

culture

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

**Aktuelle Themen im
„interdisziplinären Arbeitsfeld
Ethnologie & Medizin“, Teil II**

- Psychoanalyse
- Pränatale Psychologie
- Forensik: Kriminalisierung
- Forum: Medizinethnologie und Biomedizin
- Berichte/Reports





Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology



Herausgeber / Editor-in-Chief im Auftrag der / on behalf of:
Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM
EKKEHARD SCHRÖDER (auch V.i.S.d.P.)
e-mail: ee.schroeder@t-online.de (Korrespondenzadresse)

Postadresse / Office: AGEM-Curare
c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany
e-mail: info@agem-ethnomedizin.de

Redaktion / Editorial Team (2017, 3+4):

Katarina Greifeld (Frankfurt) • Ekkehard Schröder (Potsdam) •
Mirko Uhlig (U Mainz) • Ehler Voss (U Siegen)

Wiss. Beirat / Editorial Advisors (2014–2017):

Gabriele Alex (U Tübingen) • Josep M. Comelles (URV Tarra-
gona) • Claus Deimel (Hamburg) • Alice Desclaux (U Montpel-
lier) • Michael Heinrich (UC London) • Mihály Hoppál (Buda-
pest) • Sushrut Jadhav (UC London) • Peter Kaiser (U Bremen) •
Ruth Kutalek (MU Wien) • Danuta Penkala-Gawęcka (U Poznań)
• Bernd Rieken (SFU Wien) • William Sax (U Heidelberg) •
Hannes Stubbe (U Köln)

Begründet von / Founding Editors: Beatrix Pfeleiderer (†) •
Gerhard Rudnitzki • Wulf Schiefenhövel • Ekkehard Schröder

Ehrenbeirat / Honorary Editors:

Hans-Jochen Diesfeld • Horst H. Figue • Dieter H. Frießem •
Wolfgang G. Jilek • Guy Mazars (†) • Armin Prinz

IMPRESSUM Curare 40(2017)4

Verlag und Vertrieb / Publishing House:

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

Bezug / Supply:

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

Abonnementspreis / Subscription Rate:

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

Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2018
ISSN 0344-8622 ISBN 978-3-86135-842-8

Die Artikel der *Curare* werden einem Gutachterverfahren unter-
zogen • The articles of the journal *Curare* are peer reviewed.

Titelabbildungen (Vorder- und Rückseite) Curare 40(2017)4

Cover-Vorderseite (Cover Picture): Masken des Simón Morales aus der Sierra Tarahumara (Masks from Simón Morales),
siehe auch S. 260f. • Das Titelbild entspricht dem Titelbild von CLAUS DEIMEL: *Des Museums neue Kleider. Die Riten im
Museum der Menschen*, VWB, Berlin 2017.

Cover-Rückseite: Titelbilder der 4 *Curare*-Hefte „AGEM und 60 Jahre „Interdisziplinäres Arbeitsfeld Ethnologie und
Medizin““ • *Back cover:* Titles of the 4 *Curare* issues “AGEM looking at 6 Decennia of Interdisciplinary Discourses in
‘Anthropology and Medicine’”

Herausgeber/Editor: **Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – www.agem-ethnomedizin.de**

Die *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM)* ist als rechtsfähiger, gemeinnütziger Verein (Sitz Hamburg, gegr. 1970)
eine Vereinigung von Forschern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen. Sie fördert die inter-
disziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Medizin, der Geschichte der Medizin, den Lebenswissenschaften und den
Kultur- und Gesellschaftswissenschaften, insbesondere der Ethnologie, Psychologie und Volkskunde, mit dem Ziel, das
Studium aller medikaler Kulturen, der Humanökologie und Medizin-Soziologie in globalen Kontexten zu intensivieren.
Dies geschieht durch die Herausgabe einer begutachteten Zeitschrift, Fachtagungen und die Sammlung themenbezogenen
Schrifttums.

AGEM, the “Working Group ‘Ethnomedizin’/Medical Anthropology,” is a German non-profit association with legal ca-
pacity, founded 1970 and seated in Hamburg, and unites researchers as well as sponsoring persons and institutions to
promote the interdisciplinary cooperation between medicine, history of medicine, life sciences and cultural and social
anthropology, psychology, and (medical) folklore. The aim is to enhance the research in medical anthropology, human
ecology and sociology of medicine especially in global contexts. AGEM acts in particular as publisher of a peer reviewed
journal in the field of medical anthropology, organizes specialist conferences, and collects relevant literature.

AGEM, le «Groupe de travail ‘Ethnomédecine’/anthropologie médicale» est une association du type Loi 1901 (siège
à Hambourg, sans but lucratif, fondée 1970). Cette association réunit des chercheurs et des personnes et institutions
promouvant la coopération interdisciplinaire entre la médecine, l’histoire de la médecine, les sciences de la vie et l’eth-
nologie, la psychologie et le folklore et a pour but d’intensifier l’étude d’anthropologie médicale, mais aussi de l’écologie
humaine et de la sociologie de la médecine surtout dans le cadre de la mondialisation. Elle s’efforce d’atteindre ces objec-
tifs par la publication d’une revue d’anthropologie médicale à comité de lecture, par l’organisation régulière de réunions
spécialisées et en réunissant les publications relatifs à ces thèmes.



Inhalt / Contents
Vol. 40 (2017) 4

**Aktuelle Themen im
„interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“ 2017,
Teil II**

Zum Titelbild

Die Autorinnen und Autoren in <i>Curare</i> 40(2017)4; Erratum	259
CLAUS DEIMEL: Die Masken des Simon Mórales aus Urúbachí	260
EKKEHARD SCHRÖDER: Gibt es eine psychologische Dimension in der Medizinethnologie? Editorial	262

Medizinethnologie zwischen Ethnopsychotherapie, Magie und Psychoanalyse

ERHARD SCHÜTTELPELZ & EHLER VOSS: Die Wörter, der Zauber, das Leben. Jeanne Favret-Saada zwischen Hexereiforschung und Psychoanalyse	264
FATIMA Z. CHERAK: The Evils of <i>Ruqyah</i> and Mental Health: Therapeutic Mobility in Algeria and in France	282
LUDWIG JANUS: James George Frazer's <i>Der goldene Zweig. Eine Studie über Magie und Religion</i> aus pränatalpsychologischer Sicht	296

Forum Forensik

IGOR EBERHARD: Wie Tätowierte zu Kriminellen gemacht wurden. Der Kriminalisierungsdiskurs von Tätowierungen am Beispiel der Heidelberger Sammlung Schönfeld	308
---	-----

Forum Medizinethnologie und Biomedizin

JUDITH SCHÜHLE: “State of the art” oder “the art of medicine”? Wahrnehmungen multipler Biomedizinen nigerianischer Ärzte in den USA	321
---	-----

RÜDIGER FINGER: Rückblick und neue Standortbestimmung der „Operativen Medizin“ in sogenannten Entwicklungsländern im Kontext der heutigen Global Health Care Agenda	322
HELMUT JÄGER: Fehler-Management in der Entwicklungszusammenarbeit. Welche Konsequenzen hat die Arsen-Katastrophe u. a. in Bangladesch?	329
HELMUT JÄGER: Zur Komplexität der Beschneidungsdiskurse. Kasuistiken aus der Flüchtlingsberatung in Rotenburg	336
WERNER GOLDER: So kostbar wie eine Organspende. Die Teilnahme an einer klinischen Studie verlangt von den Patienten Opferbereitschaft	340
Reports / Berichte 2017	
ANNIKA STRAUSS: “Doing Sex: Men, Masculinity and Sexual Practices.” Report on the conference at Newcastle University, July 13–14, 2017	343
SABINE LENKE-VON HEIDENFELD: “Encounters, Translations and Transformations,” 9 th International Congress on Traditional Asian Medicine (ICTAM) in Kiel, August 6–12, 2017	345
GABRIELE ESCHAU: 9 th Int. Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries,” in Munich, October 27–28, 2017	348
Buchbesprechungen / Bookreviews	
Film-Dokumentation von DALIA AL-KURY. 2014/2015. <i>Besessen (Al-Mamsüssîn)</i> . Jordanien/Deutschland, Köln. [ASSIA M. HARWAZINSKI]	350
LISA PEPPLER. 2016. <i>Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie</i> . Göttingen [ECKHARDT KOCH]	353
SHEILA COSMINSKY. 2016. <i>Midwives and Mothers—The Medicalization of Childbirth on a Guatemalan Plantation</i> . Austin, TX [KATARINA GREIFELD]	355
VIKTORIA CHRISTOV. 2016. <i>Gemeinschaft und Schweigen im Pflegeheim. Eine ethnologische Annäherung</i> . Frankfurt [ULRIKE KRASBERG]	356
THOMAS HEISE. 2016. <i>Kulturen der Menschheit: Woher und wohin? Transdisziplinäre Perspektiven unserer Vergangenheit</i> . Würzburg [ANNIKA ROSENTHAL]	359
GISELA GRUPE, KERRIN CHRISTIANSEN, INGE SCHRÖDER & URSULA WITTEW-ER-BACKOFEN (Hg) 2005, 2012 ² . <i>Anthropologie. (Ein) einführendes Lehrbuch</i> . Berlin [EKKEHARD SCHRÖDER]	360
MICHAEL HERMANUSSEN (ed) 2013. <i>Auxology. Studying Human Growth and Development</i> . Stuttgart [EKKEHARD SCHRÖDER]	361
CHIRLY DOS SANTOS-STUBBE & HANNES STUBBE. 2014. <i>Kleines Lexikon der Afrobrasilianistik. Eine Einführung mit Bibliografie</i> . Göttingen [HELMAR KURZ]	362
JOHANNES REICHMAYR (Hg) 2016. <i>Ethnopschoanalyse revisited. Gegenübertragung in transkulturellen und postkolonialen Kontexten</i> . Gießen [MARGRET JÄGER]	363
CfP zur AGEM-Tagung in Siegen, 29.6.–1.7. 2018	365
Résumés des articles de Curare 40(2017)4	366

Titelbild/Cover picture & Impressum/publishing information	U2
Hinweise für Autoren/Instructions to Authors	U3

Redaktionsschluss: 30.11.2017

Lektorat und Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER

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

Die Autorinnen und Autoren in *Curare* 40(2017)4:

- FATIMA Z. CHERAK, Dr. (phil.), Ethnologin (F-Brest /Marseille) fcherak@gmail.com – S. 282
- CLAUS DEIMEL*, Dr. phil., Ethnologe (Hamburg) clausdeimel@mac.com – S. 260
- IGOR EBERHARD, Dr. phil., Ethnologe, Autor (Wien) igor.eberhard@univie.ac.at – S. 308
- GABRIELE ESCHOU, Dr. med., Psychiaterin (Kaufbeuren) gabriele.escheu@t-online.de – S. 348
- RÜDIGER FINGER, Dr. med., Chirurg (Remagen) rmfingerrem@gmx.de – S. 322
- WERNER GOLDER, Prof. Dr. med., Radiologe, Altphilologe (Avignon) werner.golder@orange.fr – S. 340
- KATARINA GREIFELD*, Dr. phil., Ethnologin (Frankfurt am Main) greifeld@gmx.de – S. 355
- ASSIA M. HARWAZINSKI, Dr. phil., Islam- u. Religionswissenschaftlerin (Tübingen) ajidomo@web.de – S. 350
- HELMUT JÄGER, Dr. med., Gynäkologe (Rotenburg) info@medizinisches-couching.net – S. 329, 336
- MARGRET JÄGER, Dr. phil., Ethnologin (Wien) margretjaeger@yahoo.com – S. 363
- LUDWIG JANUS*, Dr. med., Psychoanalytiker (Heidelberg) ludwig.janus@googlemail.com – S. 296
- ECKHARDT KOCH*, Prof. Dr. med., Psychiater (Marburg) eckhardt.koch@t-online.de – S. 353
- ÜLRIKE KRASBERG, PD Dr. phil., Ethnologin (Frankfurt am Main) ulrike.krasberg@staff.uni-marburg.de – S. 356
- HELMAR KURZ*, M.A., Ethnologe (Münster) hkurz_01@uni-muenster.de – S. 362
- SABINE LENKE-VON HÜTTELSFELD*, Dr. phil., Ethnologin (Berlin) sabine.lenke@web.de – S. 345
- ANNIKA ROSENTHAL, Psychologin, Neurowissenschaften M. Sc. (Berlin) annika.rosenthal@charite.de – S. 359
- EKKEHARD SCHRÖDER*, Psychiater, Ethnologe (Potsdam) ee.schroeder@t-online.de – S. 262, 360
- CORNELIUS SCHUBERT, PD Dr. phil., Soziologe (Siegen) cornelius.schubert@uni-siegen.de – S. 365
- JUDITH SCHÜHLE, M.A., Ethnologin (Berlin) j.schuehle@fu-berlin.de – S. 321
- ERHARD SCHÜTTPELZ, Prof. Dr. phil., Medienwissenschaften (Siegen) schuettpelz@medienwissenschaft.uni-siegen.de – S. 264
- ANNIKA STRAUSS*, M.A., Ethnologin (Münster) annika.strauss@uni-muenster.de – S. 343
- EHLENER VOSS*, Dr. phil., Ethnologe (Siegen) ehler.voss@uni-siegen.de – S. 264, 365

*Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin

Erratum zu *Curare* 40(2017)3: 195-206: Auf Grund einer technischen Inkompatibilität sind im Beitrag HELMAR KURZ: “Diversification of Mental Health Care—Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing” insbesondere auf den Seiten 198 und 204 (Conclusion) einzelne Wörter und Buchstaben im Druckvorgang nicht angenommen worden, aber in der PDF vorhanden. Der Beitrag ist in der Website bei „*Curare* aktuell“ elektronisch unbeschädigt abrufbar: <http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/die-letzten-ausgaben-the-last-issues-seitsince-curare-2322000.html>. Wir bedauern dies.



