of parental work of care for children with special health care needs: A conceptual model to guide quality improvement efforts. *BMC Pediatrics* 11: 95.
- KLEINMAN A. 1999. Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. In PETERSON G. B. (ed). *The Tanner lectures on human values*. Salt Lake City, UT: University of Utah Press 20: 357–420.
- 2006. *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. New York: Oxford University Press.
- 2007. *Today's biomedicine and caregiving: Are they incompatible to the point of divorce?* Cleveringa Address delivered at the University of Leiden, 26 November 2007.
- 2009a. Caregiving: The odyssey of becoming more human. *The Lancet* 373, 9660: 292–293.
- 2009b. The caregiver. In VAN DER GEEST S. & TANKINK M. (eds) *Theory and action: Essays for an anthropologist*. Diemen: AMB: 97–98.
- 2011. On death and family and anthropology. In TANKINK M. & VYSMA M. (eds). *Roads and boundaries: travels in search of (re-)connection*. Diemen: AMB: 100–102.
- 2012. Caregiving as Moral Experience. *The Lancet* 380, 9853: 1550–1551.
- 2013. From illness as culture to caregiving as moral experience. *New England Journal of Medicine* 368: 1376–1377.
- 2014. How we endure. *The Lancet* 383, 9912: 119–120.
- KLEINMAN A. & VAN DER GEEST S. 2009. "Care" in health care: Remaking the moral world in medicine. *Medische Anthropologie* 21, 1: 159–168.
- MATTINGLY C. 2012. Two virtue ethics and the anthropology of morality. *Anthropological Theory* 12, 2: 161–184.
- MBEMBE A. 2001. *On the Postcolony*. Berkeley and Los Angeles, CA: Univ. of California Press.
- MORGAN S. & ORRELL R. W. 2016. Pathogenesis of amyotrophic lateral sclerosis. *Br Med Bull* 119, 1: 87–98.
- MULLAN F. 2001. A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand. Interview by Fitzhugh Mullan. *Health Affairs* 20, 1: 137–141. doi: 10.1377/hlthaff.20.1.137.
- MURPHY R. F. 1987. *The body silent. The different world of the disabled*. New York: Henry Holt.
- SENNELEART M. (ed). 2004. Situierung der Vorlesungen. In FOUCAULT M. 2004. *Die Geburt der Biopolitik: Geschichte der Gouvernementalität II*. Vorlesung am Collège de France 1978–79. Frankfurt: Suhrkamp: 445–489.
- TAUSSIG M. T. 1980. Reification and the consciousness of the patient. *Soc Sci & Med* 14, 1: 3–13.
- TAYLOR J. S. 2008. On recognition, caring, and dementia. *Medical Anthropology Quarterly* 22, 4: 313–335.
- THEILE G. 2018. *Palliative Care – was ist das eigentlich?* Präsentation am 8. ALS-Tag am 9. November 2018 in Zürich-Regensdorf.
- VAN DONGEN E. 2007. The Other's pain is the anthropologist's strain. Crisis of proximity in medical anthropology of suffering. In VAN DONGEN E. & KUTALEK R. (eds). *Facing distress: Distance and proximity in times of illness*. Wien: LIT: 21–40.
- 2009. Keeping the feet of the gods and the saints warm: Mundane pragmatics in times of suffering and uncertainty. In VAN DER GEEST S. & TANKINK M. (eds) *Theory and action: Essays for an anthropologist*. Diemen: AMB: 1–10.
- VERMEULEN R. 2016. *Insights into the ALS/MND exposome*. Präsentation am 27<sup>th</sup> International Symposium on ALS/MND am 7. Dezember 2016 in Dublin.
- VERWEY M. 2010. Proximity and distance in palliative care from the perspective of primary caregiver. *Medische Anthropologie* 22, 1: 31–46.
- 2011. Sorrow and hope among people with a life-threatening illness and those closest to them. In TANKINK M. & VYSMA M. (eds). *Roads and boundaries: travels in search of (re-)connection*. Diemen: AMB: 226–235.
- 2017. Palliative care at home in the case of ALS. In HADOLT B. & HARDON A. (eds). *Emerging Socialities and Subjectivities in Twenty-First-Century Health Care*. Amsterdam: Amsterdam University Press: 125–130.

- WASNER M. 2008. Resilienz bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) und ihren Angehörigen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 159, 8: 500–505.
- WEBER M. 2016. *Neues aus der ALS-Forschung*. Präsentation am 7. ALS-Tag am 4. November 2016 in Basel.
- 2018. *Neues aus Medizin und Forschung*. Präsentation am 8. ALS-Tag am 9. November 2018 in Zürich-Regensdorf.
- WITDE J. *et al.* 2018. A blended psychosocial support program for partners of patients with amyotrophic lateral sclerosis and progressive muscular atrophy: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychology* 6:20. doi: 10.1186/s40359-018-0232-5.
- ZIMMERMANN K. & CIGNACCO E. 2017. Wie Kinder und Neugeborene in der Schweiz sterben. Vortrag an der Tagung *Wie Kinder in der Schweiz sterben: Schlüsselergebnisse der PELICAN-Studie*, Zürich, 2. Februar 2017.

## Šojmanka

### Women of Eastern Serbia who Communicate with Fairies

MARIA VIVOD

#### Introduction or let's confuse the reader with the multitude of terms

This paper is written to confuse all those researching on the topic of fairy-seeing individuals in Southeastern Europe and those who might be interested in it for some unclear reason. There is a multitude of expressions, designations on various languages for similar phenomena in a relatively small region. The terms often refer to the same phenomenon, but sometimes they don't. The term "the semantic field" in linguistics means, that one word covers a particular meaning, and another covers a different field. The fields can be similar and converge but are not identical. This is the case with the various expressions for fairy-seeing individuals in this region. The phenomenon of individuals capable of communication with creatures of the invisible world was scientifically analyzed in the past six decades and diverse perspectives were offered as theoretical approach: as fragments of pre-Christian belief systems that were mostly found in historical documents such as witch-hunt trials (ELIADE 1975 in general; GINZBURG 1966 for Italy; KLANICZAY 1983, 1984, 2006 for Hungary; HENNINGSEN 1993 and ČIČA 2002 for Croatia), as remnants of still existing complex popular belief systems about witches and fairies and the syncretism between these two female benevolent/malevolent creatures (for instance PÓCS 1986 and ZENTAI 1976, for Central Europe BOŠKOVIĆ-ŠTULLI 1953 and 1960 for Croatia, ĐORĐEVIĆ 1952, Serbia, Yugoslavia), and from the ethnomedical standpoint as vestiges of traditional holistic beliefs about human health and its connection to nature and divinities (for instance for Serbia: TUCAKOV 1965, RADENKOVIĆ 1996, VIVOD 2015). The traces of this phenomenon, such as the texts of charms or fairy-tales were often analyzed as bits and pieces of the local folklore (e. g. for Serbia: ZEČEVIĆ 1981, RADENKOVIĆ 1996, ŠEŠO 2003

DORĐEVIĆ 1989). If this didn't confuse you, there are still a lot of other things coming.

There are at least a dozen languages spoken in Southeast Europe and each language has no less than 5–6 dialects. The semantical fields of expressions converging on the notion "fairy-seer" which I mentioned above, can be cosmic because the notion—the "signifier"—covers various kinds of "seers:" those who communicate with creatures and are able to fight with them by flying up in the sky; or those who can communicate with them and heal through them; or those who are only able to see them; or those who communicate and predict the future through them and do charms ... Those researchers who try to publish in English on their own initiative in a publication that necessarily is not about this topic, while using one the concepts typical for this field of research, usually have to go through Conrad's heart of darkness in order to explain, circumscribe some of these terms and their implicit meanings. Some of these authors have come up with a solution to label all the bunch of these fairy-seeing individuals and their subcategories as "communicators," sometimes also "sacral communicators." As a token of gratitude for their services these authors are usually labeled as provincials.

But this paper is not about them or their unjust sufferings. The use of the "communicator" is an "etic" denomination. See the debate etic/emic in anthropology, because I don't intend to explain it here. I prefer the emic approach because there are differences in "communicators" & "communication:" this is why I explained the problem of the not converging semantic fields. This is also why I vainly try to introduce an expression, the umbrella-term of "fairy-seer" since years. This paper is a small contribution to the already existing co-

nundrum of terms and knowledge about the gifted individuals who see fairies and communicate with them.

### Let's complicate things with what the notion of a fairy-seer implies

Once I was asked by an American editor to create a glossary of all the expressions I have used in an article about the Vlach fairy-seeing women. In order to depict the context I have elaborated first by mentioning all the research in the region which was done on this topic. The editor said that the enumeration of all these expressions is confusing. He wanted an exhaustive list of expressions, their meaning, their etymology and their exact English translation. I came up with this:

*krešnik* (m) *krsnik* (m) (Croatian)—(male) individuals with special, magical powers

*padalica* (f) (south Slavic)—“the one who falls”

*rusalka* (f) *rusalia* (f), *rusalja* (f) (origins unknown; Romanian, Vlach, Russian, Polish, South Slavic)—fairy/the one who can communicate with fairies

*šojmanka* (f) (origins unknown; used in Vlach) — the one who is able to communicate with fairies

*šojmanosa* (f) (origins unknown; used in Vlach)— the one who is able to communicate with fairies

*vilarka* (f), *vilar* (m) (south Slavic from the word “vila”-fairy)—“the one from the fairy”

*vilenica* (f), *vilenjak* (m) (south Slavic from the word “vile” Pl.—fairies)—“the one from the fairies”

In short: this list is a bunch of poppycock and I am being polite here. All terms are—more or less—designations for people with special powers. However, for most of these expressions there is no exact translation into English, or in Naro, when we are at it. Their etymology is often unknown. Their use is casual and depends on the region of their dialect. Usually these terms are referenced in their original version, except if the editor or your publication has a degree in fat studies. I have sent along to the editor a two page commentary of the list explaining these nuances, mentioning that the list is far from being complete. Eventually, the editor abstained from his idea and the glossary was not published (luckily). So I avoided being a laughing

stock between the connoisseurs. At least for the time being.

The fairy-seers of Southeastern Europe are mostly women who are able to communicate with women-like creatures from the supernatural world. The thing is that sometimes these women are called by the same designation as the creatures they see/are able to communicate with. This is quite logical in the Balkans or in the neighborhood. It is illogical for others. Researchers speculate that this is because the seers by being able to see or communicate with these creatures create a special bondage with them, establishing kinship. This stance is plausible, because these women often refer to these creatures as their “sisters.” These women fall into trance by dancing and singing on special days of the orthodox Christian/Vlach calendar. The “special days” vary from one woman to another. Different women pick/choose different days of the Christian/Vlach Orthodox Calendar.

Sometimes the fairy-seers induce a trance-like state in order to establish a communication with these creatures. I was asked countless times if the trance is real. I don't know and I don't really care. But the thing is that if a person walks to the top of a mountain, sometimes in snow deep to her knees, and sings incessantly for hours—shouts from the top of her lungs, dances like crazy, every year on a particular day since decades, even if there are no people present “in the public” to witness it—I'm not going to be the one questioning her veracity. When communicating with the fairies the fairy-seers can prophesy future events. The fairy-seers can also bring messages to the living from their deceased relatives. In such a consultation, I received a message from my paternal grandmother whom I did not like much when she was alive. So I guess this part cannot be questioned for veracity either.

Similarly, fairy-seeing individuals can give advice about how to heal an ill individual or they can proceed to treating the ill individual after consulting the fairies. These illnesses are usually a form of so called “fairy-illness”—a disorder which has its origins in a curse or a spell by the human-offended fairies. The fairies are described in the narratives of fairy-seers as three young, beautiful longhaired women, dressed either in white or in black. The women who can see them can speak to them and are chosen by the fairies early on, usu-

ally in their childhood or adolescence. Šojmanje, šojmanka, šojmanosa—Are you confused yet?

In the 1950 paper a Yugoslav ethnographer PERSIDA TOMIĆ gives a detailed description of the fairy-seeing phenomena from Central Serbia by the ethnic minority of the “Vlach Gypsies” (*vlaški cigani* in Serbian). When Persida Tomić wrote that paper she couldn’t imagine what a mess her paper will create. The word *šojmanosa* as a notion first appeared in her article. It was an important paper, a firsthand ethnography, a “must-read” for those who study the phenomenon of fairy-seeing individuals in the Balkans. This was the moment when the word *šojmanosa* entered the scientific bibliography. But no-one ever was able to confirm her observations. It seemed that Tomić described a phenomenon that afterwards disappeared without a trace. Luckily for Persida, she published photos too, otherwise the academicians would probably conclude that she drank too much slivovitz while doing fieldwork.

Then, sixty years later, while I was trying to research on the vernacular religion in Vojvodina, I stumbled by chance on the expression *šojmanka* in Eastern Serbia. Being a great fan of Persida’s paper I immediately presumed that this designation has something to do with *šojmanosa*. It felt like discovering penicillin. There was finally a trace of something that was described by Tomić ... The plan was easy: I was to travel there and film as much as I can and take notes. This part was easy. But writing in English about it was a different game. It felt like you play chess all your life and suddenly you find yourself on the field among players of American football.

Persida did not speak Vlach. She was also referring to the fairy-seers as the “*šojmanose*” [Vlach term] or the *vilarka-s* [feminine form, one of the Serbian terms] or *vilar-s* [masculine form, one of the Serbian terms]. This particularity is mentioned in the book of ZORAN ČIČA (2002) whose topic is the phenomenon of fairy-seeing individuals in a historical perspective, principally during the witch-hunting period. Čiča treats the topic from the diachronic perspective and he also writes about the Christian “contamination” of this phenomenon. Particularly the Christian savant perspective about the nightly gatherings of women who are initiated in practice of healing and charming which were labeled as the Sabbath

of the witches is examined in detail. He notices that Persida Tomić doesn’t make a distinction if the *šojmanka* are women (otherwise called *vilarka-s* or *vilar-s* in Serbian) who can see the women-like creatures or if this name can be also applied to the creatures who are seen by them (which are termed “fairies” = *vile* in the article). His excellent book deals with the topic of fairy-seeing, fairy-communicating individuals, for which he is using the terms *vilenica-s* and *vilenjak-s* (the usual terms in Croatian speaking regions). In his study based on the examination of historical documents (mostly witch trials in Croatia), *vilenica-s* and *vilenjak-s* [Croatian terms] were individuals who treated ill individuals and who were mediators between the human world and the invisible world. Čiča calls the phenomenon of “*vilenica* and *vilenjak* the remnants of a pre-Christian cult” (ČIČA 2002). In both cases, Tomić and Čiča do not dwell on the signification of the Vlach term *šojmanka*. And why would they? It is in Vlach. It is taken as if this were the Vlach term of the same “fairy-seeing” phenomenon.

I wrote to Čiča and sent him a draft of my paper with the link to my documentary I made on the topic after my fieldwork: [www.imdb.com/vidео/wab/vi796439833/](http://www.imdb.com/vidео/wab/vi796439833/). His answer was short and far less enthusiastic than I expected. He seemed not be too interested in the discovery of penicillin. Tomić provides us with a detailed account of fairy-seeing events that she observed in 1946/47. She starts with a description of the main characteristics of the *šojmanka-s*. She employs this term and uses it in parallel with the Serbian terms of *vilarka* (feminine) and *vilar* (masculine). The fact that the healing and the communication happens in a state of the trance pushes her to compare this phenomenon with another Vlach phenomena, the *rusalje-s* of Duboko (*dubočke rusalje*—Serbian term, but also used in Vlach and Romanian)—the *rusalje-s* from the village of Duboko. These are women who fall regularly into trance on specific days in a year. But she does not mention other characteristics of the *rusalje-s* in which she is not interested. Tomić mentions that three female “creatures”—“fairies” (*vile*) in the article—are seen by these women while in trance on specific days. The *vilarkas* treat illnesses brought by fairies on these days. What is captivating is that Tomić notes that usually the fairy-seeing women have some physical

impairment, which is a condition—according to her—making these women more suitable for this otherwise solitary profession. Tomić also traces down the migration of this Gypsy community from Romania, from the region where the Vlach communities originate, and which occurred during the 18<sup>th</sup> century. The etymology of the *šojmanke* is not elaborated.

Although Tomić's study became in the meantime one of the great classics for those who work on the topic of fairy-seers or fairies it has been criticized exactly because of this default. Language is also one of the main reasons why the study of Vlach customs and communities in Serbia is difficult. When I stumbled on the word of *šojmanka*, it was thanks to a video which a local Vlach ethnographer in retreat had uploaded on YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=QVr4xib3xXk>. It was a video filmed and translated by Paun Es Durlić, an ethnographer in pension. I immediately contacted him. According to him<sup>1</sup>, most of the “mistakes” in ethnographic descriptions and analysis of the Vlach customs stem from the fact that the Serbian ethnographers do not understand and speak this Neo-Latin language and regularly confound the Serbian Christian calendar with the traditional “Vlach calendar” that is based on pre-Christian beliefs and “almanac” (see more in DURLIĆ 2010). This is also the biggest lack of Tomić's article: she didn't speak Vlach and didn't ask for the meaning of the word, nor on what it referred to. The word *šojmanka* does not exist in the official Vlach language and it is unclear what it means<sup>2</sup>. The Vlach communities in eastern Serbia know and use the term *šojmanka* but the origins of this word are also unknown and they describe the creatures that a fairy-seer can see. According to this Vlach ethnographer the term “*manosa*” means “abundant” in the Vlach language while the “*šoj*” is unknown. In the villages described by Tomić, Temnić and Belica, the “Vlach Gypsy” population turned into “Gypsy” population and nobody speaks Vlach anymore<sup>3</sup>. Needless to say, that the custom of *šojmanosa* also disappeared since the 1950s. Are you confused yet?

Building on Tomić's legacy—among other monographs, papers and historical documents—ČIČA wrote a book (2002a) utterly dedicated to the description and the analysis of the *vilenica*-s (feminine) and the *vilenjak*-s. Čiča offers a com-

parative table inspired by a similar table created by GINZBURG (1991) of terms from across Europe of individuals, whether healers or seers, who can communicate with feminine creatures and who potentially even engage in heavenly, nightly battles against those seers who send evil to their opponent's region.<sup>4</sup> There are the *benandanti* from Friul, the *armiere* from Ariège, the *punchiaduri* from Switzerland or the *krešnik/krsnik* from Istria (GINZBURG 1966, KLANICZAY 1986, BOŠKOVIĆ-STULLI 1960). The Croatian (Bosnian) *vilenica* or the *vilenjak* is also among these common mortals who can see and communicate with female creatures from the invisible world. Čiča's table depicts well the “Babylonian-like” abundance in terms and notions of this phenomenon of fairy-seeing healers. But the *šojmanka* or the *šojmanosa*, as well as the *rusalia*-s are not amongst them although their place is certainly among them. The abundance of various ethno-linguistic groups in this region and the profusion of languages and dialects impede the broadening of the chart. We need a genius-polyglot who is interested in doing research in 550.000 km<sup>2</sup> and spend probably fifty years in various archives. Indisputably the Ginzburg-chart and Čiča's table cover a waste geographical terrain with numerous names and their variations. In that spirit, this article is also an attempt to complement these two tables with contemporary findings the already existing material and charts.

### The case-studies—This is the part people like to read about

Ivanka (\*1956) is a Vlach farmer woman from eastern Serbia, living in an isolated farm with her husband and a grown-up son on top of the mountain called Pojenj near the village of Kulma Topolnica. She has three children and was married twice. The first husband has left her and according to her words “disappeared.” The disappearance of her husband coincided with her initiation into the world of her “sisters.” In spite of her being a *šojmanka* (the Vlach term of her social status) and “*padalica*” (a Serbian term used in the region to describe Ivanka's ability to fall into trance) she married a second time, at her “great surprise” as she says. She says she never imagined that she will have two husbands. Her initiation happened



**Fig. 1:** Ivanca – April 2015, see also Fig. 2 and 3 on p. 199. (Photos: Maria Vivod)

when she was about twenty to twenty-one years old. She was found by her mother-in-law in the top of a pear tree. She was oblivious of herself. Her two daughters got scared by her. She was singing on the top of the pear tree. She describes the creatures that she has continued to see on regular basis as beautiful young long-haired (blond) women dressed in white. She also named them as: *Sinziana*, *Maria* and *Majka Prečasa* [Holy Mother?]. They appear to her on specific days and speak to her, and then she has to transmit their messages and instructions to the living. She tried to avoid her sisters at the beginning: she hid herself in a stack of hay to escape them but as she says these creatures always managed to find her, punished her physically and brought her back to the top of a pear or cherry tree. These creatures punished her transgressions or her avoidance by taking away her voice, paralyzing her or beating her. She says that she had blue marks on her body from the beatings of these creatures. As she says: “[she] had to obey them.” In her “fall”—as she calls the state in which she is oblivious of herself and the [human] world around her, she sees the world of these creatures: beautiful pastures and fields covered with flowers. She sings a particular song every time to put herself in a state of trance:

In a field covered with flowers I climb, climb, with my sisters on the Krš [a mountain in the region?] up, up. In a field covered with flowers I go down with my sisters to the pear tree; my sisters make me climb the pear tree. And they are young, my sisters. In a field covered with flowers I climb, I climb with my sisters on the Krš up, up.

She says that these creatures can be seen by everyone who wants to see them. It is just a matter of will. Her “special” days—when she has to submit herself to the will and the demands of these creatures—are three specific days of the Christian orthodox calendar: Epiphany (*Bogojavljanje*—Three King’s Day), Palm Sunday (*Cveti*), and St. Peter’s Day (*Petrovdan*). On every occasion she obtains information from her sisters about when they are going to appear the next time.

The ritual of trance starts at dawn early in the morning. That day Ivanka frees herself from working in the stables to stay clean, as these otherworldly creatures abhor filthy, unclean clothes, people and places. She washes herself, avoids speaking (they prohibited her to speak before the ritual) and she dresses in light-colored clothes. She goes outside into the court and turns toward east. She picks a place and stands and then closes her eyes. She is holding a three branched basil (Lat. *Ocimum basi-*

*licum*) in her hand that she will keep on holding the whole time of her trance and consultation with people who come to see her that day. She also has to be “clean” (not menstruating) as have the women who attend the ritual or who come to consult her three sisters through her. Her husband related about cases when women were sent away because they were “unclean” and this happened without these women even admitted having their period.

The length of the trance varies: some days it can last an hour, but occasions when it lasted for four hours were also witnessed. Ivanka sings “her” song, dances, and shouts and calls her sisters invoking their coming and whistles in turns. Ivanka starts singing and alternately she speaks to them (she seems to summon them). It seems that Ivanka participates in some—for us observers—invisible gathering/feast/celebration where the fairies dance. There is music (Ivanka relates about this) and everybody, present in this world, dances (so Ivanka describes to us while being in trance). She is transmitting to the present individuals, who sometimes come from other regions to consult the *šojmanje* or the *vlva-s* (Vlach word “fairy” as these three creatures are (also) called), what she is witnessing in the other world. She transmits the feast-like atmosphere that precedes the coming of these creatures. She proceeds first by foretelling the future of the region, giving accounts of future accidents, future sudden deaths or forthcoming misfortunes or imminent great events in the country. For instance, in 2006 she predicted the coming of a president who is going to be as Tito.