Die Masken des Simón Morales aus Urúbachi

Der Maskenschnitzer Simón Morales ist am 3. September 2017 in seinem Gehöft namens Urúbachi in der Sierra Tarahumara von Nordwestmexiko gestorben. Er dürfte etwa 80 Jahre alt geworden sein und zählte damit zu den ältesten Rarámuri, wie sich die sogenannten Indianer oder Indigenen der Gegend selbst nennen. Wie viele Rarámuri zählte er sein Alter nicht und hatte im Übrigen kaum Beziehungen zu modernen Zähl- und Abrechnungsweisen gewonnen. Bis zu seinem Tod arbeitete er an verschiedenen Masken, die in der Regel bei den rituellen Tänzen der *Matachine*-Zeremonie zur Darstellung des Bösen benutzt werden. Viele seiner Masken konnte ich ihm während unserer über 40 Jahre langen Freundschaft abkaufen. In den ethnographischen Sammlungen des Überseemuseums Bremen, des Niedersächsischen Landesmuseums Hannover und des GRASSI Museums für Völkerkunde zu Leipzig befinden sich zahlreiche Stücke aus seiner Hand und komplettieren damit die bereits bestehende umfangreiche dokumentarische Sammlung über die Rarámuri.

Ich lernte Simón Morales während meiner zweiten Forschung in der Sierra Tarahumara im Oktober 1975 kennen. Er hat danach meine ethnographischen Arbeiten im Laufe der Jahre begleitet und hielt sich mit zuweilen sarkastischen Kommentaren nicht zurück. Ich denke, er hat bis zuletzt vermutet, ich würde mit dem Ankauf seiner Masken „Geschäfte“ machen, was nicht der Fall war, mich aber insofern nicht wunderte, denn die meisten

seiner Leute haben ein materielles Verhältnis zum Austausch von Dingen und Beziehungen. Deshalb wird eine Freundschaft auch als „*norawa*“, Handelsbeziehung, bezeichnet. Mein *norawa* Simón war gewohnt, mit ganz wenig Geld auszukommen. Obwohl er eine Minirente vom mexikanischen Staat bezog, hatte er im Jahr kaum mehr als umgerechnet 500 € zur Verfügung. Aber das meiste läuft in der Sierra Tarahumara ohnehin ohne Geld. Simón hatte zwei Gehöfte und mehrere Mais- und Bohnenfelder, die er noch regelmäßig bestellte und deshalb nicht hungern musste. Zudem gestattete ihm seine Wirtschaftsweise, nicht in die nordmexikanischen Städte zur Lohnarbeit und zum Betteln gehen zu müssen.

Mitte der 90er Jahre erlitt er ein seltenes Schicksal: Ein Blitz schlug in seiner unmittelbaren Nähe ein, ruinierte sein Gehör und deformierte seine Augenlinsen. Mit Hilfe des Padres einer Jesuitenmission konnte ich ihn in Ciudad Chihuahua in eine Klinik bringen. Dort gelang es, eine seiner Augenlinsen auszutauschen, sodass er auf einem Auge wieder sehen konnte. Sein Gehör blieb dauerhaft sehr schlecht. In diesem Zustand lebte er noch mehr als zwanzig Jahre und zog sich immer mehr von den rituellen Zusammenkünften und Maisbierzeremonien seiner Gemeinschaft zurück, verzichtete aber nicht auf einen gelegentlich kräftigen Schluck Maisbier (*batári*). Er arbeitete weiter an seinen Masken, verkaufte auch an vorbeiziehende Reisende und legte noch bis wenige Monate vor seinem Tod größere Strecken durch die in seiner Gegend rund 2 300 Me-



ter hohe Sierra zurück. Sein Sehvermögen hatte sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert und sein Gesundheitszustand bildete sich auch in seinen Masken ab. Diese wichen mit der Zeit immer weiter vom geltenden Kanon des zeremoniell Richtigen ab und erhielten einen ungewöhnlich individuellen künstlerischen Ausdruck. Ich habe Simón Morales nie mürrisch erlebt, wenngleich er aufgrund seiner Krankheit immer mehr zum Einzelgänger wurde. In seinen letzten Stunden soll er, Auskünften seiner Verwandten zur Folge, noch etwas Maisbier getrunken haben, was alle in seiner Nachbarschaft für gut und richtig hielten.

Wir begruben Simón am 4. September 2017 nahe der Kirche Nuestra Señora de la Luz de Naráachi. Im kommenden Januar wird es in der Nähe dieses Ortes eine Totenzeremonie für ihn geben, an der auch sein Sohn Guerrero Felipe Ariaga teilnehmen wird. Am 18. Januar 2018 kann ich im Museum Casa Chihuahua in der gleichnamigen nordmexikanischen Stadt meinen letzten Film mit ihm zeigen: „Las máscaras de Simón Morales. Filosofía pequeña de su propio y del otro“ (in der deutschen Version: „Die Masken des Simón Morales. Kleine Philosophie über das Eigene und das Andere“).

CLAUS DEIMEL



Claus Deimel holds a doctoral degree in Philosophy (Anthropology, Ethnology) from the Johann Wolfgang Goethe University in Frankfurt am Main (Germany) and is an independent author and anthropologist and lives in Hamburg. He was director of the Ethnographic Collections of Saxonia in Germany with its museums in Leipzig, Dresden and Herrnhut, is board member of “*Curare. Journal of Medical Anthropology*,” taught anthropology at the Universities in Hamburg, Hannover and Leipzig and is currently member of the UNESCO experts group “Intangible Heritage of Germany.” He curates exhibits with indigenous people and has recently released a film about the north-Mexican Rarámuri: “The Mirror Ritual.” He looks back on more than 40 years of ethnographic work within the Sierra Tarahumara in Chihuahua, northwestern Mexico. His bibliography lists eight books and more than hundred articles and features about the history, actual living and plant using traditions of the Rarámuri People in Northwestern Mexico.

Manteuffelstraße 3
22587 Hamburg
e-mail: clausdeimel@mac.com

Gibt es eine *psychologische* Dimension in der Medizinethnologie? Editorial

In diesem Editorial finden sich weitere ausgewählte Beiträge, die aus dem Themenfeld der 29. Fachkonferenz Ethnomedizin (17.–19.6.2016, Heidelberg) unter dem Titel „Medizinethnologie 2016: The State of the Art“ entstanden bzw. mit ihm verwandt sind.¹ Das Titelbild dieses Heftes und der dazu gehörige Text von CLAUS DEIMEL (S. 260–261) mit den die Affekte ansprechenden Masken leitet daher passend das Thema „Medizinethnologie und Ästhetik des Ritualen Heilens“² ein und verweist zugleich auf die den Affekten innewohnende *psychologische* Dimension und begriffliche Herkunft.

An den Themen Magie und Hexerei kommt natürlich kein Medizinethnologie vorbei, was in den Zeitschriften der AGEM seit ihrem Bestehen deutlichen Niederschlag findet. Bereits im ersten Heft der Zeitschrift „Ethnomedizin“ (1971) lieferten sich hierzu der in Sambia tätige Soziologe Lars Clausen (1935–2010) und der in Neuguinea forschende Ethnologe Joachim Sterly (1926–2001) ein Duell um die These, ob sich Magie von der Kausalität und Rationalität in unserem heutigen Sinne entferne oder im Gegenteil ein Tribut an sie sei und über Sinn und Unsinn eines Begriffs überhaupt, während in der gleichen Arbeitsgemeinschaft ein Johann Kruse, Rektor in Ruhe, zur Mitarbeit an einem aufklärerisch motivierten Hexenarchiv zur Bekämpfung des Aberglaubens einlädt – wahrlich tief *psychologisch* zu reflektierende Motive.³

In einem vorläufigen Übersetzungsentwurf für das Résumé schrieb ich etwas frei «... entre 1969 et 1972, Jeanne Favret-Saada, ... réalisa des recherches sur le thème de la sorcellerie d'aujourd'hui en France», was mit der Bemerkung einer Kollegin, das klinge komisch, konnotiert wurde. Daraus wurde dann «... la sorcellerie à l'époque». Welche Angst vor der denkbaren Realität eines realen «aujourd'hui» da auf der *psychologischen* Seite unbewusst mitgeschwungen haben mag? Deswegen meine ich, dass „Medizinethnologie und Ethnopschoanalyse“ ein wichtiges Thema der „Medizinethnologie heute“ ist, nicht nur wegen der Relevanz für praktische Fragen der Behandlung von seelisch leidenden Menschen in der Migration, sondern auch aus epistemologischen und selbstexplorativen Gründen.

Migration findet sich im Heft indirekt in den neueren Diskursen um „Mobilität“, die FATIMA CHERAK (S. 282–295) als ein Grund für die heutige Ausbreitung der Ruqyah als exorzistischer Ethnopsychotherapie aus dem islamischen Kontext darstellt und den Hilfesuchenden in dem Erklärungsmuster des Bricoleurs im Sinne von Claude Lévi-Strauss plastisch werden lässt. Ihre Forschungen sind mit *psychologischen* und soziologischen Erklärungen untermauert, wie sie etwa Ute Luig schon in den 1970ern in der *Curare* als typisch für ökonomisch unterlegte psychosozial belastende Lebenslagen in Krisenzeiten, hier im beginnenden urbanen Milieu Ugandas, exemplarisch dargestellt hat.⁴ Unschwer ist ein kontinuierlicher Nachweis von den Feldforschungen zu Magie und Exorzismus von Favret-Saada (*1935) von vor über 50 Jahren bis heute zu rekonstruieren, wenn man sich ihre und viele andere wie die von Hans Sebald (Fränkische Schweiz), Johanna Wagner (Lüneburger Heide), William Sax zum Erstarken z. B. der Ruqyah (England) oder jüngst von Déborah Kessler-Bilthauer (Lothringen) vor Augen hält.⁵

Nicht zu vergessen, als *Curare* gegründet wurde, war die Öffentlichkeit noch mit dem Klingenberg Exorzismus von Anneliese Michel (1952–1976) in Unterfranken beschäftigt, der wiederholt *psychologisch* und religiös-rituell interpretiert wurde und zu dem bis heute nachrecherchiert wird. Die älteren Untersuchungen zur Aktualität der Magie und des Hexenwesens sind zum Teil unter dem Stichwort „Gegenkultur“ zu summieren, wozu in der hier vorliegenden Reflexion ERHARD SCHÜTTPELZ und EHLER VOSS reichlich neu sortiertes Material vorlegen (S. 262–281), das insbesondere die Anregungen von Bruno Latour verarbeitet, der die Modernität unseres heutigen Menschen in Frage stellt⁶ und zur Anwendung insbesondere in diskursiven Polemiken einlädt, wenn es um den Aussagewert wissenschaftlicher Wahrheiten oder die Fragen zum Stellenwert naturwissenschaftlicher Erkenntnisse geht. Hierzu gehören auch der Glaube an die und die realen Möglichkeiten der *psychologischen* Manipulierbarkeit des Menschen so wie die Phantasie, dass etwa das Klima und seine derzeitige Erwärmung von Menschen gesteuert werden kann – freilich, man kann und muss Vieles tun, um es zu beeinflussen.

Dass wissenschaftliche Erkenntnisse für viele Fragen der Praxis im Alltag trotzdem wichtig sind, wird natürlich nicht bestritten. So zeigt LUDWIG JANUS (S. 296–307) in der Bedeutung der noch neuen

Wissenschaft der Pränatalen *Psychologie* auf, wie mit dieser bereits vorsprachliche Empfindungen und Gefühle für ihre aktuelle Bedeutung im Erwachsenenleben erschlossen werden können. Und nicht nur dies: die Erkenntnisse heutiger Entwicklungs*psychologie* laden ein, auch ältere Theorien und Diskurse, die gerade in unserem Fachgebiet zwischen Heilung und Religion angesiedelt sind, neu zu lesen. Für synoptisches Wieder-Lesen, wie das von Frazer durch ihn oder über einen kürzeren Zeitraum das von Schüttpelz und Voss, ist das „interdisziplinäre Arbeitsfeld Ethnomedizin“ (1969) bzw. in heutiger Sprache „... Ethnologie und Medizin“ das geeignete Forum. Manche Arbeiten sind daher auch Untersuchungen „in progress“, das **Arbeitsfeld hat den einladenden Charakter einer Werkstatt mit der Option einer Wirkstätte** – als Werkstatt auch zum Diskutieren der Beiträge hier.

Die Wirkstätte kann man in der Rubrik FORUM aus den Beiträgen zu den Themenbereichen „Medizinethnologie und Forensik“ und „Medizinethnologie und Biomedizin“ leicht herauslesen. Dies zeigt der diskursgeschichtliche Überblick zu den sichtbaren Tattoos im Fadenkreuz *psychologischer* Stigmatisierung von IGOR EBERHARD (S. 308–320), ein Mechanismus, der auch heute bei anderen „sichtbaren“ äußerlichen menschlichen Merkmalen am Menschen ähnlich fatale Wirkungen haben kann und mich an den anderen Mechanismus erinnert, der im letzten Heft unter dem Stichwort Dissoziation in seinen Potenzialen zur *Psychomanipulation* zum Guten und zum gewollt Bösen ausgebreitet wurde (speziell zur Forensik der rituellen Gewalt von Nathalie Rudolph). Das ist doch dicht an der Logik der Diskurse zur Wirksamkeit von Magie.

In dem Beitrag von JUDITH SCHÜHLE zur „Medizinethnologie und Biomedizin“ habe ich mich in der nigerianischen Sozialisation zum Mediziner als in den frühen 1970er Jahren in Heidelberg sozialisierter Mediziner voll wieder gefunden. So ist es gar nicht so überraschend, dass es viele Biomedizinen gibt. Ich hab mich gefragt, warum diese nigerianischen Kollegen in die USA migriert sind. Die Vielfalt der aus vielen Gründen unterschiedlichen Biomedizinen wird in den weiteren Beiträgen der Ärzte RÜDIGER FINGER, HELMUT JÄGER und WERNER GOLDER durch die jeweiligen medizinischen und *psychologischen* Probleme bedingt, mit denen sie auf unterschiedlichen Ebenen mit unterschiedlichen Standards einer Lösung konfrontiert sind. Und sie entspringen einer

psychologischen Motivation zum Tun, zu deren Reflexion eine lange ärztliche Tradition besteht, zumindest im deutschsprachigen Bereich der Profession. Mag sein, dass dies ein Grund ist, warum es nicht so einfach ist, Knowhow aus der Sozial- und Kulturanthropologie hierzulande für die Biomedizin fruchtbar zu machen, im Gegensatz zur Medical Anthropology etwa in den USA in Bezug auf die Tradition der dortigen Biomedizin. Wie insbesondere Ärzte ihre Fähigkeiten zu Heilen erwerben, soll Thema der nächsten AGEM-Tagung werden („Preparing for Patients“, siehe Call für Paper auf S. 365). EHLER VOSS, Autor in diesem Heft, organisiert sie zum zweiten Mal in Siegen.

Bei der Umbenennung des Untertitels dieser Zeitschrift zum 31. Jahrgang stand übrigens zur Debatte: „Curare. Zeitschrift für Kultur, Medizin, *Psychologie* und interdisziplinäre Forschung“. Die *psychologische* Dimension in der Medizinethnologie aus dem Titel dieses Editorials ist durch die *kursiven* Wörter belegt worden. Ehler Voss wird auch die Zeitschrift Curare ab Jahrgang 41 koordinieren. Ich wünsche ihm gutes Gelingen.

EKKEHARD SCHRÖDER

Anmerkungen:

1. Vgl. die Beiträge von CLAUS DEIMEL, ERHARD SCHÜTTPELZ & EHLER VOSS, LUDWIG JANUS, IGOR EBERHARD und JUDITH SCHÜHLE.
2. Vgl. die aufgezählten Themenbereiche der Konferenz bei SCHRÖDER E. 2017. Kultur und Dissoziation. Editorial. *Curare* 40, 3: 163–164.
3. Vgl. CLAUSEN L. & STERLY J. 1971. Streitgespräch über die Behauptung der Magie. *Ethnomedizin* 1, 2: 267–286 und KRUSE J. 1951. *Hexen unter uns? Magie und Zauberglauben in unserer Zeit*. Hamburg: Hamburgische Bücherei.
4. LUIG U. 1979. 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.
5. Bereits in Deutsch zu lesen von FAVRET-SAADA J. 1978. *Hexenwesen und Aufklärung*. In HONEGGER C. (Hg). *Die Hexerei der Neuzeit. Studien zur Sozialgeschichte eines kulturellen Deutungsmusters*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition sv): 336–366 // SEBALD H. 1978. *Witchcraft. The Heritage of a Heresy*. New York: Elsevier // WAGNER J. 1984. Some Comparisons of Shaman-related Folk Healing Performances in the Frame of Different Cultures—A Preliminary Report on a Recent Research in the Lüneburger Heide. *Curare* 7, 4: 259–288 // SAX W.S. 2013: The Reality of 21st Century Islamic Healing—An Interview with a Muslim Healer. *Curare* 36, 3: 168–171 // KESSLER-BILTHAUER D. 2013. *Guérisseurs contre sorciers dans la Lorraine du XXI^e siècle*. Metz: Édition serpenoise // etc.
6. LATOUR B. 1995. *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Berlin: Akademie-Verlag [Orig. 1991. *Nous n'avons jamais été modernes.*].

*Hommage – 40 Jahre «Les mots, la mort, les sorts»***Die Wörter, der Zauber, das Leben.****Jeanne Favret-Saada zwischen Hexereiforschung und Psychoanalyse**

ERHARD SCHÜTTPELZ & EHLER VOSS

Zusammenfassung Zwischen 1969 und 1972 forschte die französische Ethnologin und Psychoanalytikerin Jeanne Favret-Saada zur Hexerei im französischen Hainland. „Die Wörter, der Zauber, der Tod“, ihre ethnographische Monographie von 1977, wurde für die konsequente Umsetzung der ethnographischen Methode gelobt, insbesondere für die durchgängige Thematisierung und Begründung ihrer variablen Position als Forscherin. Es handelt sich um ein von vielen Seiten anerkanntes Meisterwerk, das aber nur selten als Ganzes gelesen und noch seltener in Seminaren unterrichtet wurde, ein Vorbild, das allerdings aufgrund seiner Radikalität keine Anleitung zur Nachahmung zu beinhalten schien. In ihrem Text setzt Favret-Saada Ethnographie gegen Ethnographie. Hin- und hergerissen zwischen Verstehen und Erklären, Holismus und offensiver Fragmentarisierung, Anwaltschaft und literarischer Distanz, ist ihr Text Anklage und Exorzismus zugleich, ein Angriff auf alle damaligen Sozialwissenschaften und ein Exorzismus ihrer eigenen Sozialisation, das Dokument einer metaphysischen Rebellion. 2009 erschien die schon in ihrem ersten Buch angekündigte Fortsetzung zur Theorie der Enthexung, mit dem sie das Ende ihrer Beschäftigung mit dem Thema bekanntgab. Das Buch beruht nicht auf neuer Feldforschung, sondern fasst die Ergebnisse ihrer Studien nach Erscheinen des ersten Buches zusammen. Dieser Rückblick von Seiten der Autorin ist für uns ein Anlass, ebenfalls zurückzublicken und die Frage zu stellen, was aus dem Korpus der Autorin vierzig Jahre später geworden ist. Was war damals möglich, was niemals vorher und nachher möglich zu sein schien, und was haben wir in der Zwischenzeit übersehen? In Favret-Saadas Veröffentlichungen bleiben psychoanalytisches Vokabular und ethnographische Beschreibung streng getrennt, obwohl es naheliegt, die Reflexivität der ethnographischen Darstellung auf ihre gleichzeitige psychoanalytische Ausbildung zu beziehen. Im Gegenzug stößt man bei einer Relektüre der Schriften von 1977 auf eine reflexive Darstellung der psychoanalytischen Ausbildung, die psychoanalytische Motive mit den ethnologischen Ergebnissen der Feldforschung verknüpft. Die strikte Trennung der beiden Wissensformen, die Favret-Saada in allen ihren Publikationen beachtete, ermöglichte 1977 eine einmalige Verknüpfung und Symmetrisierung, die tiefgreifende Folgen für die medizinethnologische und die Hexereiforschung, aber auch für die Geschichte der französischen Psychoanalyse haben sollte.

Schlagwörter Hexerei – Magie – Entzauberung – Psychoanalyse – Heilung – Irreparabilität – Jeanne Favret-Saada – Jacques Lacan – symmetrische Anthropologie – Frankreich

Vital Words. Jeanne Favret-Saada between Psychoanalysis and the Ethnography of Witchcraft

Abstract Between 1969 and 1972, the French anthropologist and psychoanalyst Jeanne Favret-Saada conducted research on witchcraft in western France. Her ethnographic monograph of 1977—«*Les mots, la mort, les sorts: La sorcellerie dans le bocage*», translated into English in 1981 as “*Deadly Words: Witchcraft in the Bocage*”—was praised for its consistent application of the anthropological method and especially for her thorough addressing and justification of her variable position as researcher. It is acknowledged from many sides as a masterpiece, but it is seldom read in its entirety and even more rarely taught in seminars: a model whose radicalness, however, seems to provide no instruction for imitation. In her text, Favret-Saada pits ethnography against ethnography. Torn between understanding and explaining, holism and aggressive fragmentation, advocacy and literary distance, her text is an indictment and exorcism at the same time, an attack on all the social sciences of the time and an exorcism of her own socialization, a document of a metaphysical rebellion. The continuation of her theory of unwitching, already heralded in her first book, appeared in 2009, with which she announced the end of her study of the topic. The book is not based on new field research, but summarizes the results of her studies after the publication of her first book. This retrospective by the author is an occasion for us, to look back and ask what has become of the author’s

oeuvre, forty years later. What was possible at that time that was possible neither before nor seemingly afterward, and what have we overlooked in the meantime? In Favret-Saadass publications, psychoanalytical vocabulary, and ethnographic description remain strictly separated, though it seems to suggest itself to relate the reflexivity of the ethnographic depiction to her simultaneous training as a psychoanalyst. In turn, when rereading the 1977 writings, one stumbles upon a reflexive depiction of her psychoanalytic training that ties together the psychoanalytic motifs with the ethnographic results of her field research. The strict separation of the two forms of knowledge, which Favret-Saada maintains in all her publications, made it possible in 1977 to achieve a unique connection and systematization that would have profound consequences for medical anthropology and the research on witchcraft, but also for the history of French psychoanalysis.

Keywords witchcraft – magic – dewitching – psychoanalysis – healing – irreparability – Jeanne Favret-Saada – Jacques Lacan – symmetrical anthropology – France

French abstract, see p. 366

Erkenntnisse

Zwischen 1969 und 1972 führte die französische Ethnologin und Psychoanalytikerin Jeanne Favret-Saada eine Feldforschung zur Hexerei im französischen Hainland durch. Für die Hexereiforschung bleiben mit ihrem Namen drei wichtige Erkenntnisse verbunden. Zum ersten: dass es sich bei dem, was Hexerei genannt wird, nicht nur um einen weltweit relativ einheitlichen Motivkomplex mit vielen lokalen Varianten handelt (vgl. MAYER 1970 [1954]), sondern *vor Ort* um einen sprachlichen Modus, um ein Gerede, in dem die Bezichtigungen keineswegs einer konsistenten Abfolge von Erzählmotiven entsprechen müssen, sondern vor allem in die Schwebelage gebracht und in der Schwebelage gehalten werden, sobald es um Fragen der Schadensmagie und ihre kunstvolle Wendung ins Unschädliche geht. Die therapeutischen Verfahren der Enthexung, die Favret-Saada beschreibt, bilden den Rahmen einer Prozedur, der es gelingen kann, die Verwandlung der Bezichtigungen und Gegenbezichtigungen in physische Gewalt zu verhindern – zumindest dann, wenn keine Obrigkeiten einschreiten und ihrerseits die Wahrheit über die Geschehnisse herausfinden wollen. Solange die Therapie ihre Autorität behält, wird physische Gewalt ausgeschlossen und ein epistemologischer Schwebestandard angestrebt. Das ist eine universale Möglichkeit, und zugleich die besondere historische oder regionale Variante der Hexereibeziehungen, die Favret-Saada untersucht und begrifflich gemacht hat. Diese Variante arbeitet mit bewusst gegenläufigen Prinzipien:

Menschen, die glauben, bei der Hexerei handele es sich nur um Einbildung, werden auf eine Weise

verunsichert, dass sie die Möglichkeit einer entsprechenden Wirklichkeit in Betracht ziehen; Menschen, die der Hexerei bereits eine Wirklichkeit zuerkennen, werden mit der Möglichkeit einer Täuschung oder eines medizinischen Problems konfrontiert. Die Sprechweise der Hexerei-Beziehungen bleibt bewusst unaufgelöst. Es wird immer wieder aufs Neue das Gegenteil von dem vorgebracht, was die Leute als therapeutisch sinnvoll erwarten. Die Anerkennung dieser verwirrenden Eigenschaft, sprich: der Verwirrung selbst, ist die größte Errungenschaft des ersten der drei Bücher von Favret-Saada über ihre Feldforschung – eine Errungenschaft, deren Aussagekraft gleichwohl nur von Einzelfall zu Einzelfall übertragen werden kann.

Mit dieser Einsicht in den Modus der Bezichtigung bleibt für die Medizinethnologie zum zweiten die Herausstellung der heilsamen Wirkungen von Hexerei-Behandlungen für den Patienten verknüpft, die in der früheren Hexereiforschung kaum wahrgenommen wurden. Favret-Saada bringt den Heilungsaspekt der Hexerei in ihren Fallbeschreibungen vor allem durch die Figur der Madame Flora und ihre Kartenlegetechnik zur Geltung. Madame Flora arbeitet als Entzauberin und besitzt die Fähigkeit, mit Menschen umzugehen, die schwer beschädigt, impotent, depressiv oder traumatisiert sind und unfähig, ihr Leben ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Diese Patienten werden von ihr mithilfe sprachlicher Zeremonien angestachelt, gegen die eigene Resignation zu handeln, und dadurch in eine Situation gebracht, in der Handlungsinitiative wieder möglich wird. Favret-Saada beschreibt die heilsamen Wirkungen der Aggressivität.