When she is completely “taken”—possessed—by her sisters she asks to be taken into her house. The house has to be clean, particularly a chair on which she will sit that day. The person, a woman, who came first that day (usually her neighbor), will help her to get back into the house. In her bedroom, sitting on a chair with her eyes closed she will receive her visitors one by one. First, the consultation proceeds “about the living” (*za žive* in Serbian). Individuals or families can consult Ivanka’s sisters through her mouth about their personal or family’s future. When the consultation “for the living” ends, there is another “tour:” one by one the individuals re-enter and consult Ivanka about their deceased relatives. This part is called “for the dead” (*za mrtve* in Serbian). This time, flowers and candles have to be brought. The number of can-

dles has to be the same as the number of those, about whose wellbeing the person would like to enquire. Along with her sisters, Ivanka can see and talk with the deceased as well. The dead send their request to the living: if they would like a visit to their graves, flowers, candles or a *pomana* (Vlach word, designating a sort of Vlach commemoration that includes bringing new clothes to the dead on their graves or bringing favorite food and drink).

The most important day in a year when Ivanka can see her sisters, her biggest “feast” (*slava* or *praznjik*) is *Cveti* (Palm Sunday). Her house being on the top of a mountain is very difficult to reach. The author of this article had to rent a jeep that “cut” through a muddy road to access the house in early spring. From three occasions, in at least two it is extremely difficult to venture to the top of the Pojenj. Especially in wintertime for Epiphany, when the snow can be knee-high and covers the muddy road, the coming and going to her house is difficult. Falling in trance (including the singing, dancing, whistling and shouting out prophecies) consumes a tremendous amount of energy. In spring 2015, when the author of this article had the chance to observe her, Ivanka has “fallen” for her last time. In autumn that year Ivanka turned sixty. She revealed to the author that the fairies are visible only to women between six to sixty years old. She will continue to heal people from charms and spell (“fairy-illnesses”) but she will not transmit the messages of her “sisters” anymore, she will not foresee the future anymore and she will not see the *šojmanje* either.

**Mila (\*1944)** is another woman-*padalica* in the region. She is living in the village of Crnajka, about 15 km from Kulma Topolnica. The two women know each other and they are sending each other individuals/clients who seek to consult the *šojmanje*. Ivanka even sent her son for a consultation to Mila. Ivanka’s son is considered the village idiot because of his speech impairment and the fact that he is single and above 30 years old. Her husband is mocked too by the village-people.

Mila has one son, and she lost two children in their early infancy. She is a daughter of an unmarried mother. This personal circumstance adds to her reputation as a successful seer or *padalica* because of the beliefs of magical performances and characteristics of individuals born out of wedlock.

This attitude is widespread in the Vlach community (for more see DURLIĆ 1995). Their hair or nails are believed to have magical virtues and are components of talismans or magical beverages. Children born out of wedlock are believed to be born “from love” (*iz ljubavi* in Serbian) and not because of “must” (*moranje* in Serbian) which is a characteristic of children born in a marriage. Children born in a marriage are born “out of duty” (for more about this belief see DURLIĆ 1995). On the question about her parents and her life Mila answered that she does not know her father and it could have been anyone. Although this fact is advantageous for her profession she was slightly in discomfort answering this question.

She was married at the age of fifteen and she is illiterate: she cannot read or write. She said she had a happy marriage, but when I met her in 2015 she was a widow already since a couple of years. Her husband actively supported her calling as a fairy-seer. Mila started “falling” since the age of twelve years old. In Vlach tradition there are 44 “feast” (*slava*) in a year. In her youth Mila used to fall quiet frequently (she didn’t explained on which days from the total of 44 but stated it was very frequent). With time Mila “fell” less and less frequently, and by the time I’ve met her she only kept one or two *slavas* (meaning: she “fell” only on two occasions in a year: Epiphany & St. Peter’s day on the Greek Orthodox Calendar). Mila was able to fall into trance in her youth for 44 of Vlach feast-days (*slava* or *praznjik*—this term differs from Serbian orthodox *slava* (for more see DURLIĆ 1998). Her “technic” to fall into trance is also different from Ivanka’s: she lies in her bedroom and speaks, sings to her sisters. She coxes herself into a trance by speaking, calling and singing to these creatures. She also sees three young, beautiful long-haired women but she didn’t want to tell their names. As a matter of fact, she suspected me for being also a “seer” (*i ti vidiš nešto?* in Serbian).

What one has to know about this and similar accusations is that these women who can see fairies “recognize” each other and believe they belong to the same “kinship.” They are also informed if a new fairy-seer is “born” in the region (see infra). So, I guess, Mila’s question was more than just rhetorical. She is possibly seeking for some new “fairy-kinship.” The first time I visited her she refused to speak with me. A couple of weeks later



Fig: 2 + 3

when I returned, she admitted that she dreamt of me and she realized that she did me wrong for not speaking with me. The fact that I appeared in her dream made her suspicious in my “capacities” ... So actually, I felt pretty pissed when she refused to speak with me the first time, and she had the chance later to ask around who I was, so this dream was a way to turn a new page between us. Or I do have some special powers.

She is also falling into trance in private. Once in trance she receives one by one her visitors while lying in bed. The recitations and the song she sings during her trance were recorded in secret by a Vlach ethnographer who asked Mila’s son to hide a tape-recorder during one her “falls” in the room where Mila was lying and was assisted by her husband.

Mila’s initiation also happened on the top of a tree (pear tree). She was only 12 years old when she first saw “her sisters.” She also tried to avoid them, hiding herself. She also made transgressions, disobeying them and was ill because of her transgressions. She was paralyzed by them and couldn’t speak or move. As she grew older the occasions of her “falls” became rarer; nowadays she still “falls” but only a couple of times during a year. She also falls on Epiphany as Ivanka and she falls on Pentecost too. She puts herself into trance on the evening before the actual day of the feast be-

cause it is considered that with nightfall the day of the *slava* actually starts.

The two women are both respected in their community. Ivanka is particularly loved in her community and she goes as a good person. She is described as a gentle and kind woman. Mila is described as an ambiguous woman though; people say that she is into fairy-seeing for money. In a way both are liminal individuals: Mila is born out of wedlock, Ivanka was abandoned by her first husband, married a “strange” and grungy second husband and has a son who is laughing stock in their village. Both of them fear their “sisters” and the illnesses and pain that come if they refuse to fall into trance and to “perform” in public. The procedure of the trance is particularly difficult for Ivanka: she sometimes has to accomplish her practice of trance in a deep snow, in a cold air - considering that even spring is cold in that mountain region.

Ivanka engages during the year as a charmer, a *bajalica* (Serbian term for “charmer” or *baca zrnelje* [Serbian]—throwing seeds of corn from which she reads the future and the past and can detect a bad charm). After her “duty” to the *šojmanje* has ended in spring 2015, she will be a charmer the rest of her days. Mila is also known in the region as a charmer: she is “lifting” charms, reads cards, and reads from grains of corn. In the region, foretelling the future was done using grains of corn. Mila’s activity of divination (*gatanje* in Serbian) with cards is partially disapproved in her community: cards are “devil’s” work, as said by another, older *gatalica* (Serbian: clairvoyant) from the region, “the real way” is by ‘reading from the grains [of corn].’<sup>6</sup> Mila uses the so called “Hungarian cards” or Tell cards. These cards are very unusual and “exotic” for Eastern Serbia, while they are very common 200 km up North where an important Hungarian ethnic minority lives. Both women, Ivanka and Mila are considered as old women. Since a couple of years, both of them—probably aware that they will not live for long—started predicting about a new fairy-seer (without giving precise details whom that might be). Their region knows about this “prediction” and people in the region interpret any up-surging incident in the light of this prediction (a young girl behaving strangely, an epileptic seizure of someone ... etc.)

Both women stated that there is a third “fairy-seer” in the region Crnajka-Topolnica who is “ex-

pected:” both of the women described (predicted?) a (be)coming of a new *padalica*. I asked in the village of Rudna Glava about a possible third woman who can see fairies. There were rumors about a schoolgirl who “has fallen” in the primary school (she was then about 12–13 years old). Her fall was first interpreted as some kind of seizure by her parents and her surrounding until the pattern of fairy-seeing was discovered by the members of the community. It turned out that she was not “talking gibberish” as her parents and teacher thought; she was speaking to the fairies—as I was told. She got married in her early twenties and moved away from this region. I tried to contact her. She answered that her father-in-law has forbidden her from “falling” and that she was not willing to speak with me. Presumably she is the “third” fairy-seer, the “new one” who is expected to continue now that Ivanka is “done with her duty” and Mila is growing old.

Asked what is going on during their trance both Ivanka and Mila answered with the same sentence: that they simply do not know. Both explained that they are oblivious of what is actually happening to them or what is going on around them. They are “taken” (*uzmu me pod svoje*). Mila moreover added: “you don’t know what is happening to you when you faint, don’t you? It is the same for me. I don’t know what is going on.” The main motivation that is consistently mentioned by both women are their past experiences when they transgressed or wanted to avoid their obligation to serve as mediators and to transmit messages or to attend the feast of these creatures. The fear of being hurt in some way makes them fall into trance over and over again: it is a fear of some physical accident, of an illness, or the fear of some misfortune that is certain if they transgress. This fear is their main stimulus to engage year after year even in most difficult climatic conditions (as in the case of Ivanka) of fairy-seeing activities. These creatures can and will hurt as they have proven in the past to both of these women. The past experiences are usually mentioned even without being asked “what happens if you refuse to fall”—as if they anticipate and somehow justify their obligation to fall. The cases when they were hurt are willingly exposed and described in detail. These past experiences are a *sine qua non* to the condition of the fairy-seers, and it seems they have to endure this stage between

their initiation and their established “career” of being a fairy-seer. That fear of pain and physical harm is mentioned as their main motivation. Indisputably, there is a material gain from this practice, which remains secondary but also important for continuing the practice of being a fairy-seer.

In the case of Mila this is more than obvious, although in her statements she denies her motivation for money. I had the occasion to see her receiving gifts (a key-holder in a jewelry-box) after the usual consultation for charming. Her disappointment with the gift was more than obvious and she did not hesitate to reject the gift with an exhibited disgust (although her words remained polite).

She is also one of the *padalica*-s in the region who receives rewards in money in a traditional way described as the usual *modus operandi* for a *bajalica* to be paid (RADENKOVIĆ 1996: 13 ref. from DIMKOVA 1980): the *bajalica* asks the money to be put down on the ground and she steps on it with one foot. This a custom in which the *bajalica* does not touch the money “directly” but rather “indirectly” (with her feet) and is a symbolic way to show the (symbolic) disregard toward money and any financial gain. It is strongly believed and often repeated that a *bajalica* will lose her powers of clairvoyance and charming if she is in it for money. In Ivanka’s case, during the day of her fall I have consulted her twice (“for the living” and “for the dead”). Both times, I put a bill in Serbian dinars of approximately 5€ value on her apron while she was sitting on a chair in her bedroom for her services—as the custom requires. The second time she gave back the money to my cameraman, whom she believed to be my husband. She said to him that the bill was “for the fairies and he [the cameraman] should give it to them when he sees them.” This scared the crap out of my cameraman. In the case of the third fairy-seer in the region, the young woman whose father-in-law prohibited her to practice, the “door was left open:” she didn’t say that she cannot see the fairies, she said that it was prohibited for her to practice. This potentially means that somewhere in the future she might engage in this activity. In case her father-in-law dies, or she gets divorced, or ...

The preliminary and the most rudimentary conclusion about the main motivation of these women to continue engaging in the activity of

trance, which is a public event—for the usually shy Ivanka a very challenging exhibition in public—is definitely the fear of physical harm in form of illness, a temporary paralysis or an accident. That fear remains the main motivation in engaging in such a practice.

When I submitted an earlier version of my research on these two cases of *šojmanka*-s, the reviewers explicitly asked me to draw a parallel between the phenomenon of shamanism and this phenomenon. I was pretty reluctant to do so, because I am not an expert of shamanism. But when two of your three reviewers are asking such thing, the author has to comply. This practice follows the principle “If Your Only Tool Is a Hammer Then Every Problem Looks Like a Nail.” I felt lucky that they are not specialist of gender studies. I guess this practice has some common characteristics with a form of shamanism. I really have no idea. And I do not care. Finding *šojmanka/šojmanosa* of the field sixty years after Persida Tomić paper felt like discovering penicillin. And for the time being this is quite enough for me.

## Notes

**1** Paun Es Durlić, a native speaker of Vlach language, a retired ethnographer who worked in the Museum of Majdanpek, Serbia and is an author of numerous articles about the culture and the language of the Vlach community of Eastern Serbia. For his work (publications, online Vlach dictionary and other ethnographic collections): <http://www.paundurlic.com>.

**2** Paun Es Durlić.

**3** Second hand testimony (summer 2015) from the villages of Temnić and Belica.

**4** Tables: Čiča 2002a: 94, Ginsburg 1991: 98–99. Note of the editors: The technical quality of the tables has been too poor for reproduction.

**5** Various individuals from the region, neighbors, etc. have told me that Mila “is in this” (in divination and fairy-seeing) for money (fieldwork spring and summer 2015, villages: Topolnica, Crnajka, Rudna Glava).

**6** There is a third woman in the region (near the village of Crnajka), who is the oldest among these three women (born 1938). Her name is Desanka and she is known not only in the region for her gift of divination. She is using grains of corn to predict the future, to see the past. She is also good in “lifting evil charms.” She stated that her gift of clairvoyance comes from three female angels (sic) that she saw as a child in the orchard of her parents’ house. She is not a *padalica* though. She is not falling into trance in order to communicate with the “angels.” She states that Mila’s divination with cards comes from the devil.

## References

- Bošković-Stulli M. 1960. Kresnik—Krsnik, ein Wesen aus der kroatischen und slovenischen Volksüberlieferung. *Fabula* 3: 275–99.
- 1953. Splet naših narodnih praznovjerja oko vještice i popa [Collection of our popular superstitions about the witch and the priest]. *Bilten. Instituta za proučavanje folkloru* 2: 327–42 (Sarajewo).
- Čiča Z. 2002a. *Vilenica i vilenjak, Sudbina jednog prekršćanskog kulta u doba progona vještica* [*Vilenica and vilenjak, the destiny of a pre-Christian cult in the time of witch-hunt*]. Zagreb: Etnografija.
- 2002b. Vilenica and Vilenjak: Bearers of an Extinct fairy cult. *Narodna umjetnost*. 39/1: 31–63 (Zagreb).
- Durlić E. P. 1995. Kult mrtvih kao osnova za određenje religije Vlaha [The cult of deceased as a basic characteristic of the Vlach religion]. *Etno-kulturološki zbornik*, knj. I: 232–40 (Svrljig/Serbia).
- 1996. Pokladni priveg [Customs of “Fire for those who have died”]. *Etno-kulturološki zbornik*, knj. II: 110–5 (Svrljig/Serbia).
- 1998. Slave, zavetine i druge srodne proslave Istočne Srbije i susednih oblasti [*Slava, zavetine and other festivities in eastern Serbia and in the nearby regions*]. *Etno-kulturološki zbornik*, knj. IV. 253–62 (Svrljig/Serbia).
- 1999. Magijska statistika i alibi—dva aspekta dugovečnosti magije kod Vlaha “Za zdravlje” [The evident nature of magic and magic alibi—two aspects of the longevity of magic in the culture of the Vlachs “for good health”]. *Zbornik radova*: 281–8 (Zaječar).
- 2010. *Sveti jezik vlašskog hleba* [The holy language of the Vlach bread]. Belgrade: Balkankult fondacija.
- Đorđević T. R. 1989. *Veštica i vila u u našem narodnom verovanju i predanju* [The witch and the vila in our popular tradition]. Belgrade: Narodna Knjiga.
- Eliade M. 1975. Some Observations on European Witchcraft. *History of Religions*. Vol. 14, No. 3 (Feb. 1975): 149–72.
- Ginzburg C. 1983. *The Night Battles, Witchcraft and Agrarian Cults in the Sixteenth and Seventeenth Centuries*. Baltimore, MY: Routledge.
- 1991. *Ecstasies: Deciphering the Witches’ Sabbath*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Henningsen G. 1993. The Ladies from Outside. In Ankarloo B. & Henningsen G. (eds). *Early Modern European Witchcraft. Centres and Peripheries*. New York: Oxford University Press: 191–215.
- Klaniczay G. 1983. Benandante-kresnik-zduhač-táltos. Shamanizmus és boszorkányhit érintkezési pontjai Közép-Európában [Benandante-kresnik-zduhač-táltos. Some Points of Contact between Shamanism and Witch-Belief in Central Europe]. *Ethnographia* 94: 116–34 (Budapest).
- 1984. Shamanistic Elements in Central European Witchcraft. In Hoppál M. (ed). *Shamanism in Eurasia*, part 2. Göttingen: Herodot: 404–22.
- 2006. Shamanism and Witchcraft. *Magic, Ritual, Witchcraft* 1, 2: 214–21.
- MAJZNER M. 1921. Dubočke rusalje. Poslednji tragovi iz kulta Velike Majke bogova u Srbiji [Rusalja of Dubaka. The last traces of the Great Mother Goddess cult in Serbia]. *Godisnjica N. Čupića*, knj. 34: 226–57 (Belgrade).
- Pócs É. 1971. *Elők és holtak, látok és boszorkányok—Mediátori rendszerek a kora újkor forrásában* [The living and the dead—the mediator-structures from the most recent period]. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- 1985. *Magyar ráolvasásokál* [Hungarian incantations]. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, Néprajzi Kutatócsoport, Akadémiai Könyvtár.
- 1986. Tündér és boszorkány Délkelet- és Közép-Europa határán [Fairies and witches at the border of South-East and Central Europe]. *Ethnographia* 97.
- 1989. *Tündérek, démonok, boszorkányok* [Demons, witches and fairies]. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Radenković L. 1996. *Narodna bajanja kod južnih Slovena* [South-slavic folk incantations]. Belgrade: Prosveta, Balkanološki. Institut SANU.
- Šešo L. 2003. O krsniku: od tradicijske pojave u predajama do stvarnog iscelitelja [About the krsnik: from tradition to the real healer]. Zagreb: *Studia ethnologica Croatica* 14/15 (2002/2003): 23–53.
- Tomić P. 1950. Vilarke i vilari kod vlaških Cigana u Temniću i Belici [*Vilarka-s and vilar-s by the Vlach gypsies in Temnic and Belica*]. *Zbornik Radova SANU*, Volume 4/1. Belgrade: SANU (Serbian Academy of Science and Art): 237–62.

(Editing of English translations of the titles by the editors)

## Danksagung

Ich hörte im Frühjahr des letzten Jahres raunen, es sei die Idee aufgekommen, mich für meinen ehrenamtlichen Einsatz für die verschiedenen öffentlichen Aktivitäten der 1970 gegründeten *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin* und insbesondere das Durchhaltevermögen im Rahmen der Herausgabe ihrer Zeitschrift *Curare* für die ersten 40 Jahre ihres Bestehens mit einer Festschrift zu meinem 75sten Geburtstag zu ehren. Das hat mich tief berührt und sehr gefreut. Und dafür bin ich sehr dankbar.

Vierundzwanzig Weggefährtinnen und Weggefährten sind der Einladung hierzu mit dreiundzwanzig Beiträgen gefolgt, die mich unterschiedlich lange auf diesem Weg zwischen den letzten Studiensemestern in Heidelberg Anfang der 70er Jahre bis zu meinem beruflichen Ruhestand als nun realer 68er im Jahre 2012 und noch darüber hinaus auf diesem Weg begleitet haben und begleiten. Mir besonders lang Verbundene haben die Herausgabe übernommen und „sich entschieden, mir die Reihenfolge der Beiträge wie einen Feldblumenstrauß zu binden – bunt, daher in alphabetischer Ordnung“. Ja, danke. Auch in der mir zugesprochenen aktiven Rolle als „Binglied“ in unserem gemeinsamen *interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin* erkenne ich mich gerne wieder.

In diesem Feldblumenstrauß der hier interdisziplinär gebündelten Einzelwissenschaften habe ich mich immer ganz besonders zur Ethnobotanik hingezogen gefühlt und ihr in der Zeitschrift *Curare* einen Raum zu geben versucht. Das angemerkt zu lesen freut mich besonders. Die initiale Idee zu dieser Festschrift wurde von HANNES STUBBE eingebracht, der mir als einem „Ethnobotaniker“ bereits einmal einen entsprechenden Beitrag gewidmet (STUBBE 2017) und dies hier noch einmal mit dem Urwaldgemälde von Moritz Rugendas getan hat (S. 169–178). Die drei Mitherausgeber haben die Idee für eine Festschrift ger-

ne und sofort aufgegriffen. Ich hatte für Hannes, den ich seit unserer Fachkonferenz Ethnomedizin zu Tod und Sterben im Jahre 1984 kenne, in die Festschrift zu seinem 65sten Geburtstag meine Gedanken zu „Pflanze und Ethnomedizin“ eingebracht (SCHRÖDER 2006). Soweit die Kür, bezogen auf meine persönlichen Neigungen.

Die Pflicht, das ist der große Rest, das beruflich Ausgelebte. Dass die Pflicht beglückende Seiten hat, haben die Mitherausgeber HANS JOCHEN DIESFELD (S. 37–41) und WOLFGANG KRAHL (S. 103–111) mit ihren Zeugnissen zu der über den Beruf entstandenen Freundschaft über fast 50 bzw. 40 Jahre dargestellt, auch vor dem Hintergrund der abgelaufenen Zeitereignisse, die natürlich dazu gehören. Ergänzen möchte ich aus der Perspektive der Kinderaugen zu Wolfgang: Beide stammen wir aus Familien, die nach dem Krieg die Heimat verlassen mussten. Die Kaugummis verschenkenden Soldaten der amerikanischen Besatzer habe ich indes nicht kennengelernt, da wir aus der sowjetischen Besatzungszone in die französische übersiedelten. Die Besatzungszeit war gerade beendet, aber die meisten damals noch raren Autos trugen noch die Nummernschilder aus dieser Zeit und waren mein früher Lesestoff, und Westerheim auf der Schwäbischen Alb lag an der Grenze zur amerikanischen Zone.

Ergänzen möchte ich die Parallelen zu Jochen: DU bist in Berlin geboren, aber ein bekennender Baier geworden, ICH bin im Berlinnahen Potsdam geboren, aber zu einem sozialisierten Schwaben gereift. Und einmal hast Du mich herausgefordert, es kurz vor dem ersten von mir moderierten und organisierten Kurs zu bringen. Du musstest für die 253. Neuauflage des *Psyhyrembel – Klinisches Wörterbuch* (1977) die tropenmedizinischen Begriffe neu bearbeiten, und dazu sollte ich das Stichwort „Ethnomedizin“ am 27. Januar 1977 formulieren. Ich habe es nach einer Nachdenkpause direkt in die für den aus Drittmitteln finanzierten Kurs

angeschaffte neue IBM-Schreibmaschine eingetippt, die kein mehrfach verwendbares Textilband mehr hatte, sondern das für schönes Schriftbild und Kopien so geeignete schicke Einmalband aus Plastik. „Small is beautiful“ war unser Programm aber manchmal ein Schelm. Aber das Ringbuch wurde auf ihr optisch ansprechend geschrieben. Materialität gehört immer dazu, würde man heute sagen – und Performance.

Und hier möchte ich WOLFGANG BICHMANN als langjährigen Weggefährten und unermüdlischen akribischen Artikelschreiber nennen, der die historischen Fakten der „Heidelberger Schule“ der 70er Jahre so treffend in seinem Beitrag skizziert hat. Wir haben auch mehrere Jahre die Schriftleitung der Zeitschrift *Curare* geteilt, in der er die Festschrift zum 60sten Geburtstag unseres damaligen geschätzten Chefs Jochen Diesfeld herausgegeben hat (S. 17–21). In ihr kann mein Beitrag zur gelebten Seite der „Heidelberg Schule“ nachgelesen werden (SCHRÖDER 1992).