In sesshaften landwirtschaftlichen Verhältnissen wie im französischen Hainland findet die Bezichtigung der Hexerei meist territorialisiert statt, und sie richtet sich auf die wechselseitige Abhängigkeit des Hofbesitzers vom Wohlergehen und Intaktsein, von der Gesundheit und Fruchtbarkeit von Familie und Vieh, Ernte und Gerät. Eine Serie von Unglücksfällen gefährdet Hof und Hofbewohner gleichermaßen und beschwört den Vergleich herauf: Der Schaden kam von außen und in Serie. Was der eine mehr hat, hat der andere weniger. Wer hat es ihm genommen? Durch frei flottierende, aber zum Teil auch feste Verfolgungsvorstellungen wird ein Duellwesen ermöglicht, das uns zuerst imaginär erscheint, weil es in strikter Abwesenheit der verfeindeten Personen inszeniert wird. Allerdings ist ausgerechnet die Bedingung der Abwesenheit auch eine Voraussetzung dafür, dass das Duell nicht nur in der Vorstellung stattfindet. Wie Favret-Saada schreibt, führt der Abbruch der Beziehungen zu Nachbarn oder Bekannten, verbunden mit der Anwesenheit einer fremden Person auf dem Hof, dazu, dass sich der Nachbar oder Bekannte seinen Teil denken kann und gegebenenfalls ebenfalls zu wappnen beginnt. Aus einem imaginären und improvisierten zeremoniellen Duell wird ein reales Duell der vermiedenen Blicke und Bewegungen, und umgekehrt.

Favret-Saada beschreibt Situationen, in denen Menschen herbeigerufen werden, um mit bereits eingetretenen Unglücksfällen fertig zu werden, ohne verhindern zu können, dass die nun eintretenden Interventionen Kaskaden von einander undurchsichtigen Maßnahmen zur Folge haben werden. Und es geht keineswegs um „objektiv nachvollziehbare“ Kriterien des Unglücks, denn oft handelt es sich um paradoxe und asymmetrische Verhältnisse, in denen Menschen, denen es vergleichsweise gut geht, Menschen anklagen, denen es vergleichsweise schlecht geht – wie etwa die armen Nachbarn eines reichen Bauern mit einer Serie von Unglücksfällen, die einem Verdacht ausgesetzt werden, einzig weil sie die Gefahr ausstrahlen, die sie selber als Unglück am eigenen Leibe erfahren haben.

Favret-Saada lehnt eine funktionalistische Einordnung dieser Zusammenhänge als Form der Sozialdisziplinierung und eine psychologische Einordnung durch die Erklärung als „Neid“ ab. Die soziologischen und psychologischen Einordnungen wollen auf indirekte Weise eine ausgleichende Gerechtigkeit herstellen und nicht akzeptieren, dass

es eine Sphäre gibt, die der offiziellen Moral entzogen bleibt. Favret-Saadas Darstellung bewährt sich angesichts der „Amoralität“ dieser ganz normalen Fälle eines Verhaltens, das auf den eigenen Vorteil und das eigene Glück bedacht ist, und auf sonst nichts. In minutiösen Analysen stellt sie dar, wie sich das Zerstörerische des Unglücks aufhalten oder zumindest verlagern lässt. Dafür gibt es mehrere Lösungen, die darin bestehen, ein Verfahren der Entschleunigung oder der Verunsicherung dazwischenzuschalten. Dazu gehört zum einen die bereits erwähnte räumliche Verlagerung, die darin besteht, eine Person als Aggressor zu identifizieren und mit einem Meidungsgebot zu belegen. Wenn diese Person die Fremdattribution errät und im selben Idiom beantwortet, wird sie nicht umhinkönnen, ihrerseits die Meidung zu respektieren, und daraufhin gestaltet sich die Eskalation von außen gesehen wie ein jahrelanges Moratorium.

Zum anderen verzichtet die weitere Behandlung nur selten auf die Verunsicherung, ob es sich tatsächlich um Hexerei handelt oder nicht doch um ein medizinisches Problem. Diese Verfahren werden, wie bereits erwähnt, gegenläufig angewandt: wer an die Hexerei einer bestimmten Person nicht glaubt, wird in den Glauben hineingetrieben und von dieser Person so isoliert, dass er oder sie sich mit dem eigenen Verfolgungssyndrom und dessen ritueller Behandlung auseinandersetzen muss. Wer dagegen zu stark glaubt, wird durch physische Diagnosen abgelenkt und auf die Fähigkeit zum Zweifel zurückgeworfen. Beide Möglichkeiten können gegeneinander durchgespielt werden und laufen bei einer geschickten Behandlung auf einen eigentümlichen Schwebzustand zu: das Feindliche als Einbildung und keine Einbildung, das Selbst von feindlichen Mächten abgeschirmt und ihnen ausgesetzt, und die Behandlung als offene Serie. Und es scheint dieser künstliche Schwebzustand zu sein, der die Möglichkeiten der Heilung einer festgefahrenen Situation einkehren lässt, oder zumindest in Aussicht stellt, weil die Heilerin die Wünsche und Vorstellungen der Patienten und ihrer Angehörigen ernst nimmt und eine offene Situation der Entscheidungsfindung eröffnet, die auf jede neue Krise oder Besserung oder Rückfälligkeit flexibel reagieren kann, ohne den Anspruch auf Anamnese, Diagnose und Therapie aufzugeben.

Doch das bittere Geheimnis einer Ethnographie der Hexerei und der Magie besteht darin, dass sie

es auch mit dem Irreparablen zu tun bekommt. Und Favret-Saada verschließt ihre Augen nicht vor den Fällen, in denen keine Heilung möglich ist. Der Versuch, das Irreparable zu bewältigen, es zu heilen, kann zum Irreparablen beitragen und es sogar beschleunigen. Der symbolische Sieg einer einzelnen Heilung wird das Irreparable der vielen aussichtslosen Heilungsversuche nie aufheben oder aufwiegen. Dennoch wird jede Behandlung mit dem gleichen unerschütterlichen Optimismus ans Werk gehen müssen, und das zu Recht. Und hier liegt die dritte große Einsicht der Autorin. Wenn keine Heilung möglich ist, dann vielleicht eine Verzögerung, eine Verlängerung des Standhaltens oder ein Aufbäumen in der Not. Das Gefühl einer erbitterten Abwehrschlacht kann allen Seiten helfen, nicht zu resignieren und die Hoffnung auf Heilung ersetzen. Wenn zehn Jahre ohne Heilung ins Land gegangen sind, können auf diese Weise zehn Jahre der Standhaftigkeit gewonnen sein.

Zauberbücher

Was hat die psychoanalytische Ausbildung Favret-Saadas zu ihrer Erkenntnis der Hexerei beigetragen? Favret-Saada hat in allen ihren Veröffentlichungen streng darauf geachtet, das psychoanalytische Vokabular und die ethnographische Beschreibung zu trennen (vgl. 1979a: 349). Diese Trennung wird von ihr nicht weiter expliziert, lässt sich aber von beiden Seiten aus begründen. Die Beschränkung der Psychoanalyse besteht darin, dass sie für Verfolgungswahn und psychotische Gewalt nur am Rande zuständig ist. Die wenigen Texte Sigmund Freuds zum Thema sind zwar berühmt und vieldiskutiert, aber sie beruhen auf Literaturstudien und nicht auf eigenen Behandlungen von Patienten. Freud hat die Welt von Verhexungen und Enthexungen nur gestreift, und zwar in seiner Analyse einer „Teufelsneurose“ im 17. Jahrhundert (FREUD 2000c [1922/23]). Wie im Fall Schreber ist seine Diagnose strittig geblieben (FREUD 2000a [1910/11]); die Ausweitung der psychoanalytischen Technik vom „neurotischen“ in den „psychotischen“ Bereich ist seit Freud oft postuliert worden, hat allerdings bis heute ihre Außergewöhnlichkeit nicht verloren und war zumindest in der Zeit, in der Favret-Saada ausgebildet wurde, noch im Stadium einer Pionierforschung (BALTER 2014, HOFFMANN 2000). Wenn man das Vokabular der Psychoanalyse für den Bereich

der Hexerei in Anschlag bringt, dann geschieht das in der Regel in doppelter Distanz: aus der Distanz der Unzuständigkeit von Neurose-Experten für den „psychotischen“ Bereich, und aus der Distanz des psychopathologischen Vokabulars für rituell geformte Praktiken. Nur unter der Voraussetzung dieser doppelten Distanzierung lässt sich sagen, dass das, was bei uns mit „psychotischen“ Symptomen und Diagnosen verknüpft wird, an anderen Orten immer wieder auch in Ritualen ausgetragen wird: Verfolgungsvorstellungen und schwere psychosomatische Leiden, die sich an Verfolgungsvorstellungen knüpfen und bis zur Erfahrung eines „Seelenmords“ reichen.

Dennoch lässt sich kaum leugnen, dass Favret-Saadas Darstellung ohne Psychoanalyse nicht möglich gewesen wäre: Was sie beschreibt, ist eine andere Form der „Redekur“, der sprachlichen Behandlung bzw. der sprechenden Medizin. Die Betonung der Sprachlichkeit der von ihr dargestellten Verfahren geht so weit, dass sie zögert, von einem „Ritual“ zu sprechen. Wie in der Psychoanalyse auch, geht es um die Spontaneität der Improvisation, die Spontaneität der Besprechungen, und nicht um einen feststehenden oder geplanten Ablauf der Behandlung. Madame Flora, ihre wichtigste Protagonistin, erscheint daher zugleich als das Gegenteil und das Double einer Psychoanalytikerin: das Gegenteil, weil sie das Heft des Handelns und Sprechens allezeit in der Hand behält, und als Double, weil sie dem Patienten selbst über mehrere Sitzungen eine Anamnese, Diagnose und Therapie entlockt.

In den drei Büchern Favret-Saadas erfährt diese Konstellation sehr unterschiedliche Darstellungen. In „Les mots, la mort, les sorts“ erscheint Madame Flora als improvisierende Heilerin mit kunstvollen sprachlichen Verfahren, die einen aussichtslosen Fall bearbeitet (die Familie Babin); in „Corps pour corps“ in ihrer Bedeutung für die Initiation und die Behandlung der Ethnographin, als wichtigste Protagonistin und Informantin der Feldforschung; und in „Désorceleur“ als kundige Kartenlegerin, deren geschickter Technik die Autorin auf die Schliche gekommen ist. Wenn die wesentliche Einsicht des ersten Buchs die des besonderen Modus der Rede von Hexereibezeichnungen war, wie lässt sich die Folge der Modi in den drei Büchern charakterisieren?

Hier müssen wir eine Lektüre-Erfahrung berichten, die zuerst nur die Oberfläche berührt, aber dann

in ungeahnte Tiefen führt. Wenn man die drei genannten Bücher von Favret-Saada zum ersten Mal aufschlägt, kann man zumindest an zwei Stellen in Versuchung geraten, von einem Zauberbuch zu sprechen, das im jeweiligen Text als Buch-im-Buch verborgen ist und je nach Disposition zu Tage tritt. Das französische Wort für Zauberbuch geht auf die mittelalterliche „grammaire“ zurück; das „grimoire“ fand seinen Namen durch die Grundschulung des klerikalen Schriftkundigen mit dem Zugang zu den heiligen Büchern, des „litteratus“, von dem Laien immer wieder magische Kenntnisse und Hilfestellungen erwarteten. Auch bei Favret-Saada stehen die Passagen der „Grammatik“ dem Zauber eines „grimoire“ am nächsten. Ihr erstes Buch – „Die Wörter, der Zauber, der Tod“ aus dem Jahr 1977 – endet mit einer Vielzahl von Diagrammen, in denen die Positionen des Patienten, des Übeltäters und der Heilerin angeschrieben werden. Diese Diagramme sind ein typisch strukturalistisches Unternehmen mit grammatischen und topologischen Übungen, doch sie bieten zugleich eine elementare Ikonographie des Unglücks und seiner magischen Behandlung. Hier wird die Position der Hexe gezeigt, es wird gezeigt, warum sie gefährlich ist und wie man ihr begegnet. Die Diagramme sollen laut Autorin vor allem ein Theorieversprechen beinhalten, aber dabei entstand vor allem eine Art abstrakter Folkloristik: die Reduktion auf den „Plot“ der Hexereibezeichnung, ohne die schwebende Modalität der unaufgelösten Diskursanalysen, die den Hauptteil des Buches ausmachen. Ein „Plot“: denn die topologischen Diagramme bilden eine Serie von Transformationsschritten, die im Lesen operativ nachvollzogen werden müssen, wenn man sie verstehen will. Statthalter von sich wandelnden Personen und Territorien, eine Miniaturisierung des magischen Duells in Atomen und Molekülen, positiven und negativen Ladungen.

Diese Diagramme handeln nicht mehr vom Hexereiverdacht, sondern von Hexerei, ohne den schwebenden Modus des Hauptteils. Man kann den Ernst der Lage in der Betrachtung dieser Bilder nicht abstreiten, man kann ihn nur studieren oder ausprobieren. Es ist ein wenig so, als handle der Hauptteil von „Die Wörter, der Zauber, der Tod“ von der lebensspendenden Heilungskraft der Verschiebungen, der Anhang hingegen vom tödlichen Glaubensinhalt der fixen Idee, der Hauptteil in virtuoser Beredsamkeit verfasst, das Ende hingegen in

plakativen Bildern einer tödlichen Bedrohung und ihrer erfolgreichen Abwehr. Eine rabiate Bildergeschichte, eine „Bande Dessinée“. Vom Hauptteil aus gesehen, ist sie nicht nur überflüssig, sondern kontraproduktiv: So einfach soll es mit dem Hexereiverdacht ja gerade nicht sein.

Irgendetwas stimmt hier nicht, oder es stimmt nur deshalb, weil diese apotropäischen Bilder ebenso notwendig sind wie die lange Auflistung der hoffnungslosen Lebensgeschichte der Babins. Die Diagramme versprechen ein weiteres Buch, ein theoretisches Buch zur Enthexung, das auch die Fragestellung der Beziehung zwischen Zauberei und Wahnsinn eingelöst hätte (FAVRET-SAADA 1979a: 52, 57). Sie versprechen die Theorie der Heilung und eine Theorie, die das wissenschaftliche Versagen der anderen heilen würde. Dieser Teil ist jedoch nie erschienen. Stattdessen erscheint vier Jahre später mit «Corps pour corps» zunächst ein durch José Contreras zusammengestelltes ausführliches Tagebuch der Feldforschung. Ob der eigentlich als zweites Buch angekündigte Text geschrieben oder nicht geschrieben wurde, ist unklar. Auf jeden Fall ist er nicht erschienen, auch wenn das angekündigte Buch 1977 zum Teil als Manuskript vorgelegen haben muss.

Auch das Tagebuch endet wiederum mit einem Bruch, und mit einem Anhang. Die Feldforschung endet mit einer Krise, der sich die Ethnologin durch eine wochenlange Abwesenheit entzieht. Genauer gesagt, entzieht sie sich Madame Flora, deren Praxis sie nicht mehr gewachsen ist. In diesem Moment rät ihr eine dritte Person, ebenfalls ein Heiler, dazu, Madame Flora zukünftig ganz zu meiden. Die Befolgung dieses Ratschlusses hätte, wie sich unschwer erraten lässt, eine retrospektive Re-Identifizierung der gesamten Konstellation der Feldforschung, ja des gesamten Initiationsprozesses zur Folge gehabt. Alle Positionen wären neu verteilt worden. Die Autorin des Tagebuchs befolgt diesen Ratschlag nicht, aber kommt zu einem schrittweisen Ende ihrer Feldforschung, der „Datenerhebung“, ohne mit Madame Flora zu brechen. Anders gesagt: Sie befolgt ihre eigene Einsicht, dass der schwebende Modus am besten vor Duellen und Beschädigungen schützt, und rettet so ihr Wissen vor den Verwüstungen der Identifizierung. So dass sich auch der eigentlich tödlich martialische Titel des zweiten Buchs – «Corps pour corps», „mein Leben oder seins“, die Kurzformel für ein Duell, das nur mit

dem Tod enden kann – ganz anders und lebensbejahend lesen kann: mein Leben für ein Korpus von Texten, und der Korpus zum Schutz für mein leibliches Leben.

Durch diese Auflösung endet das Tagebuch wie ein spannender Roman, und außerdem wie eine klassische Autobiographie. Denn jede Autobiographie seit Augustinus und Rousseau handelt zugleich davon, wie die Autobiographie selbst ihren Anfang fand, wie die Autorschaft und der Auftrag zur Autobiographie zustande kam. In diesem Fall war es die wochenlange Abwesenheit, in der die Autorin die wissenschaftliche Literatur der Hexereiforschung studierte und dann einen Essay schrieb, der im Anhang von «Corps pour corps» **abgedruckt ist. Diesmal ist es umgekehrt: das Tagebuch spitzte sich auf eine tödliche Bedrohung zu, der Anhang formuliert das Lebenselixier. Er bietet nicht die versprochene Theorie der Enthexung, sondern im Gegenteil, einen alten Artikel mit Vorüberlegungen zum Verhältnis von Psychoanalyse und Hexereiforschung. Aber dieser Artikel bedeutete den Durchbruch zum einzig gültigen Standpunkt der Forschung in diesen heiklen Gebieten, zumindest in der Sicht der Autorin. Dieser Standpunkt besteht darin, die eigene Erkenntnis als Teil des Forschungsgegenstands zu akzeptieren.**

Jules Michelet stellt sich als der historische Vorläufer der Position Favret-Saadas heraus, und in der Lektüre seiner Skandalschrift „Die Hexe“ aus dem Jahr 1862 findet sie Anfang der 1970er zu ihrer Autorschaft und ihrer Position. Michelets Position ist so sehr verdrängt, dass sie heute einer neuerlichen Rehabilitation bedürfte, und zwar im gegenwärtigen Minenfeld von Aufklärung und Relativismus. Denn Michelet erinnerte, und zwar zu Recht, die Aufklärer, Sozialisten, Liberalen und Wissenschaftler seiner Zeit daran, dass Hexerei und Aufklärung keine Gegensätze waren, und dass es in wissenschaftlicher und geschichtsphilosophischer Hinsicht zu billig, ja geradezu falsch ist, beider Beziehung auf die Zusammenfassung zu reduzieren, die Aufklärung habe die Hexerei-Anklagen abgeschafft. Michelet erinnert an die peinlich verdrängte Vergangenheit der Aufklärung selbst: Alles, was wir Aufklärung nennen wollen, war einmal Hexerei. Denn alle unseren wissenschaftlichen Ambitionen, politischen Ansichten, unsere Skepsis, unser Unglaube, Atheismus, unsere Neugier, unser Freiheitswille, all das wurde als Hexerei bezeichnet, als Vollzug einer

Apostasie und als Wille zum Bund mit dem Bösen. Alles, was Aufklärung wurde, war einmal Hexerei. Michelet zieht nur die Konsequenzen aus dieser notwendigen Anamnese der europäischen Geschichte, und es sind phantastische Konsequenzen, die jeder selber nachlesen sollte. In der Geschichte der Hexereiforschung bleibt deutlich zu erkennen, dass Michelets Standpunkt im Laufe der 1970er Jahren von einer erstaunlichen Zahl von Intellektuellen geteilt wurde: von der Frauenbewegung mit ihren Selbstidentifizierungen als Hexen (FEDERICI 2004; HAUSCHILD 1987; HAUSCHILD, STASCHEN & TROSCHE 1979; HUTCHINSON 2010; HUTTON 1999) und der Verbreitung der Wicca-Esoterik unter Akademikern (BOWKER 2010, LUHRMANN 1989) über CARLO GINZBURGS (1980 [1966]) historische Parteinahme für die Idiosynkrasie der von der Inquisition als Hexen Angeklagten bis zu HANS PETER DUERRS (1976) epistemologischer Parteinahme für die Wirklichkeit des Hexenflugs (inklusive zahlreicher Neuauflagen und Raubdrucke von Michelets Buch).

In Michelets Standpunkt fand auch Favret-Saada den einzigen wissenschaftlichen Standpunkt, der keine Denunziation oder Anklage, und keine Funktionalisierung oder Beschönigung der von ihr beobachteten Phänomene bedeutete. Daher endet «Corps pour corps» mit einer doppelten Pointe: die Feldforschung wird abgebrochen, aber die Beziehung zur Heilerin in der Schwebelage gehalten; Michelets Standpunkt wird übernommen, der darin bestand, daß er als einziger seine wissenschaftliche Erkenntnis der Hexerei als Teil des Forschungsgegenstands erkannte und anerkannte. Nicht als Übersetzung einer fremden Erkenntnisform, wie EVANS-PRITCHARD (1978[1976]); und nicht als das Andere der Wissenschaft oder der Aufklärung, wie überall. Hexerei ist die Apostasie der akademischen Vernunft und der Ursprung der Aufklärung selbst, des Willens zum Wissen. Hexereiforschung muss sich daher im Namen der Aufklärung über die akademische Vernunft hinwegsetzen; schließlich waren es Universitätsangehörige, die in der gesamten Epoche der Hexenverfolgung auf Seiten der Inquisition tätig waren und ihre Tätigkeit wissenschaftlich legitimierten, und als die Hexenverfolgung zu Ende war, waren es wiederum Universitätsangehörige, die das Andere der Aufklärung patrouillierten und sein Lebensrecht bestritten.

Ein zentrales Resultat dieser Entscheidung lautet: Die Praxis der Enthexung, auch in ihrer Gefahr,

in ein Duell zu führen, das von beiden Seiten als Hexerei erscheinen wird, wird von Favret-Saada als Teil und als eine Möglichkeit der Aufklärung bejaht. Auf die Konsequenzen dieser Bejahung, die den skandalösen Kern von Favret-Saadas Standpunkt ausmacht, werden wir noch genauer eingehen. Wir werden versuchen zu zeigen, dass sie recht behält.

Widersprüche

Gegenüber den dramatischen epistemologischen Kehrtwendungen und literarischen Konstruktionen der ersten beiden Bücher ist das dritte eher als eine Reprise zu betrachten. Knapp 40 Jahre nach dem Ende ihrer Feldforschung erscheint es 2009 in Form einer Aufsatzsammlung. Der Titel «*Désorceler*» verspricht den Schlüssel zur Enthexung, also das, was die angekündigte Fortsetzung leisten sollte. Der Titel der englischen Übersetzung ist noch drastischer: “The Anti-Witch”; was ein wenig so klingt, als hätte man ein koloniales “Anti-Witchcraft Movement” in einer Person kondensiert. Aber unter diesen beiden Titeln versammeln sich recht heterogene Studien, in denen Interpretationen vorgenommen werden, die sich zum Teil gegenseitig widersprechen. Ein Hauptteil des Buchs handelt von den Spielkarten, mit denen die Entzauberin Madame Flora arbeitet, und Favret-Saada beschreibt detailliert die Technik, mit der die Karten gewendet und ihre Kunden auf geschickte Weise und durch unmerkliche situative Verschiebungen zur Akzeptanz einer spezifischen Deutung gebracht werden.

Man kann das Buch – zumindest das französische Original mit seinen wunderschönen Farbabbildungen – wie bereits das erste öffnen als ein Zauberbuch, das einem Hilfe bei der performativen Durchführung sowohl von Enthexungen als auch Verwünschungen bietet. Auch hier wird eine „Grammatik“ versprochen, nämlich die Analyse der Sprechakte, mit deren Hilfe es Madame Flora gelingt, dem still leidenden Bauern Aggressivität und Handlungsinitiative einzufloßen. Und auch hier ergibt sich ein schräger Effekt von der Grammatik zum «*grimoire*»: Hier sieht man das Unglück, hier sieht man den Übeltäter! Man könnte die Karten aus dem Buch schneiden und das Spiel mithilfe der Erklärung wiederholen. Favret-Saadas an der Sprechakttheorie orientierte Analyse der Kartenverwendung ist zweifelsohne hilfreich, aber sie ist nicht die versprochene große Enthüllung. Der Effekt ist

eher der einer überraschenden Fortsetzung der Diagrammatik ihres ersten Buchs: Hexerei wird anschaulich gemacht, damit das Spiel der Enthexung beginnen kann. Kann man Magie veranschaulichen, ohne dass diese Veranschaulichungen sich auf den Sprung zur magischen Veranschaulichung begeben?

Aber vielleicht geht es um genau dieses „auf dem Sprung sein“. Denn Favret-Saadas Bücher wurden im vollen Bewusstsein ihrer literarischen Machart komponiert. In gewissem Sinne sind ihre Bücher sogar angewandte Literaturwissenschaft oder Literaturtheorie. Ihre zentrale Einsicht in den Schwebezustand der Hexerei-Anklage entstammt nicht nur dem Feld und seinen Protokollen, sondern in gleichem Maße einer literaturtheoretischen Lektüre, und zwar der klassischen Studie TZVETAN TODOROV (1972 [1970]) zur Phantastischen Literatur. Eine detaillierte Rezension Favret-Saadas aus dem Jahre 1972 hält fest, was sie von Todorov gelernt hat und was sie an ihm kritisierte (FAVRET 1972). Die phantastische Literatur hat seit dem 18. Jahrhundert und besonders im 19. Jahrhundert den von Favret-Saada herausgestellten Widerstreit von Verfolgungssillusion und Referenz zur literarischen Kunstform gemacht. Die Faszination dieser Literatur geht von einem Zustand aus, in dem zwei inkompatible Deutungen auftreten und beide mit gleicher Wucht auf die gleiche Welt zutreffen: eine Deutung, in der „übernatürliche“ Wesen auf die Protagonisten einwirken, und eine andere, in der die Sachverhalte eine natürliche Ursache haben und der Anschein des Übernatürlichen durch die Einbildung der Protagonisten entsteht. Die Kunst der phantastischen Literatur besteht darin, die Gleichzeitigkeit dieser beiden Möglichkeiten nicht aufzulösen, nicht zu einer Enttäuschung zu führen, sondern einen unerklärten Rest beizubehalten. Das literarische Faszinosum entsteht dadurch, dass der Schwebezustand erreicht und möglichst stringent verfeinert wird: als Form des Grauens und der Verlockung. Dass diese Kunstform im 18. Jahrhundert entstand und im 19. Jahrhundert aufblühte, ist kein Zufall, weil das lange 19. Jahrhundert insgesamt mit changierenden Formen experimentierte, die sich säkular oder religiös deuten ließen: der Spiritismus und der Mediumismus in der Serie seiner Erprobungen, aber auch die natürliche oder übernatürliche Erkenntnis und Anwendung der Imponderabilien (Äther, Elektromagnetismus, Gravitation). Die Entstehung der phantastischen Literatur scheint sich gut in diese

Reihe einzugliedern, zumal sie von Anfang an den Stoff der erwähnten experimentellen Praktiken aufgriff und ins Sensationelle und Grauenhafte, und ins Verlockende und Lebensphilosophische wendete.