Zu dieser Heidelbergepisode der deutschsprachigen „Ethnomedizin“ gehört natürlich die vierte und als erste zeichnende Herausgeberin der Festschrift, KATARINA GREIFELD, die auf eigene Initiative 1981 als Doktorandin mit einem Artikelangebot zur Zeitschrift *Curare* stieß und sich bald darauf in den kreativen Think Tank zu den Aktivitäten der AGEM einreichte. Obwohl sie von Anfang an zu den Befürwortern des Begriffes „Medizinethnologie“ gehörte, vertrat sie loyal die bis 2000 gültige Sprachkonvention (GREIFELD 1991). Mit ihrer „ethnopsychologisch“ unterlegten Studie zu den Charakteren sehr früher Wegbereiter der Kolonisation des amerikanischen Subkontinents schafft sie thematisch in dieser Festschrift die Gratwanderung zwischen Kür und Pflicht (S. 51–57). Danke.

Ganz zu den chronologisch frühen, freundschaftlich verbundenen Beitragenden zu der Festschrift gehört UTE LUIG. Gerne hab ich sie damals als Referentin aus der Ethnologie in den Kurs „Medizin in Entwicklungsländern“ eingeladen, die dort den sozioökonomischen Zusammenhang des Anstiegs von „Sorcery accusation“ und der realen wirtschaftlichen Lage in einem Armutsviertel des sich urbanisierenden Großraumes von Kampala beispielhaft aufzeigen konnte (LUIG 1978). Utes Beitrag in dieser Festschrift zum sehr aktuellen „Talking about Violence“ am Beispiel der Trauer-

arbeit nach der Terrorherrschaft der Roten Khmer würde ich sofort einwerben, wenn ich heute solchen Kurs für Gesundheitspersonal wieder kreativ verwalten dürfte (S. 131–139). Sie hat auch DIETER HALLER zu dem bislang digital vorliegenden Interview mit mir über „German anthropology“ angestiftet, das hier in Printform abgedruckt werden durfte. Ihn lernte ich dabei 2009 kennen und nebenbei auch als nach Umstand und Kontext schwäbelnden Landsmann schätzen (S. 59–72). Danke beiden.

Zu den bisher aufgeführten Beträgen, die insbesondere gewordene Freundschaft und Bezüge zu meinem beruflichen Lebensweg verbinden, gehören die von WALTER BRUCHHAUSEN und HARALD GRAUER, die ich beide in diesem Jahrtausend kennen gelernt habe. Beide haben also primär den Blick der später Geborenen von außen. Walter hat das, was man eine „ethnomedizinische Bewegung“ im deutschsprachigen Raum nennen kann – und mit eben diesem Begriff gewürdigt –, so treffend in dem Rahmen einer postulierten akademischen deutschen Sonderentwicklung interpretiert und mit Chancen und ebenso bedauerlichen Versäumnissen dargestellt, dass ich nur sagen kann: Hut ab, ich gehöre auch dazu (S. 23–34). Hoffentlich wird der Beitrag vielerorts gelesen. Harald hat akribisch eine Marginalie aus meinem Leben aufgegriffen und mit Katesa Schlosser, der im offiziellen akademischen Bereich eher randständig wirkenden Professorin für Ethnologie und meiner ersten Lehrerin in Kiel, zu einer wissenschaftsgeschichtlich spannenden und zugleich anschaulichen Studie verbunden, die sehr wohl zeigt, wie sich im kleineren individuellen Bereich das große Ganze der jeweiligen Zeit widerspiegeln kann (S. 43–50). Walter Bruchhausen habe ich öfters auf Mitarbeit an der Zeitschrift *Curare* angesprochen, als Headhunter, wie man im modern-liberalen ökonomischen Management sagen würde. Dem standen bislang noch gute Gründe der eigenen Ökologie entgegen. Harald Grauer räumt in der von ihm verwalteten gut bestückten Bibliothek des Anthropos Instituts der Steyler in Sankt Augustin bei Bonn indes einen eigenen Stellplatz ein und stellt damit endlich den öffentlichen Zugang für einen Teil der von mir über die Jahre verwalteten und zusammengetragenen Literatursammlung der AGEM zur Verfügung. Beiden Danke.

Mein Dank gilt nun den weiteren Blumen im Strauß im chronologischen, nicht alphabetischen Ablauf, in dem ich ihnen begegnet bin. Zumeist gehören die Beiträge inhaltlich zu denen aus dem Bereich der Pflicht, wenn ich meine Zuordnung auf Pflicht und Kür noch einmal aufgreifen darf. Kennen gelernt habe ich alle im Rahmen der Aktivitäten der AGEM auf den Fachkonferenzen oder als Autoren.

### Im letzten Jahrtausend

Mit dem Wahl-Rarāmuri CLAUS DEIMEL habe ich unter anderem auch Ende der 1980er die Schriftleitung der Zeitschrift *Curare* geteilt. Mit KLAUS HOFFMANN verbinden mich insbesondere berufliche transkulturell-psychiatrische Diskussionen (S. 35). Das Titelbild in der *Curare* 31(2008)<sup>1</sup> zum Thema „Guter Tod und Schlimmer Tod“ mit den Pestkreuzen bei Tuttlingen ist auf einem unserer Treffen zwischen meiner Schwarzwaldklinik und seinem Hospital am Bodensee entstanden. Das gleiche Interesse verbindet mich mit ECKHARDT KOCH, dem Mitbegründer der DTGPP (Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie und psychosoziale Gesundheit), der in der Festschrift hier den kreativ-künstlerischen Aspekten auch unter erschwerten Lebensbedingungen Aufmerksamkeit schenkt (S. 87–92).

Im Jahre 1993 habe ich in Heidelberg auf der zweiten von mir organisierten Fachtagung der AGEM zu einem ethnobotanisch-ethnopharmakologischen Thema, hier in Zusammenarbeit mit der SFE (Société française d'ethnopharmacologie), meine „ethnomedizinischen“ Herausgeberkollegen JEAN BENOIST aus Aix-en-Provence (*Écologie Humaine*) und SJAAK VAN DER GEEST (*Medische Antropologie*) als Referenten kennen gelernt. Seither hat sich der Austausch mit ihnen vertieft. 2005 hat mich Jean Benoist für einen historischen Beitrag zur Ethnomedizin zur vierten AMADES-Konferenz der frankophonen Medizinanthropologen nach Ascona eingeladen, die auf dem für Deutsche geschichtsträchtigen Monte Verità stattfand. Auf der dritten ethnobotanisch-ethnopharmakologischen AGEM-Tagung 2007 (auch mit der SFE) im zu der Zeit von Claus Deimel geleiteten Grassimuseum für Völkerkunde zu Leipzig verehrte mir Sjaak das Büchlein *Life, Love & Death* (ATUBI 2005) mit der Widmung „Alt wird man wohl,

aber klug?“ Er ist sich in seinem Beitrag zu dieser Festschrift mit schmunzelnder Selbstironie treu geblieben. Danke an Sjaak (S. 179–168) und danke an Jean Benoist für seine Reflexion zum Wandern auf den schmalen Graten und Grenzwegen in akademischen und sonstigen Lebenswelten (S. 13–16).

### Meine Wegbegleiterinnen und Wegbegleiter in diesem Jahrtausend

Ich danke RUTH KUTALEK für ihre Darstellung des Standes der Wiener Ausbildung in „Medizinanthropologie“ in der medizinischen Aus- und Weiterbildung und freue mich, dass zumindest in Wien die formalere Etablierung der „Disziplin“ – wie wir das Ding anfangs gerne einmal programmatisch betitelten – anscheinend besser gelaufen ist (S. 123–130). Und ich danke PETER KAISER für diesen Handbuchbeitrag zur Praxis der „Transkulturelle[n] Betrachtungen im Umgang mit Flüchtlingen“, der vor 40 Jahren sofort seinen Platz im Ringbuch gefunden hätte (S. 75–86).

WILLIAM SAX hat mit seinem Beitrag gezeigt, dass eine neue Betrachtung des Konzeptes der „Culture Bound Syndromes“ weiterhin sehr fruchtbar sein kann (S. 149–158). Das Konzept gehörte früher zum Basisinventar des interdisziplinären Denkens, da paradigmatisch aufgezeigt werden konnte, wie ethnozentrische Sichten und selbst als wissenschaftlich titulierte kognitive Zuordnungen hinterfragt werden können. Damals ging man auch nicht von einer einengenden Dichotomie aus, in der im Gegensatz zu heute frühere Kulturkonzepte als fixe Zustände gesehen worden seien. Der Diskurs war damals immer von dem Konzept des sogenannten Kulturwandels unterlagert. Und dass das CBS als Denkmodell nicht nur eine epistemologische Dimension, sondern auch eine wissenschaftskritische Dimension selbst haben kann, hat Katarina Greifeld schon sehr früh aufgezeigt (GREIFELD 1985). Der Beitrag von William Sax zum *Dhat*-Syndrom stellt damit auch einmal mehr die selten verhandelte sexuelle Gesundheit des Mannes in einem kulturellen Kontext in den Mittelpunkt. Auch dafür danke.

MARTINE VERWEY aus der Schweizer „Ethnomedizin“-Schule unter Löffler zeigt mit der zum Teil autoethnographischen Reflexion im Rah-

men der Begleitung schwer kranker Menschen auf, wie eine methodisch exakt durchgeführte Ethnographie den aktuellen Lebensumständen im außerwissenschaftlichen Bereich mit den heutigen die Ethnologie prägenden Autoren angemessen gedient werden könnte – eine „lecture“ auch (S. 183–190). Danke. Ich habe mit ihr gemeinsam mehrere Nummern der Zeitschrift *Curare* 2004 und 2005 redaktionell betreut. Mit dem Verweis auf Foucault setzt sie ihre Überlegung über die „wechselseitigen Beziehungen zwischen der politischen Besetzung des Körpers und seines ökonomischen Nutzens“ an und fährt in seinem Sinne fort, dass eine Person aus der Perspektive der Wirtschaft an Wert verliere, weil sie sterbe, aber in einer universalen Sichtweise freilich an Würde gewinne. Dies liest sich für mich von der Intention her sehr vertraut. Mit moralisch-ethischen Motiven sind anscheinend ziemlich alle versammelten Beiträge unterlegt. Das hätte eine heutige „Liste an Schlüsselliteratur“ mit der von Jochen Diesfeld gemein (S. 42), auch wenn heute einige damals noch nicht bekannten Autoren in dieser stünden. So zu sehen ist auch der Beitrag von FRANK KRESSING zur neuen Global Health Diskussion und den heutigen zumeist selbsttherapeutischen Aspekten des modernen Medizintourismus, aber auch den Property-Right-Konflikten Indigener in der Auseinandersetzung mit profitorientierten transnational vernetzten Interessengruppen und Akteuren (S. 113–122).

MARIA VIVOD habe ich auf der oben genannten Tagung 2005 in Ascona als Referentin kennen gelernt. Seither ist sie eine eifrige Informantin für die Interessen der AGEM und *Curare*-Autorin geworden. Ich habe die in ihrem Beitrag genannten YouTube-Videos angeschaut. Ihre beschriebenen Frauen in Serbien, die mit Feen in Kontakt treten können, haben in Aktion keine rituellen Haltungen der Finger und Hände, was ich auf Grund von früher bereits eingesandten Fotos aus ihren Forschungen einmal vermutete (S. 191–200).