Die Verbindung von Todorov und Favret-Saada führt in eine große ungelöste Frage: Angenommen, diese changierende Form des Diskurses habe es in den europäischen Unterschichten schon Jahrhunderte gegeben, ja sie sei so alt wie die Welt, sprich der in die Schwebе gebrachte Hexereiverdacht. Was bedeutet das Entstehen der phantastischen Literatur dann? Der Mesmerismus entsteht ungefähr zeitgleich und erlaubt den skeptischen Oberschichten nach einer langen Phase des Verzichts auf ekstatische Zustände neue und wissenschaftlich beglaubigte Formen der Entrückung. Wenn die magische Entzauberung der Behexungsvorstellung eine voraussetzungsreiche mündliche Technik war, wie von Favret-Saada vorgeführt, was bedeutet es dann, dass diese Technik als literarische Technik in die bürgerliche Literatur und in die Schundliteratur Einzug hält? Die phantastische Literatur ist, so gesehen, ein Teil der mediumistischen Probe des langen 19. Jahrhunderts, und zwar vielleicht sogar jener Teil, der seine Institutionalisierung am besten verwirklichen konnte (vgl. SCHÜTTPELZ 2012, SCHÜTTPELZ & VOSS 2013). Und ist die Ethnologie in ihrer Darstellung magischer Praktiken nicht ebenfalls immer wieder eine solche phantastische Literatur? Ist die ethnologische Theoriebildung im Bereich der Magie, etwa die von LÉVY-BRUHL (1927 [1922]), nicht ebenfalls ein Pendant des phantastischen Genres?

Wenn das stimmt, und es spricht einiges dafür, dann hat es die phantastische Literatur ermöglicht, in den gebildeten Schichten ein Wissen zu repräsentieren, das in der dörflichen Magie und Hexereibewältigung die ganze Zeit vorhanden war, das Wissen der Schwebе, als moderne Form der ambivalenten Verzauberung, aber auch der Heilungskraft – auch wenn diese in der phantastischen Literatur oft in eine betonte Unheilbarkeit des Zwischenzustands mit katastrophalen Folgen umschlägt. Durch die phantastische Literatur wurde die magische Therapie zu einer literarischen Form, von der Bannung zur ästhetischen Beschwörung, mit ungebrochener Popularität bis heute.

Zugleich gilt: Favret-Saada hat ihr Dokumenten-Korpus mithilfe von Todorovs Theorie der phantastischen Literatur erst durchstrukturieren können, und gewann vermutlich nur auf diese Weise die

persönliche Sicherheit, die unauflösbaren Spannungen und Inkompatibilitäten zu benennen, die andere Forscher zwar bemerkt hatten, aber aufgrund der Widersinnigkeit ständiger Verwirrung nicht als Verwirrung darstellen wollten. Keine andere Darstellung von Hexerei-Bezichtigungen zeichnete sich durch eine analoge Lust an Inkompatibilitäten aus. Favret-Saadas Bücher sind allerdings eben deshalb, um das zu betonen, keine phantastische Literatur geworden, auch nicht im Sinne Todorovs. Während Favret-Saada darauf insistiert, dass die Zauberbanner „jede Kollision der beiden Register des Wahnsinns und der Zauberei“ (1979a: 52) zu vermeiden versuchen, steuert die phantastische Literatur diese Kollision seit der romantischen Literatur immer wieder offen an. Weil Todorov die Diskursregeln als Regeln vorgeführt hatte, so wie Favret-Saada später die Regeln des Kartenlegens von Madame Flora vorführen wird, kann sie diese Regeln variieren, auf phantastische Literatur zum Vergleich zurückgreifen, aber auch den Kontrast zu den der existentiellen Not enthobenen Stadtbewohnern betonen. Außerdem half ihr die bewusste Entscheidung für diese literarische Form, sich durch eine Reihe wechselnder Disclaimer zu schützen. Wir können mit den gängigen Mitteln der Literaturwissenschaft die Autorin Favret-Saada von ihren Personifizierungen als „Erzählerin“ unterscheiden: Gegenüber der Boulevardpresse, in deren Visier sie geraten war, beharrte sie darauf, dass sie keine Hexe sei; gegenüber den Ethnologen, dass sie gepackt worden sei; gegenüber den aufmerksamen Leserinnen und Lesern suggeriert sie durchaus, dass sie für eine gehalten wurde, zumindest für eine Entzauberin, die zur Heilung und zum Gegenzauber fähig gewesen sei; selbstverständlich unter der Prämisse, dass sie nichts von alledem glaubt, und zugleich, dass man an diesen Diskurs glauben muss, um ihn erforschen zu können, aber auch um das Gewicht der Welt zu spüren. Sie führt damit vor, dass sie alle vorhanden Positionen besetzt – für einen Menschen erscheint dieses Kaleidoskop von Positionen schwer einzunehmen, für eine Autorin mit einem Kaleidoskop von Erzählerinnen hingegen ohne weiteres machbar.

Die Prüfung

Kein Wunder, dass bei näherer Betrachtung jedes von Favret-Saadas Büchern eine zentrale Inkompatibilität enthält, die unaufgelöst bleibt. Für das zwei-

te Buch haben wir diese bereits bemerkt: Was wäre gewesen, wenn Madame Flora nicht die Heilerin, sondern die Schädigerin der Ethnologin gewesen wäre? Was ist, wenn sie es unter anderer Beleuchtung gewesen ist? Diese Inkompatibilität scheint in einem direkten Zusammenhang mit der großen Widersprüchlichkeit zu stehen, die das erste Buch wie eine klassische Antinomie durchzieht: Zum einen stellt Favret-Saada ganz dogmatisch fest, es sei unmöglich, selbst die Position der Hexe einzunehmen, sich als Hexe zu identifizieren. Zum anderen geht sie wiederholt auf die Möglichkeit ein und umkreist sie als mögliches Resultat einer zukünftigen Annahme, die Opfer von magischen Angriffen seien selbst zu einem früheren Zeitpunkt magische Aggressoren gewesen. Dieser Widerspruch wird nirgendwo erläutert; vermutlich war seine Auslegung für die theoretische Fortsetzung vorgesehen (vgl. SALMON 2014).

Offensichtlich geht es um das Zentrum des Verständnisses von Hexerei-Bezichtigungen. Die Behauptung der Irreflexivität lässt sich so verstehen, dass in jedem Sprechakt der Bezichtigung axiomatisch vorausgesetzt wird, nur der andere, jener andere könne eine Hexe sein. Die Bezichtigung bleibt irreflexiv; sonst würde das Sprachspiel zusammenbrechen. Andererseits insistiert gerade die Darstellung der Sprechakte darauf, dass dieses Spiel in eine Situation führt, die von der anderen Seite als Behebung erscheinen kann. Wo schlägt die Irreflexivität in Symmetrie und in eine mögliche Anerkennung der Fremdidentifizierung um? Nirgendwo, sagt die Darstellung. Zugleich laborieren die Rekonstruktionen der Vorgeschichten an diesem Punkt: Gab es in der Vorgeschichte der Behandlungen eine Phase, in der die Patienten selber als magische Aggressoren auftraten? Und wie steht es mit den Diagrammen im Anhang? Ist das Diagramm der Hexe wirklich von der Art, dass es eine Selbstidentifizierung ausschließt? Man kann es bezweifeln, denn der Moment, in dem sich die Darstellung auf eine Folge von Spielregeln reduziert, ist auch der Moment, in dem die Positionen ganz und gar relational erscheinen. Die Theorie der Entzauberung lässt die Irreflexivität der Bezichtigungen in eine mögliche Reversibilität der Positionen umschlagen. Aber dieser Umschlagpunkt ist kein Teil der Theorie. „Die Wörter, der Zauber, der Tod“ liest sich wie ein Text, unter dessen Oberfläche eine Art Magma brodelt,

zumindest dann, wenn man diesen Verdachtsmomenten der Inkonsistenz folgt.

Diese gefährliche Zone wird vom dritten Buch nicht mehr beschriftet. «*Désorceleur*» weist sich im Hauptteil durch die Behauptung aus, es sei möglich, die Spielkarten rauszurücken und die Regeln vorzuweisen, nach denen das Spiel der Entzauberung funktioniert – ein Unternehmen, das sich letztlich aber als nicht machbar herausstellt. Mit der klassischen Aufklärungsgeste der Entlarvung von Taschenspielertricks verallgemeinert Favret-Saada ein Spiel, welches sie im historischen Teil des Buches als einmaliges historisches und nicht wiederholbares Phänomen darstellt. Auch die Vergleiche zwischen Psychoanalyse und magischer Therapieform wirken seltsam unschlüssig. Damit zerfällt ihre Analyse in ein Bündel von in sich schlüssigen Einzelansichten, das sich am Ende nicht mehr zu einem großen Ganzen zusammenfügen lässt, und durch weitere ethnographische Interpretationen ergänzt werden könnte (vgl. DOBLER 2015). Die unaufgelösten Antinomien der ersten beiden Bücher – war der Patient selbst einst eine Hexe? Wohin führen die gegenseitigen Bezichtigungen der Heiler? – bleiben unaufgelöst.

Dieser Verlauf, so könnte man einwenden, ist in der Ethnologie nichts Ungewöhnliches. Vielleicht ist er sogar die Regel. Der Ethnologe IOAN M. LEWIS (1973) beschreibt den aus dem Feld zurückgekehrten Ethnologen als Sprachrohr seiner Gemeinschaft mit Fremden, der wie jeder Anhänger von Besessenheitskulten eine Bannung durchführen muss und sich durch das ethnographische Schreiben vom Fremden dissoziiert. Diese Gestaltung nimmt prinzipiell kein Ende, und je nach Persönlichkeitsentwicklung und Schwere des Falls wird sie immer mühsamer oder immer routinierter zu einer Serie von Reinterpretationen oder zur minutiösen Ausbreitung von Material. Selbst wenn man glaubt, alles abgearbeitet und damit die Besessenheit endlich beendet zu haben, zwingt die reale oder imaginäre Rückkehr ins Feld zu periodischen Erneuerungen der Bannung. Denn Exorzismus und Beschwörung lassen sich nicht trennen. Wie Lewis selbst nachgewiesen hat, erschien in den Ritualen der Inquisition oft ein von den Inquisitoren als Teufel identifizierter Geist und ließ die Angeklagten in Trance fallen, und jeder priesterliche Exorzismus kennt analoge Steigerungen – die Austreibung enthält eine namentliche Beschwörung, während in klassischen Beses-

senheitskulten eine zyklische Beschwörung den Geist in der Zwischenzeit gebannt halten soll. Diese Gleichung bleibt auch für die Bewältigung einer Feldforschung und anderer Reisen erhalten, so dass Ethnologen im Laufe ihres Lebens und der Vervollständigung ihrer Darstellung feststellen müssen, dass es, obwohl alles gesagt scheint, immer noch einen Rest gibt, durch den die Sache eine Fortsetzung verlangt, in anderen Genres und zunehmender Fragmentierung (FAVRET-SAADA 2012, 2016).

Aber vielleicht ist das nicht die einzige Erklärung für den „brodelnden“ Zustand des ersten Buchs. Die Erforschung dessen, was Hexerei genannt wird, fand bei Favret-Saada auch außerhalb des französischen Hainlands, und zwar im Kontext ihrer psychoanalytischen Ausbildung statt – ein Kontext, der sie zur praktischen Anwendung ihrer Hexerei-Analyse zwang. So unsere Vermutung. Oder war es umgekehrt, und die Erkenntnis im französischen Hainland entstand in der Wiedererkennung des eigenen psychoanalytischen Milieus, der eigenen Gruppe? Beide Möglichkeiten haben ihre eigene Plausibilität, wie sich zeigt, wenn man die Publikationen von 1977 in einem Rutsch liest.

In den Annalen der *École freudienne de Paris* von Jacques Lacan wird Favret-Saadas öffentlich vollzogener Austritt gleich nach Jacques Derridas philosophischer Duellforderung als Schlüsselmoment erzählt, der zum überraschenden Ende der Lacanschule führte (ROUDINESCO 1990). Im Vergleich der beiden Texte wird offensichtlich, dass Derridas Angriff kaum das Potential hatte, die Lacanschule zu sprengen; er diente vor allem dem Anspruch, die Übersetzung zwischen Heidegger und Freud (und Joyce) in Eigenregie zu übernehmen (DERRIDA 1982 [1980]). Die Rezeptionsgeschichte verlief ganz im Sinne dieser imaginären Gigantomachie: zehntausende Seiten zur höheren Ehre Lacans und Derridas, Fortsetzungen von Fortsetzungen von subtilen Ausgangslektüren – Sekundärliteratur zu Favret-Saadas Brief an Lacan? Fehlanzeige. Vielleicht gibt es Texte, die niemals kommentiert werden (40 Jahre lang nicht), weil sie so prägnant formuliert sind, dass sich niemand zur Kommentierung bemüht fühlt. Aber historisch gesehen stimmt auch das nicht, denn eine ganze Klausurtagung des innersten Zirkels der Lacanschule reagierte auf Favret-Saadas Brief, und diese Diskussion brachte die Lacanschule ins Wanken, und nach einer kurzen Besinnungspause der tragenden Säulen, zum Einsturz.

Lacan fing seine Anhänger durch eine einfache Monopolerklärung, er behauptete das Monopol auf den ablesbaren, den wörtlichen, nichtinterpretativen Sinn der Freudschen Schriften. Es ging um nichts als das Freudsche Wort, eine *École freudienne*. Die Interpretation der Texte Freuds geschah in gut vorbereiteten mündlichen Improvisationen und betonte die Herrschaft des Signifikanten über das Signifikat, und sie verband Martin Heideggers Seinsgeschichte mit den kybernetischen und strukturalistischen Ideen Roman Jakobsons, den Lacan durch Claude Lévi-Strauss kennengelernt hatte. Lacans psychoanalytische Theoriebildung war in vieler Hinsicht „retrofuturistisch“: der Rückgang auf die Texte Freuds durch technisch wirkende linguistische und kommunikationstheoretische Modelle und ihre Abstraktionen. In den 1970ern hatte Lacan außerdem angefangen, die Topologien Freuds durch eigene topologische Diagramme zu ergänzen.

Einige Parallelen zu Favret-Saada springen ins Auge: die Konzentration auf den Signifikanten des Diskurses, das Anheimstellen der Referenz; und die Bildung eigener Diagramme. Außerdem steuert Favret-Saada in „Die Wörter, der Zauber, der Tod“ immer wieder die Frage einer „Urszene“ der Hexerei an, in der die Irreflexivität der Hexerei einer Reversibilität der szenischen Zuschreibungen weicht. Auch das Gespräch mit den Leuten im Feld streift diesen Umschlagpunkt wiederholt als mögliche Position, u.a. als mögliche Position der Ethnographin selbst:

Obwohl sie mich auf der Seite der Zivilisation und des Guten angesiedelt hatte, konnte Louise Regnier nicht umhin, meine mögliche „Kraft“ zu fürchten. So fragte sie mich am Ende des Gesprächs, nachdem sie mich lange schweigend angesehen hatte: „*Sie machen Bücher; aber lernen sie [die Zauberer] ihre Streiche nicht aus Büchern?*“ Ich zog mich aus der Affäre, so gut ich konnte, und sagte, dass die Zauberer ihre Bücher „*von der Familie haben*“: es sind Bücher ohne Verfasser, die man von einem verstorbenen Verwandten erbt. (FAVRET-SAADA 1979a: 134)

Wir haben gesehen, dass auch Favret-Saadas Diagramme diesen Umschlagpunkt ohne Mühen anzeichnet: die unmögliche Position der Bezichtigten ist ebenso leicht darzustellen wie alle anderen. Hinzu kommt, dass man mit dieser Position nicht nur durch andere identifiziert werden, sondern sich mithilfe der Diagramme auch selbst mit dieser Position identifizieren kann. Was geschieht eigentlich in

dem Moment, in dem man die Position der Hexe für sich selbst durchspielt? Favret-Saadas theoretische Bruchstücke sagen für diese Position:

Nach den Worten der Verhexten ist die Kraft des Zauberers eine unbekannte, aber ihrer eigenen unermeßlich überlegene Größe: sobald der Zauberer auftaucht, drückt er gegen die Grenze ihres „Geheges“ mit einer Intensität, für die diese Grenze in keiner Weise vorgesehen war; so öffnet sich eine Bresche, durch die die Kraft des Verhexten zu entweichen beginnt. [...]

In der lokalen Rede ist der Zauberer grundsätzlich ein „Neidischer“; in meiner eigenen Terminologie würde ich sagen, daß er neidisch ist, weil sein eigenes Revier ihm niemals ausreicht, die Totalität seiner Kraft zu nutzen. Weil jeder soziale Raum katastriert oder angeeignet ist, ist der Zauberer gezwungen, die mit dem Namen anderer Individuen versehenen Örtlichkeiten zu besetzen und Teile davon mit seinem eigenen Namen zu kennzeichnen, d. h. sie in sein eigenes Revier zu ziehen.

Was an dem Zauberer „magisch“ ist, ist also dieser grundlegende Überschuß an Kraft in Bezug auf den Namen (oder das Territorium): der Zauberer ist ein Wesen, dem es ständig an Lebensbereichen gebricht, wo er seine Kraft einsetzen könnte. ... Es wäre also genauer zu sagen, dass diese überschüssige und notwendig unbegrenzte Kraft durch den Körper/den Namen/das Revier des Zauberers geht. (Dasselbe gilt im übrigen für den Zauberbanner, der es niemals versäumt, sich über jene Kraft zu beklagen, die in ihm arbeitet und ihn entfremdet, und jedem einigermaßen glaubwürdigen Initianden den Vorschlag macht, ihn ein für alle Male von ihr zu befreien und sie auf sich zu nehmen.)

Daraus kann man schließen, daß der Zauberer den *Mangel an Lebensbereichen* repräsentiert, aufgrund des überschüssigen Charakters seiner Kraft. (FAVRET-SAADA 1979a: 285-286)

Favret-Saadas Theorie des Zauberers erinnert an die Gründungsurkunde der strukturalistischen Magietheorie und ihre Übersetzung zwischen Semiotik, Magie und Psychoanalyse, sprich: an die Modellierung durch Claude Lévi-Strauss (1967[1949]). Der Zauberer und der Zauberbanner besitzen einen Überschuss an Signifikanten, und treffen auf das Mangel-Signifikat des Patienten; durch eine Abreaktion können sich beide kurzschließen und einen möglichen Heilungsprozess auslösen, der im Symbolischen und Imaginären begann, so Lévi-Strauss. Diese Situation wird unheilbar und schädlich, sobald der Zauberer durch seinen Überschuss an Lebenskraft einen Mangel bei anderen erzeugt, und sobald das Territorium so aufgeteilt ist, dass jeder Gewinn anderswo einen Verlust erzeugt, so Favret-

Saada. Und es gibt Menschen, die dazu gezwungen sind, bei anderen eine „Bresche“ des Verlusts zu erzeugen, weil der Überschuss an Kraft durch sie hindurchgeht – sind es alle Zauberer? Zumindest stehen sie in Gefahr, andere zu gefährden. Nur als Zauberbanner können sie wiederum zur Heilung übergehen, zum einen, indem sie einen Überschuss an Signifikanten an die Situation herantragen, mehr als die Situation hergeben kann (und genau das führt Favret-Saada mit Todorov vor: der Zauberbanner artikuliert immer eine Inkompatibilität zuviel, also mindestens einen überschüssigen Signifikanten in jeder Situation), und zum anderen, indem sie sich mit ihrer überschüssigen Kraft dem Feind entgegenstellen und diese zurückschlagen oder zurückdrängen.

Das ist eine schlüssige strukturalistische Theorie, in Fortsetzung der Meister. Inwiefern gilt diese Theorie auch für die Meister selbst? Der Überschuss der Signifikanten von Lévi-Strauss stand jedem zur Verfügung; er selber musste keine Schule mehr gründen, denn seine Rezeption hatte die Frage einer persönlichen Schulbildung längst hinter sich gelassen – so sehr, dass Favret-Saada seinen Ausgangstext zur Magietheorie nicht mehr erwähnt, aber auch nicht erwähnen muss. Lacan hingegen bestand auf einer von ihm persönlich überwachten Initiations-Hierarchie mit Prüfungen und Zertifizierungen; darin folgte er der Monopolisierung der Psychoanalyse durch Freud, die zum fortlaufenden Ausschluss einiger seiner treuesten Schüler und Freunde, seiner Meisterschüler und aller Rebellen, und zur Konzeption von „Totem und Tabu“ geführt hatte (vgl. ROAZEN 1976 [1971]).

Auch die Psychoanalyse beruht auf einer zentralen Irreflexivität: eine Initiation durch Selbstanalyse war nur einmal möglich, nämlich im Begründungsakt durch Freud, alle weiteren Initiationsvorgänge geschehen durch die Aufsicht einer Lehranalyse. Auch dieser Moment war immer wieder Anlass zum Bruch, mit dem Meister oder mit der Analyse; Carl Gustav Jung etwa gelang der Sprung über Freuds Schatten und die Beendigung der katastrophalen Jahre nach dem Bruch mit Freud durch seine eigene Selbstanalyse und die Adoption alter Imaginations-techniken (JUNG 2009).

Wann wird das Dogma der Lehranalyse zu einer tödlichen Gefahr? Woher rührten die Selbstmorde der «passe»? Favret-Saadas Anklage ist im Grunde ein Hexereivorwurf, aber in dem Sinne ihrer Defi-

inition des Zauberers (und Zauberbanners): Lacan habe mit der «passe» eine Situation konstruiert, indem er „immer noch ein Territorium“ mehr besetzen könne. Diese Situation erzeuge bei den ihr Ausgelieferten einen entsprechenden unbeendbaren „Mangel“, denn nur Lacan könne ihn beenden, aber dazu müsse er mit einem erst einmal sprechen. In seiner Abwesenheit hingegen, während der Prüfung, entstehe hingegen die absolut werdende Asymmetrie: der Mangel eskaliert, das Selbstwertgefühl sinkt ins Unermessliche, m. a. W. der Prüfling wird durch den Anspruch des Meisters auf das gesamte Territorium des Prüflings „verhext“, und kann sich dem bis zum erlösenden Wort des Bestehens nicht entziehen. Und wenn er durchfällt, fällt das erlösende Wort nie, der Überschuss der feindlichen Kraft überflutet alles, der Mangel des Mangelsignifikats wird mehr als schmerzlich erfahren, denn die Ablehnung ist nicht revidierbar und erscheint innerhalb der eigenen Gruppe als sozialer Tod.

Die Worte, in denen Favret-Saada diesen Tatbestand darstellt, sind ganz andere als die von uns gewählt; die Analyse bleibt dieselbe:

J. wäre sicher noch am Leben, hätte sie die Initiation nicht auf sich genommen. Dennoch würde ich nie sagen, die Initiation habe sie umgebracht: für sie wäre das ein schlechter Witz. Ich glaube vielmehr, dass sie an den Anteilen ihres Unanalysierbaren gestorben ist, die unter der Bürgschaft ihres Analytikers und der Zustimmung ihrer Kollegen in den Abgrund der Initiation geflossen sind, welche mir als der letzte Ort erscheint, an dem ein Phantasma analysiert werden kann. Mit Sicherheit aber wusste sie darum, und darum gehört ihr Tod ihr selbst.

Doch die ganze *Schule* – einschließlich meiner selbst, die ich bis zu dem Tag, an dem ich dem Sekretär bedeutete, er möge mich aus der Liste streichen, mit meinem Amt ... einverstanden war – ist und bleibt dafür verantwortlich, dass *die Initiation unter dem Deckmantel der extremsten analytischen Erfahrung einen Ort des Unanalysierbaren instituiert*. (FAVRET-SAADA 1979b: 170)

Statt einer analytischen Erfahrung: die Erniedrigung in einem Ritual, das sich als Farce herausstellt, indem das Einzige, was einem am Ende erzählt wird, lautet: Du gehörst jetzt dazu! Diejenigen, die scheitern, sind kurz vor der Farce gescheitert, so Favret-Saada. Die Situation der Verhexung wiederholte sich in der Lacan-Schule durch die Diktatur der Prüfung, in der alle den Wunsch hatten, den Meister einmal auf Augenhöhe zu adressieren, aber

unter der Bedingung, dass er sich das letzte Wort vorbehielt. Von ihm analysiert zu werden, und das erste gültige Wort der eigenen Selbstanalyse sprechen zu dürfen. Dieser Wunsch war offensichtlich ein unmöglicher Wunsch, der einen auf der angeblich höchsten Ebene der psychoanalytischen Selbst- und Fremdanalyse in die tiefste Regression zurückschleudert. In Lacans Initiationshierarchie gibt es keine „höchste Ebene“ der Erkenntnis, es gibt nur die Farce und ihre tödliche Bedrohung durch den unmöglichen Dein-Wunsch-ist-mir-Befehl. Denn die «passe» ist als Höllenmaschine im Sinne der unbezwinglichen Macht des Zauberers konstruiert, und der Wunsch nach dem Titel des „AE“ (des Analytikers der Schule, der École) führt in den Abgrund des Unanalysierbaren:

Was die *Initianden* betrifft, so habe ich mich oft gefragt, was sie wohl in dieser Hölle suchen. Jeder versicherte, der Titel des AE sei ihm vollkommen egal. Als ich aber beispielsweise J. erklärte, daß es ja nur um *ihn* gehe, wünschte sie sich gleichwohl die Initiation durchzumachen, um, wie sie sagte, die Jury zu zwingen, sie zu hören. – Soviel ich überhaupt darüber sagen kann, scheint mir, daß die Initianden – zumindest die authentischsten unter ihnen – unvermeidlich auf den Zauber der extremsten analytischen Erfahrung hereinfallen: die Gelegenheit, sich endlich bei der Lacan-Schule Gehör zu verschaffen. Wie alle nach Wahrheit trachtenden Analysanden wissen sie dennoch recht gut, daß es etwas gibt, von dem sie unter keinen Umständen sprechen werden. Eine wahrhaftige Analyse führt sie immerhin auf den Weg, dieses Etwas auszusprechen, während die Initiation es vollkommen unberührt läßt; denn dort gibt es keinen Analytiker (obwohl sich die Sache zwischen Analytikern abspielt) und folglich auch keine Analyse. (FAVRET-SAADA 1979b: 174)

Das Duell

Favret-Saadass offener Brief fand ein geteiltes Echo: In der breiteren Öffentlichkeit wurde er durch seine Publikation in «*Les Temps Modernes*» **schnell** bekannt und trug zur Diskreditierung der Lacanschule bei. So wurde er etwa schon bald nach seinem Erscheinen ins Deutsche veröffentlicht, und zwar in einem *Kursbuch* zum Thema „Sekten“ (Nummer 55, 1979), was man angesichts der „Schule“ Lacans und des beschriebenen psychologischen Drucks für angemessen halten kann oder nicht. In der Lacanschule folgte kein offizieller Kommentar (soweit wir wissen), aber der Brief wurde schon bald zur verschwiegenen Grundlage der kritischen

Diskussion des zentralen Initiationsrituals der Lacan-Schule – eine Diskussion, deren Protokolle innerhalb eines Jahres zur Selbstauflösung der lacanschen Psychoanalyse oder besser: zur Abschaffung der «passe» und zur Entmonopolisierung von Lacans Macht führte. Die Intervention der Insiderin war gelungen; ihr Name hingegen wurde aus allen Akten getilgt (bis auf eine kurze Textstelle zu Beginn der Klausurtagung), und es kann gut sein, dass er in den Diskussionen der Klausurtagung nicht nur nicht vorkam, sondern auch in den Kaffeepausen tabu war, wie der sprichwörtliche Strick im Haus des Gehängten.¹

Die Diskussion der «passe» war zugleich der Höhepunkt der Verteidigung von Lacans Macht und ihre Abschaffung. Man kann sogar noch weitergehen und postulieren, dass durch Favret-Saadass Anklagebrief und die anschließende Notwendigkeit einer reflexiven Diskussion der Schulenburg die Lacan-Schule nicht nur zerstört, sondern auch gerettet wurde: mit neuer Toleranz und ohne das tödliche Monopol eines Meisters. Der Hexereivorwurf gegenüber dem Meister entfernte ihn aus dem Zentrum der persönlichen Machtausübung und entfalte- te allem Anschein nach eine heilsame Kraft, die bis heute anhält. Mit seiner Hilfe gelang den Mitgliedern der Lacanschule schon zu Lebzeiten des Meisters, was der Psychoanalyse mit Freud nicht gelungen war: die Befreiung von der Figur der Apostasie und ihrer tödlichen Inquisitionserfahrung, und die Schrumpfung des Meisters auf das Format eines Mitglieds seiner eigenen Schule.