Ganz dem heutigen Diskurs der Ethnologie sind die weiteren Beiträge meiner jüngeren KollegInnen verpflichtet. So danke ich den mir bereits wohl bekannten *Curare*-AutorInnen: KATHARINA SABERNIG (S. 141–148) mit ihrer minutiösen Beschreibung „neurologischer“ Metaphern in einer anders konzeptualisierten „Anatomie“ und deren Fachsprache in einer auch linguistisch sehr diffe-

renten Sprache und ANNIKA STRAUSS & HELMAR KURZ S. 159–168 aus der „Münsteraner Schule“ zu ihren vergleichenden Fallstudien psychisch belasteter Menschen aus Indien und Brasilien. *Curare*-Redaktion kann so auch die Qualität einer Senioren-Uni bekommen.

Und LEONIE KRAHL, die Tochter meines Freundes Wolfgang Krahl, schreibt bereits aus der Perspektive der Nach-New-Age-Generation und greift damit wieder das Medizinttransfer-Thema auf, das hier von der Basis der nicht vorherbestimmter Richtung des Transfers ausgeht und dadurch auch zu neuen Bewertungen „medizinischer“ Konzeptualisierungen und Entwicklungen kommen kann (S. 93–102).

### Von der Kür zur Pflicht

Man kann die Beiträge teils auch unter dem Aspekt von Kür und Pflicht betrachten. Beide wären gleich wichtig. Mir fällt da nur zu Thema Pflicht in dem Kontext dieser Festschrift ein kurzes Gedicht eines Autors ein, der in den 1920ern großen Einfluss auf das tagesaktuelle Denken hatte und nach der Nazizeit in den 1950ern und frühen 1960ern wieder aufgegriffen werden konnte. Ich habe es für eine der Rückseiten der von mir damals eine Weile geleiteten Schülerzeitung mit seinem Portrait zu seinem 100sten Geburtstag ausgewählt:

*Ich schlief und träumte,  
das Leben ist Freude.  
Ich erwachte und sah,  
das Leben ist Pflicht.  
Ich handelte und begriff,  
die Pflicht ist Freude.*

(Rabindranath Tagore (1861–1921))

Potsdam, am Valentinstag 2019  
EKKEHARD SCHRÖDER

### Zitierte Literatur

- ATUOBI, PATRICK; OBENG BOMOAH, ANTHONY & VAN DER GEEST, SJAAK. 2007. *Life, Love & Death. Conversations with six elders in Kwahu-Ghana*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- GREIFELD, KATARINA. 1985. Susto: Kulturspezifisches Syndrom oder ethnologisches Konstrukt? *Curare* 8, 4: 273–288 [Reprint 2002 in „Der frühe ethnomedizinische Diskurs in der *curare*. Ausgewählte Artikel aus den ersten 12 Jahren der Zeitschrift *curare*, gegründet 1978, gewidmet dem Gründer der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Joachim Ster-

- ly (1926–2001)“, zusammengestellt von EKKEHARD SCHRÖDER. *Curare* 25(2002)1+2: 135–147 (mit einer Ergänzung der Autorin), *Susto: Eine immer noch spannende Diskussion über kulturspezifische Syndrome*, ebd.: 148].
- 1991. Zum Stand der Ethnomedizin in Deutschland. Reflektionen zum zwanzigsten Geburtstag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e. V. *Anthropos* 86: 224–227.
- LUIG, UTE. 1978. Sorcery Accusations as Social Commentary, A Case Study of Mulago/Uganda. *Curare* 1, 1: 31–42 [Reprint in *Curare* 31(2008)2+3: 231–239].
- SCHRÖDER, EKKEHARD. 1992. Gegeneinander – Nebeneinander – Miteinander. Wie man in Heidelberg interdisziplinär laufen lernt. In BICHMANN W. (Hg). *Querbezüge und*

- Bedeutung der Ethnomedizin in einem holistischen Gesundheitsverständnis. Festschrift zum 60. Geburtstag von Hans-Jochen Diesfeld*. (Themenheft/Special Issue). *Curare* 15,1+2: 121–130.
- 2006. Pflanzen und Ethnomedizin – einige Grundüberlegungen zu einem alten neuen Thema. In DOS SANTOS-STUBBE, CHIRLY & KLÖPFER, CARSTEN (Hg). *Psychologie aus historischer und transkultureller Perspektive. Eine Festschrift zu Ehren von Prof. Dr. Hannes Stubbe*. Aachen: Shaker Verlag: 55–69.
- STUBBE, HANNES. 2017. Gustav Theodor Fechners „Nanna“ (1848) und die Intelligenz der Pflanzen. *Curare* 40,1+2: 149–156.





## Bibliografische Notiz zu Ekkehard Schröder

Zahlreiche Beiträge in der Zeitschrift *Curare* in Artikeln, Berichten, Rezensionen, Editorials, Geburtstagsgrüßen, Nachrufen, sowie Beiträge zu Wörterbüchern.

### Herausgeberschaften (ausgewählt)

1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Verhandlungen des 2. Rundfunkgesprächs „Ethnomedizin“ in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974. (Beiträge zur Südasienforschung 30). Wiesbaden: Steiner.
1984. (mit DIETER H. FRIESSEM). *George Devereux zum 75. Geburtstag. Eine Festschrift*. (Curare-Sonderband 4). Braunschweig/Wiesbaden: Verlag Friedr. Vieweg & Sohn.
1985. *Ethnobotanik/Ethnobotany*. Beiträge und Nachträge zur 5. Fachkonferenz Ethnomedizin, Freiburg 1980. (Curare-Sonderband 3). Braunschweig/Wiesbaden: Verlag Friedr. Vieweg & Sohn.
1996. (mit GUY BALANSARD, PIERRE CABALION, JACQUES FLEURENTIN & GUY MAZARS). *Medicaments et Aliments. Approches ethnopharmacologique*. Paris et Metz: ORSTOM et Soc. Française d'Ethnopharmacologie.
2011. New Trends in Ethnobotany and Ethnopharmacology. (Special Theme Issue). *Curare* 34, 1+2.
1985. Ethnomedizin und Berichte über Sterben und Tod in anderen Kulturen und bei uns. IN SICH D., FIGGE H. & HINDERLING P. (Hg). *Sterben und Tod. Eine kulturvergleichende Analyse*. (Curare-Sonderband 4). Braunschweig/Wiesbaden: Verlag Friedr. Vieweg & Sohn: 67–80.
1986. Einige Aspekte zur Frage der Typologie von Heilkundigen. In SCHIEFENHÖVEL W., SCHULER J. & PÖSCHL R. (Hg). *Traditionelle Heilkundige – Ärztliche Persönlichkeiten im Vergleich der Kulturen und medizinischen Systeme*. (Curare-Sonderband 5). Braunschweig/Wiesbaden: Verlag Friedr. Vieweg & Sohn: 19–36 (ausgearbeiteter Vortrag im Rahmen des „Seminario itinerante di Antropologia“ am „Istituto di Studi transculturali“, Mailand 1983).  
*In letzter erweiterter Form:*
1988. Ethnomedizinische Prolegomena für eine Typologie von Heilkunden und Heilkundigen. In RESCH A. (Hg). *Gesundheit. Schulmedizin. Andere Heilmethoden*. (Reihe Imago Mundi XI). Innsbruck: Resch Verlag: 365–387.
1988. Heilungsmöglichkeiten im veränderten Bewusstseinszustand. Statement (im Kapitel Heilung durch verändertes Bewusstsein). In *Wiener Dialog über Ganzheitsmedizin*. Dokumentation (15.–21. Oktober 1987, org. Wiener Holding et al.). Wien – München: Verlag Jugend und Volk (J&V): 308–311, 383.

### Artikel (ausgewählt)

1978. Ethnomedicine and Medical Anthropology. A Survey of Developments in Germany. *Reviews in Anthropology* 5, 2: 473–485 [Reprint 2009. In KUTALEK R. & PRINZ A. (eds). *Essays in Medical Anthropology*. Wien: LIT: 55–68].
1983. Der Mensch und sein Körper aus der Sicht des Ethnomediziners. In IMHOF A. E. (Hg). *Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit*. (Berliner Historische Studien 9). Berlin: Duncker & Humblot: 77–86.
1983. Beobachtungen und Gedanken zum Dialog mit den Vertretern der Traditionellen Heilkunst. *Curare* 6,1: 3–8 [Reprint 2002. In *Der frühe ethnomedizinische Diskurs in der Curare. Ausgewählte Artikel aus den ersten 12 Jahren der Zeitschrift Curare, gegründet 1978, gewidmet dem Gründer der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Joachim Sterly (1926–2001)*, zusammengestellt von SCHRÖDER E. *Curare* 25(2002)1+2: 161–164].
2006. Pflanzen und Ethnomedizin – einige Grundüberlegungen zu einem alten neuen Thema. In DOS SANTOS-STUBBE C. & KLÖPFER C. (Hg). *Psychologie aus historischer und transkultureller Perspektive. Eine Festschrift zu Ehren von Prof. Dr. Hannes Stubbe*. Aachen: Shaker Verlag: 55–69 (Zweite aktualisierte Überarbeitung eines Vortrags der „Tagung Heilpflanzen und religiöse Traditionen“, 30.5.–1.6.1986, Bad Münstereifel).
2012. Ethnomedizin: Anmerkungen zur frühen Medizinethnologie in den deutschsprachigen Ländern der 1960er bis 1990er Jahre. *EthnoScripts* 14, 2: 145–155.

# ANTHROPOS

Founded by W. Schmidt in 1906

**Recent articles include:**

**Rik Ceysens:** Images égarées, identités bigarrées

**María Susana Cipolletti:** Shamanes defensores y antiguas guerras según la perspectiva secoya (Tucano occidental, Alto Amazonas, Perú y Ecuador)

**Werner Daum:** Tithes for the God and the Origins of the Cult at Mecca. Continuity of Religious Practice in Arabia from the Pre-Islamic Period to the Present Day

**Sabine Dedenbach-Salazar Sáenz:** Deities and Spirits in Andean Belief. Towards a Systematisation

**Pierre Déléage:** Les écritures des missions de l'Ouest canadien

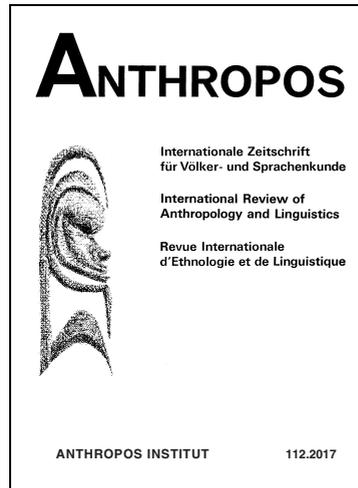
**Richard Pfeilstetter:** Culture in Heritage. On the Socio-Anthropological Notion of Culture in Current Heritage Discourses

**Michael Singleton:** The Bombardier Marabout of Dakar – An African Shaman? Towards a Nominalist Anthropology

**Sabira Ståhlberg and Ingvar Svanberg:** Wildmen in Central Asia

**Book reviews by:**

H. Aishima, T. Bargatzky, A. Busch, R. Corbey, A. Davletshin, C. Deimel, J. Dillinger, S. J. T. M. Evers, I. Farooqi, A. L. Freedman, A. Ford, O. Gächter, B. Ganzer, N. Garnier, J. Gibson, K. Greifeld, E. J. Håland, G. L. Hunter, A. Jones, A. Kalyuta, R. S. Khare, E. D. Langer, K. Larsen, X. Liu, D. Lipset, J. Mendívil, U. Mohan, H. Mossbrucker, F. Mounsade, H. Ortiz, J. G. Piepke, S. Rao, E. M. Raven, B. Riese, J. J. Rivera Andía, A. Rödlach, M. Rossabi, L. Rossbach de Olmos, S. Saluk, S. Saravanan, B. E. Schmidt, H. M. Sholkamy, G. Sprenger, L. A. Tilley, P. Wade, S. A. Wargacki, etc.



ANTHROPOS is published twice a year totalling more than 700 pages. Subscription rate per year: 190 sfr / 142 € (postage not included). <http://www.anthropos.eu>

Address all communication regarding subscription, back issues, and Index-CD to: Editions St-Paul, P. O. Box 176, CH-1705 Fribourg, Switzerland. Fax: 026-4264330; e-mail: [info@paulusedition.ch](mailto:info@paulusedition.ch)

Manuscripts and books to be reviewed should be addressed to: Anthropos-Redaktion, Arnold-Janssen-Str. 20, D-53754 Sankt Augustin, Germany. Fax: 02241-237491; e-mail: [editorial@anthropos.eu](mailto:editorial@anthropos.eu)

ISSN 0257-9774

## Biographische Hinweise zu den Autorinnen und Autoren der Festschrift

**Jean Benoist**, Dr en médecine, Dr en science (anthropologie). Begann als Laborleiter der „Institut Pasteur d’outre-mer“, dann Professor für Anthropologie an der Université de Montreal (UdeM) und zuletzt an der Universität Paul Cezanne Aix-Marseille (1981–2000), dort Gründer von AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé). Humanbiologische Forschungen zur Beziehung zwischen sozialen und biologischen Fakten, Populationsgenetik und Erbpathologie (Saint-Barthélemy/kl. Antillen); zur kulturellen Vermischung (métissages) auf Martinique; medizinanthropologische Forschungen zu therapeutischen Systemen in multiethnischen Gesellschaften, zu kreolischen Gesellschaften (Antillen, Maskarenen) und zum kreolischen Hinduismus.  
e-mail: oj.benoist@wanadoo.fr

**Wolfgang Bichmann**, Dr. med., MCommH (Liv.), Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Tropenmedizin. 1980–1982 Distriktarzt und Koordinator des DED-Basisgesundheitsprogramms in Kouandé/Benin. 1983–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg. 2003–2009 Sachverständiger für den Bereich Gesundheit in der KfW-Entwicklungsbank, dort bis 2012 Leiter des Kompetenzzentrums Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherung der deutschen Finanziellen Entwicklungszusammenarbeit.  
e-mail: wolfgang.bichmann@gmx.de

**Walter Bruchhausen**, Dr med., Dipl. Theol., M. Phil. (Health Care Ethics). 1995–1997 ärztliche Tätigkeit in der Not- und Wiederaufbauhilfe in Ruanda und Ost-Kongo. Seit 1998 Forschung, Lehre und Beratung an den Universitäten Bonn, Aachen und Köln. Ethnomedizinische und historische Forschung zum medizinischen Pluralismus im Südosten Tansanias für die Habilitation in Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin 2004. DFG-geförderte Forschungsprojekte zu Gesundheit und Religion sowie zur Entwicklung von Global Health; verschiedene Lehrprojekte zu Medical Anthropology und Global Health.  
e-mail: walbruch@uni-bonn.de

**Claus Deimel**, Dr. phil., Ethnologe. Arbeitete seit mehr als 40 Jahre mit Rarámuri in Chihuahua (Mexiko), beruflich zuletzt Direktor des Grassi Museums für Völkerkunde zu Leipzig (2000–2013) und der Staatlichen Ethnographischen Sammlungen Sachsen (ab 2004). Zahlreiche Veröffentlichungen über die Kulturen der Sierra Tarahumara, u. a. *Tarahumara. Indianer im Norden Mexikos* (Syndikat, Frankfurt am Main 1980) und *Die rituellen Heilungen der Tarahumara* (Reimer, Berlin 1997), *Des Museums neue Kleider. Die Riten im Museum der Menschen* (VWB-Verlag, Berlin 2017), 2018 Film *El Antifaz. Tschüss die Seele – Die Verabschiedung* (36 min).  
e-mail: clausdeimel@mac.com

**Hans Jochen Diesfeld**, Dr. med. Facharzt für Innere Medizin, Tropenkrankheiten. Vormalig Ordinarius für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, bis 1997 Direktor des Instituts für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen Universität Heidelberg (heute Institut für Global Health); Schwerpunkt in Forschung und Lehre zu Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern. Erstmals wurde dort ab Mitte der 1970er Jahre „Ethnomedizin“ (Medical Anthropology) als Teil von Forschung und Lehre zu Gesundheitssystemen in postgraduierte und studentische Unterrichtseinheiten integriert.  
e-mail: h-j.diesfeld@t-online.de

**Harald Grauer**, Dipl. Theol. Studium der Theologie, Ethnologie und Vergleichenden Religionswissenschaften in Freiburg i. Br., Basel und St. Augustin b. Bonn. Zwischen 2006 und 2009 Tätigkeit am Institut für Ethnologie der Universität Bonn und Forschungsaufenthalte in Südafrika. Seit 2009 angestellt am Anthropos Institut in St. Augustin b. Bonn. 2011

Übernahme der Leitung der Bibliothek des Anthropos Instituts.

e-mail: h\_e\_grauer@yahoo.de

**Katarina Greifeld**, Dr. phil., Ethnologin. Lehrtätigkeiten in der Medizinethnologie an verschiedenen Universitäten im In- und Ausland, seit mehr als zwanzig Jahren entwicklungspolitische Beraterin im Bereich sexuelle Gesundheit und Gender, Experte für Monitoring und Evaluierung von Programmen in der Entwicklungszusammenarbeit (Afrika, Asien, Lateinamerika). Letzte Buchpublikation: *Medizinethnologie. Eine Einführung* (Reimer, Berlin 2013).

e-mail: greifeld@gmx.de

**Dieter Haller**, Dr. phil., Ethnologe. Habilitation 1999 an der Viadrina, Frankfurt/Oder, seit 2005 Professur für Ethnologie an der Ruhr-Universität-Bochum, Mitbegründer des dortigen Zentrums für Mittelmeerstudien. Seine Forschungsschwerpunkte: Fachgeschichte, Marokko (Tanger), Gibraltar, Mittelmeerraum, Trance und Besessenheit, Sufismus, Grenzen, Korruption, Diaspora. Schriften: *Gelebte Grenze Gibraltar* (2002), *DTV-Atlas zur Ethnologie* (2005), *Die Suche nach dem Fremden* (2012), *Tanger – der Hafen, die Geister, die Lust* (2016).

e-mail: dieter.haller@ruhr-uni-bochum.de

**Klaus Hoffmann**, Professor Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; 1983–1987 als Arzt mit „Dienste in Übersee“ (DÜ) in Botswana, seither im Zentrum für Psychiatrie Reichenau tätig, seit 1997 als Medizinischer Direktor der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie; seit 2007 apl. Professor im Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz; Einzel- und Gruppenlehranalytiker; zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge zur transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie sowie zur Geschichte der Psychoanalyse.

e-mail: K.Hoffmann@zfp-reichenau.de

**Peter Kaiser**, Dr. med., Dr. phil., Tropenmediziner, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ethnologe. Seit 1993 ethnomedizinische Feldforschung und weltweit Tätigkeit in Krisenregionen, seit 2000 mit Schwerpunkt auf „Mental Health and Psychosocial Support in Developing Countries“. 2012–2014 Chefarzt am Zentrum für Psychiatrie in Winnenden.

2015–2017 Referent für Psychiatrie am Sozialministerium Baden-Württemberg. Ab 2016 Professor für Religionswissenschaft an der Universität Bremen. Aktuell seit 2018 ärztlicher Leiter des Ambulatoriums für Folter- und Kriegesopfer des Schweizer Roten Kreuzes in Bern.

e-mail: kaiserpeter@t-online.de

**Eckhardt Koch**, Prof. Dr. med., Facharzt für Neurologie, Psychiater und Psychotherapie. Bis Januar 2017 Leitender Arzt „Interkulturelle Psychiatrie“ der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg. Seit Gründung im November 1994 bis 2010 erster Vorsitzender der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V. (DTGPP). Seit 2013 Migrationsbeauftragter der Vitos Holding Kassel und seit 2014 Honorarprofessor am Institut für Europäische Ethnologie/Kulturwissenschaft der Philipps-Universität Marburg. Forschungsfelder Transkulturelle Psychiatrie und interkulturelle Öffnung von Institutionen, zahlreiche zumeist transkulturell-psychiatrische Publikationen in Büchern und Zeitschriften.

e-mail: eckhardt.koch@t-online.de

**Leonie Krahl**, M. A., Bsc. Physiotherapeutin und Medizinethnologin. 2011–2013 Physiotherapeutin am Klinikum der Ludwig-Maximilian-Universität München. Seit 2016 technische Assistentin/Physiotherapeutin am Julius-Wolff-Institut der Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit Lehrtätigkeit in den Bereichen Rehabilitation, Physiotherapie und Biomechanik.

e-mail: leoniekrahl@yahoo.de

**Ruth Kutalek**, Priv.-Doz. Mag. Dr., Medizinanthropologin. Sie ist an der Unit Medical Anthropology und Global Health, Abteilung für Sozial- Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien tätig. Forschungsfelder sind medizinanthropologische Perspektiven von Infektionskrankheiten (Ebola, Lassa Fieber, Masern), Vulnerabilität, Migration von Gesundheitspersonal, medizinische Ethik und Ethnopharmakologie (u. a. Geophagie). Sie hat medizinanthropologische Curricula mitentwickelt und in Gulu/Uganda einen Masterkurs Medizinanthropologie initiiert. Zurzeit ist sie PI im Projekt SONAR-global „A Global Social Sciences Network for Infectious Threats and Antimicro-

bial Resistance“ (im Rahmenprogramm Horizon 2020 EU-finanziert).

e-mail: ruth.kutalek@meduniwien.ac.at

**Wolfgang Krahl**, Dr. med., Dipl. Psych., Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie. 1978–1981 mit dem DED in Hospital Bahagia/Ipoh dem größten psychiatrischen Krankenhaus in Malaysia tätig, ab 1983 Mitarbeit im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Von 1992–1997 Associate Professor und Consultant Psychiatrist an der University of Malaya (UM) in der malaysischen Hauptstadt Kuala Lumpur. Jetzt im Fachbereich Forensik im Klinikum München Ost beschäftigt. Von 2009–2016 Vorsitzender der AGEM, seit 2000 im Vorstand von i.nez (International Network for Cooperation in Mental Health). Lehrtätigkeit in Äthiopien, Kenia, Mosambik und Tansania. E-Mail: drwkrahl@yahoo.de

**Frank Kressing**, Dr. hum. biol., Ethnologe. Ab 1980 Studium der Völkerkunde, Vergleichenden Sprachwissenschaften und Empirischen Kulturwissenschaften an der Universität Tübingen; Mitarbeit beim World Uranium e. V. in München; Jugendbildungsreferent beim Verband Deutscher Gebirgs- und Wandervereine; Lehrbeauftragter im Fach Europäische Ethnologie der Universität Augsburg; seit 1992 wiss. Mitarbeiter an der Universität Ulm (Anthropologie/Kulturanthropologie); dort 1995 Dissertation (Westliche Medizin in der Kallawaya-Region); seit 2009 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm.

e-mail: frank.kressing@uni-ulm.de

**Helmar Kurz**, M. A., Ethnologe. Er studierte von 2003–2009 Ethnologie, Religionswissenschaft und Ur- & Frühgeschichte an der WWU Münster. Seit 2011 lehrt er im BA-Studiengang Kultur- & Sozialanthropologie sowie im MA-Studiengang **Social Anthropology** am Institut für Ethnologie der WWU Münster in den Bereichen der Religions- und Medizinethnologie. Seit 2015 ist er Wissenschaftlicher Mitarbeiter im DFG-geförderten Forschungsprojekt „Diversifizierung von Mental Health – Therapeutische Orte des brasilianischen Spiritismus“. Seit 2016 ist Helmar Kurz Vorstandsmitglied der AGEM, seit 2018 im Redaktionsteam der Zeitschrift *Curare*.

e-mail : hkurz\_01@uni-muenster.de

**Ute Luig**, Professorin für Ethnologie. Sie lehrte an der FU Berlin von 1990 bis 2008 und war davor wissenschaftliche Assistentin in Heidelberg und Akademische Rätin in Mainz. Interessengebiete: Genderforschung, Besessenheit und Modernität in afrikanischen Gesellschaften, Ethnomedizin, mit der Spezialisierung auf traditionelle Heiler und Aids; Erinnerungspolitik. Zahlreiche Publikationen und Feldforschungsaufenthalte in Uganda, Elfenbeinküste, Tansania, Sambia, Zimbabwe, Kambodscha. e-mail: luig@zedat.fu-berlin.de

**Katharina Sabernig**, DDr.med. et phil., Kulturanthropologin. Sie ist assoziierte Forscherin der Medizinischen Universität Wien sowie des Instituts für Sozialanthropologie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften und unterrichtet an verschiedenen universitären Institutionen in Wien in Kursen für Studierende zu den Bereichen transkulturelle Gesundheit, medizinische Terminologie und Tibetische Medizin. Ihre früheren Projekte konzentrierten sich auf medizinische Wandbilder im Kloster Labrang (Provinz Gansu/China) und auf anatomisches und pharmazeutisches Wissen in klassischen tibetischen Texten.

e-mail: sabernig@aon.at

**William S. (Bo) Sax**, Professor für Ethnologie. Er studierte an der Banaras Hindu University, der University of Wisconsin, der University of Washington (Seattle) und der University of Chicago, wo er 1987 in Anthropology promovierte. Er lehrte in Harvard, Christchurch, Paris und seit 2000 in Heidelberg, wo er Inhaber des Lehrstuhls „Ethnologie Südasien“ am Südasien-Institut ist. Er hat drei Monographien bei der Oxford University Press über die Kultur und Religion des westlichen Himalayas veröffentlicht, vier Sammelbände zu Ritual, Theater und medizinischer Anthropologie herausgegeben und Dutzende von Aufsätzen zu verwandten Themen geschrieben. e-mail: william.sax@urz.uni-heidelberg.de

**Ekkehard Schröder**, Jahrgang 1944, Nervenarzt sowie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Naturheilverfahren. Studienbeginn mit Theaterwissenschaften und Germanistik in München und Saarbrücken, dann Studium der Medizin und Ethnologie in Kiel, Heidelberg und Mainz. Seit Beginn der AGEM in dieser aktiv, 1986–1993 1. Vorsitzender, Ehrenamtliche Leitung der Redaktion *Curare*.

rare 1978–1993, ab Vol. 2001 erneut als Herausgeber i. A. der AGEM. Interessengebiete: Maghreb, Westafrika, Ethnobotanik, Ethnopsychiatrie, Musikethnologie, Wissenschaftstheorie. Klinische Tätigkeit im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation, seit 1998 in freier Kassenarztpraxis psychotherapeutisch tätig bis 2012 (Wiesbaden, ab 2003 in Potsdam).  
e-mail: ee.schroeder@t-online.de

**Annika Strauss**, M. A., Ethnologin. Sie ist seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethnologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und promoviert zum Thema „Madness, Bureaucracy and Gender in Mumbai, India“. Seit November 2018 ist sie als Projektkoordinatorin eines Stadtteilprojekts zur Gesundheitsförderung in der Hustadt/Bochum bei der IFAK e. V. angestellt und absolviert seit Kurzem eine zweijährige berufliche Weiterbildung am Theaterpädagogischen Zentrum Münster. Interessensgebiete: Sozialanthropologie der Psychiatrie, Gender und Sexualität, Organisationsanthropologie, Angewandte Medizinethnologie, Methodologische Selbst-Reflexion in der Feldforschung sowie das Lernen und Lehren sozialanthropologischer Themen und Fragestellungen.  
e-mail: annika.strauss@www.de

**Hannes Stubbe**, Prof. Dr. phil. habil., Dipl. Psych. Er vertritt die psychologische Anthropologie an der Universität zu Köln. Über 200 Publikationen in 10 Ländern (u. a. Krankheitserklärungen brasilianischer Indianer, der depressive Mensch, Verwitwung und Trauer im Kulturvergleich, Formen der Trauer, Psychologie in Brasilien, alienista, banzo, Herero, Suizid, Transkulturelle Kinderpsychotherapie, Geschichte der Hypnose, Nimuendajú, Lexikon der Psychologischen Anthropologie, Sigmund Freud in den Tropen, Kleines Lexikon der Afrobrasilianistik, Kleine Kunstgeschichte Brasiliens, Kölner Beiträge zur Ethnopsychologie und Transkulturellen Psychologie. Feldforschungen u. a. in Brasilien, Indien, China und Mosambik.  
e-mail: hstubbe@uni-koeln.de

**Sjaak van der Geest**, Emeritierter Professor für medizinische Anthropologie der Universität Amster-

dam. Feldforschungen in Ghana und Kamerun und Bücher und Artikel über Ehe, Wahrnehmung und Praktiken in Bezug auf Geburtenkontrolle, Hexerei, Feldforschung über ghanaische „Highlife Songs“, Missionare und Anthropologen, sowie zu Themen der medizinischen Anthropologie (kultureller Kontext von Arzneimitteln in nichtwestlichen Gemeinschaften, Ethnographie des Krankenhauses, Wahrnehmung von Hygiene und Abfallbewirtschaftung sowie zu den sozialen und kulturellen Bedeutungen von Pflege im Alter in Ghana). Von 1989 bis 2012 Gründer und Herausgeber der Zeitschrift *Medische Antropologie*. Persönliche Website: [www.sjaakvandergeest.nl](http://www.sjaakvandergeest.nl).  
e-mail: s.vandergeest@uva.nl

**Martine Verwey**, lic. phil. I, Sozialanthropologin. Sie arbeitete als Dipl. Ernährungsberaterin in verschiedenen Schweizer Spitälern und als Sozialwissenschaftlerin in Forschung (Soziale Sicherheit gewaltbetroffener Frauen, Gesundheitsförderung traumatisierter Flüchtlinge) und Entwicklung (Pflegerdidaktik und Migration) sowie Evaluation (HIV-Prävention und Sexwork) und Intervention (Migration, Partizipation und Gesundheit). Lehrtätigkeit in Medical Anthropology an der Universität Zürich. Derzeit Beraterin im Forschungsprojekt *Palliative care at home: A multiperspective study on the complex needs of ALS family caregivers* am Institut für Bio- und Medizinethik der Universität Basel.  
e-mail: verwey@active.ch

**Maria Vivod**, PhD., Sozialanthropologin. Sie hat einen Abschluss (1996) in französischer Literatur an der Universität von Novi Sad (Serbien) und promovierte 2005 an der Maurice Bloch Universität in Strasbourg, wo sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungslabor „Dynamics of Europe“ assoziiert ist. Sie hält Vorträge, macht Dokumentationen und veröffentlicht auf Deutsch, Englisch, Französisch, Serbisch und Ungarisch. Aufgrund ihrer freiberuflichen Tätigkeit beschäftigt sich Maria Vivod neben Medical Anthropology mit Themen aus den Bereichen Friedens- und Konfliktforschung und Visual Anthropology.  
e-mail: vivod@hotmail.com

## Über die AGEM | About AGEM | Sur AGEM

Die *Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin* (AGEM) wurde 1970 in Hamburg gegründet und ist als rechtsfähiger, gemeinnütziger Verein eine Vereinigung von Forscher\*innen und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen. Sie fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Medizin, der Geschichte der Medizin, der Humanökologie, der Medizinsoziologie und der Psychologie, den Lebens- und den Kultur- und Sozialwissenschaften, insbesondere der Ethnologie und der Volkskunde, mit dem Ziel, das Studium aller medikaler Kulturen weltweit zu intensivieren. Dies geschieht vor allem durch die Herausgabe der Zeitschrift *Curare*, die Organisation wissenschaftlicher Fachtagungen und die Sammlung und Dokumentation themenbezogener Literatur sowie die Zusammenstellung relevanter Informationen auf ihrer Webseite.

The *Association for Anthropology and Medicine* (AGEM) is an incorporated, nonprofit organization (seat in Hamburg, founded in 1970), an association of researchers and science-promoting persons and institutions. It promotes interdisciplinary collaboration in the fields of medicine, medical history, human ecology, medical sociology, psychology, and the life, cultural, and social sciences, especially anthropology and folklore studies, with the goal of intensifying the study of all medical practices around the world. It does this by publishing a peer-reviewed journal, organizing specialized scientific conferences, documenting literature on this theme, and presenting relevant information on its website.

L'*Association Anthropologie et Médecine* (AGEM) est une association à but non lucratif (siège social à Hambourg, fondée en 1970). Cette association réunit des chercheurs et des chercheuses ainsi que des personnes et des institutions promouvant la coopération interdisciplinaire entre la médecine, l'histoire de la médecine, l'écologie humaine, la sociologie de la médecine, la psychologie, les sciences de la vie et les sciences culturelles et sociales, en particulier l'anthropologie et le folklore. L'association a pour but d'intensifier l'étude des pratiques médicales à travers le monde. Elle s'efforce d'atteindre ces objectifs par la publication d'une revue d'anthropologie médicale à comité de lecture, par l'organisation régulière de conférences scientifiques spécialisées ainsi que par le recueil de la documentation thématique.

**Grenzgänge zwischen Ethnologie, Medizin und Psychologie**  
**Für Ekkehard Schröder zum 75. Geburtstag**

Herausgegeben von **Katarina Greifeld, Wolfgang Krahl, Hans Jochen Diesfeld & Hannes Stubbe**

- 9 **KATARINA GREIFELD, WOLFGANG KRAHL, HANS JOCHEN DIESFELD & HANNES STUBBE** Vorwort
- 13 **JEAN BENOIST** Hommage à un passeur de frontières
- 17 **WOLFGANG BICHMANN** Medizin in Entwicklungsländern aus der Heidelberger Schule
- 23 **WALTER BRUCHHAUSEN** Ethnomedizin zwischen Gesundheit und Kultur
- 35 **CLAUS DEIMEL** Die Seele zum Laufen bringen
- 37 **HANS JOCHEN DIESFELD** Ekkehard Schröder, mein Freund und Weggefährte
- 43 **HARALD GRAUER** Begegnung – Verflechtung – Erinnerung
- 51 **KATARINA GREIFELD** Heldengeschichten aus der Konquista
- 59 **DIETER HALLER** German Anthropology
- 73 **KLAUS HOFFMANN** 75 Jahre Ekkehard Schröder
- 75 **PETER KAISER** Transkulturelle Betrachtungen im Umgang mit Flüchtlingen
- 87 **ECKHARDT KOCH** Migranten aus der Türkei in Deutschland im Spiegel von Kunst und Kultur
- 93 **LEONIE AGNES NOMI KRAHL** Romantic Ayurveda
- 103 **WOLFGANG KRAHL** Zeitenwandel
- 113 **FRANK KRESSING** Quo vadis, Global Health?
- 123 **RUTH KUTALEK** Medizinanthropologie in der medizinischen Aus- und Weiterbildung
- 131 **UTE LUIG** Talking about Violence
- 141 **KATHARINA SABERNIG** Neurological Metaphors in Tibetan Medical Language
- 149 **WILLIAM SAX** Culture Bound Syndromes Reconsidered
- 159 **ANNIKA STRAUSS & HELMAR KURZ** Framing Experiences
- 169 **HANNES STUBBE** Über ein frühes Bild des brasilianischen Urwaldes von Johann Moritz Rugendas
- 179 **SJAAK VAN DER GEEST** Das Ewige Gestern
- 183 **MARTINE VERWEY** Würde in Bedrängnis
- 191 **MARIA VIVOD** Šojmanka. Women of Eastern Serbia who Communicate with Fairies
- 201 **EKKEHARD SCHRÖDER** Danksagung