Was wurde in diesem Moment aus Jeanne Favret-Saada, der „persona non grata“? Wir wissen es nicht. Die Situation des Duells findet in akademischen Kreisen und Intellektuellen-Szenen in Form von Auseinandersetzungen statt, die sich niemals zum Ziel setzen, die Form des Duells selbst zu thematisieren und zum Gegenstand der Reflexion werden zu lassen. Das unternehmen die Leute im französischen Hainland und ist der Inhalt ihrer Therapieform, Intellektuelle tun so etwas normalerweise nicht. Favret-Saadass Text ist in dieser Hinsicht die absolute Ausnahme, ein Jahrhunderttext; zumal wenn man ihn mit Derridas Auseinandersetzung mit Lacan vergleicht. Der Klartext des Duells wird in Intellektuellenkreisen nur hinter den Kulissen

gesprochen, auf den Bühnen herrscht die Spiegel- fechtere der Anspielungen, Finten und versteckten Manöver, die nicht einmal die Eingeweihten in ihrer ganzen Tragweite erkennen können. Der magische Apparat der Intellektuellen hat die Form der „Post- karte“ von Jacques Derrida und macht den Verlauf eines Duells zu einer selbstkommentierenden und immer unkenntlicher werdenden Spurenlese. Es passt daher in jeder Hinsicht, dass der eine Text eine Fülle von Fortsetzungen nach sich gezogen hat, und der andere wie ein Solitär in einer leeren Landschaft steht, obwohl Favret-Saadass Text über die sozialen Spielregeln aus dem Blickwinkel einer Insiderin, einer Initiierten sprach, und die Geschichte der Psychoanalyse in Frankreich entscheidend veränderte.

Bis zu Roudinescus „Geschichte der Psychoana- lyse in Frankreich“, die den historischen Ablauf so unmissverständlich darstellt wie von uns referiert, gibt es keine Belegstellen für die Auseinanderset- zung der Lacanschule mit Favret-Saada; und auch Favret-Saada hat keinen Folgetext geschrieben. Wir verzichten an dieser Stelle auf alle Spekulationen, einfach deshalb, weil diese momentan wiederum nur Spiegelfechtereien sein könnten, und halten uns an das Korpus der Texte, und an die schlagende Ver- bindung zwischen der im Feld vorgefundenen Thera- pieform und der rituellen Enthexung von Paris.

„Die Wörter, der Zauber, der Tod“ enthält zum einen die geduldige Ethnographie einiger weniger alltäglicheren Situationen von Hexereibeziehungen, mit sorgfältigen Abwägungen und Dokumentationen, und zum anderen eine Serie von Angriffen auf die angestammten Disziplinen der Hexereiüber- lieferung. Auf der einen Seite die Rehabilitation der Leute vom Lande, auf der anderen die Rebellion gegen das Unverständnis der Städter, der Akademiker und der zuständigen Zünfte, die allesamt im Fall der Hexereiforschung versagt haben, wenn es um die Artikulation dessen geht, was die Leute vom Lan- de wirklich tun und sagen: Ethnologie, Volkskunde, Psychiatrie, Journalismus, Kirche. Der Ausschluss aus dem professionellen Diskurs der Ethnologie und der Volkskunde wird bewusst in Kauf genom- men, aber er bleibt Teil der Diskursanalyse des Fel- des. Wie wir oben umrissen haben, handelt es sich um eine Konsequenz aus der Position Michelets: im Namen der Aufklärung gilt es, die akademische

1. Die Protokolle finden sich in den «Lettres de L'École Freudienne de Paris. No 23. Expérience de la passe» vom April 1978. Abrufbar unter <http://ecole-lacanienne.net/bibliolacan/lettres-de-lefp/> [23.10.2017].

Vernunft zu demaskieren, in ihrer Unfähigkeit und in ihrer Naivität, und in anderen Fällen wie denen Lacans, auch in ihrer – sei es durch Unfähigkeit, sei es durch Naivität hervorgerufenen – Bösartigkeit.

Für uns Nachgeborene ist Favret-Saadas metaphysische Rebellion ein Schlüssel zum Verständnis einer Zeit, in der einer Diskursanalyse zugetraut wurde, ganze Institutionen auszuhebeln oder zu reformieren. Ihre Behandlungsmethode entnahm sie dem Feld: wer die Referenz nicht wahrhaben will, dem muss sie beigebracht werden; wer sie glaubt, sollte sie bezweifeln. Alle akademischen Disziplinen schienen Favret-Saada unfähig, das zu erfassen, was „Hexerei“ wirklich für die Leute bedeutet, die sie erfahren, sie hielten sie für ein inhaltliches Motiv und für eine Form der Leichtgläubigkeit. Die viel auffälligere Leichtgläubigkeit lag allerdings – und liegt auch heute – auf Seiten der Akademiker, die mit ihrer Konstruktion des Hexenglaubens immer schon fertig waren, bevor nur eine einzige Frage an die Betroffenen gestellt war. Die anderen als „Leichtgläubige“ einzustufen, erweist sich als das einfachste Mittel, um die eigene abstrakte Version der Wirklichkeit zu behaupten, ohne sie noch einmal am Widerstand der Dokumente oder der Leute überprüfen zu müssen, m. a. W. als Rutschbahn in die akademische Leichtgläubigkeit. Nichts verführt so zur Leichtgläubigkeit wie ihre Unterstellung. Gegenüber diesen weitverbreiteten akademischen Bequemlichkeiten ist Referenz gefordert.

Aber Favret-Saada nimmt auch den Gegenweg, nämlich die Austreibung der Referenz, dort wo sie geglaubt wird und zur „Verhexung“ des Subjekts führt. Das Lebenswerk von Favret-Saada gliedert sich mittlerweile in zwei Arbeitsschwerpunkte, deren Behandlung diametral entgegengesetzt erscheint. Zum einen und zum ersten die Hexerei-Studien, die durchgängig die Referentialität der Schadensmagie betonen: das unausweichliche „Gepacktheit“ der Ethnologin, die Verzweiflung und Krankheiten der Geschädigten, die Existenz des Schädigers und die Ausweglosigkeit des Duells, das seine eigene Referenz schafft, weil es nur der Tod beenden kann. Zum anderen die Schriften und Interventionen zur Blasphemie, die insgesamt mit mehreren Monographien und vielen Einzelkommentaren zum Arbeitsschwerpunkt der zweiten Lebenshälfte wird (u. a. 1992, 2007, 2017). Diese Studien erscheinen an der Oberfläche sehr viel simpler gestrickt, geht es doch um die Austreibung der Re-

ferenz aus der Blasphemie, und um ihren Schutz vor Strafverfolgung. Favret-Saadas Position ist hier eindeutig: „Blasphemie“ gibt es nicht, sie ist Teil einer Anklage und einer Verfolgungsstruktur, die nur dann ein Ende findet, wenn man einsieht, dass die Referenz der Bezeichnungen nicht existiert, und dass die einzige Referenz der Blasphemie die Bezeichnung mit ihren Folgen ist.

Diese doppelte Position erscheint einerseits stringent, und andererseits mehr als konstruiert. Versuchen wir sie nachzuvollziehen, geraten wir in mehrere Unwägbarkeiten. Für die Aufklärung hatte sich die Hexenverfolgung als die eigentliche Hexerei herausgestellt; und die Strafverfolgung der Blasphemie ist in aufklärerischer Sicht eine Fortsetzung der Inquisition, eine säkulare Verfolgung und Bestrafung der Apostasie. Wenn die akademischen Disziplinen die Hexereibezeichnungen der Landbevölkerungen als Apostasie der Vernunft behandeln, setzen sie allerdings ihrerseits die Kategorisierungen der Inquisition fort, und behandeln die Hexereibezeichnungen als Form der Hexenverfolgung, statt als Versuch, die Verfolgung zu heilen. Aber diese Heilung, geht sie nicht auch zur Denunziation über? Und kann der juristische Schutz vor blasphemischen Akten nicht immer wieder auch ein Schutz vor Akten der möglichen Verfolgung sein? Hält die doppelte Position Favret-Saadas einem Konsistenztest stand?

Nur dann, wenn wir zur Position Michelets zurückkehren: alles das, was wir „Aufklärung“ nennen, war einmal „Hexerei“ und „Blasphemie“. Wenn wir die Aufklärung ernst nehmen und nicht mit ihrer späteren Erfolgsphase verwechseln, dann werden wir den Akt der Blasphemie verteidigen müssen (oder in unseren Gesellschaften das Versagen der Aufklärung erleben, sobald wir uns aufs Neue mit lauter Blasphemie-Anklagen abfinden und am Ende vom Vorwurf des Sakrilegs umzingeln lassen); und wir werden die Möglichkeiten der Hexereibezeichnung eben deshalb ernst nehmen müssen, weil wir sonst nicht mehr benennen können, wann unsere Institutionen die Schwellen zwischen tödlicher Referenz und lebenserhaltender Imagination, und zwischen lebenserhaltender Referenz und tödlicher Imagination überschreiten. Dann müssen wir das Unausprechliche anerkennen: dass Schadensmagie auch in unseren Institutionen möglich ist und durch die falschen Spielregeln provoziert werden kann.

Hier sind die Worte, mit denen Jeanne Favret-Saada Jacques Lacan direkt ansprach und damit zum Duell übergang, und die Imagination der Prüfung, das Phantasma der «*passé*» – einmal persönlich den Meister durch eine Lehranalyse adressieren zu dürfen – sowohl bediente als auch für immer zerstörte. Sie schrieb:

Als aber die Mitglieder der Jury 1973 auf dem Kongress in Montpellier nach ihren Aktivitäten gefragt wurden, zeigten sie sich perplex oder suchten nach Ausflüchten. Sie selbst, Lacan, ergingen sich in einer langen Zwischenrede, die sich auf die Aussage beschränkte, daß man über die Initiation, nun ja ... eigentlich gar nichts sagen könne, weil Sie selbst noch abwarten müßten (was und wie lange?), daß aber die Initiation auf jeden Fall ein Blitz sei (ob der J.L. erschlagen hat?), oder aber wie ein Donner, denn schon Heraklit sagte, etc. Das Erstaunlichste ist, daß diese Stammelei vielen genial erscheinen konnte. (FAVRET-SAADA 1979b: 173)

Diese Sätze sind eine bewusste Travestie und Verhöhnung, des Meisters, der an die Fusion von Freud und Heidegger glaubte, und zugleich eine mythologische Fingerübung. Heraklits Satz „Zeus regiert die Welt durch den Blitz“ stand über dem Eingang zu Heideggers Hütte, die Lacan besucht hatte. Zeus in Gestalt eines Blitzes hatte eine seiner Geliebten: Semele getötet, im Geschlechtsakt, in wahrer Gestalt. Ja, die Autorität von Lacan-Heraklit-Zeus-Heidegger war der Tod und der Blitz im Geschlechtsakt (die elektrische Entladung in jedem Orgasmus) mit dem Wunsch, den Meister „in wahrer Gestalt“ erleben zu dürfen, also als Blitz, und als Witz, und als „jouissance“. Die geniale Stammelei Lacans war die Verkörperung seiner Autorität, der Geistesblitz dieser Travestie ließ sie zusammenbrechen. Wer hat J.L. getötet? Die «*passé*»? **Das Monopol des Meisters?** „Sie selbst, Lacan ...“? Favret-Saadas Ansprache kommt im überraschendsten Moment, nach Seiten voller sachlicher Erläuterungen, und kennt keine Ausflüchte, keine Stammelei, kein Abwarten. Welche Bedeutung hatte die „*passé*“ überhaupt, außer der, dass genau das möglich wurde? „Du Dreck-sack!“ hätte nicht drastischer sein können.

Jedem sein Geheimnis

Der Selbstmord ist ein Ausgangspunkt und eine Begründungsfigur der Ethnologie und der Soziologie gewesen und findet sich auch bei Favret-Saada durch den Bruch mit der Lacan-Schule als Pendant ihrer Ethnologie. Im Fall der Ethnologie lautet der

Selbstmord allerdings „Voodoo Death“ und ist vom Mord nicht zu unterscheiden (CANNON 1942). Es bleibt immer möglich, dass Leute unter Hexereiverdacht oder in ausweglosen Prüfungen und Selbstprüfungen zum Selbstmord übergehen können. Wenn der soziale Druck so groß ist, dass sich die Leute vor der Alternative sehen, entweder selbst zu einer Hexereianklage überzugehen, sich auf ein Duell einzulassen, oder es auf einen dritten, einen Mediator zu verlagern, oder aber diesem Druck nicht mehr standzuhalten. Das ist die Grundsituation, die alle soziologischen und ethnologischen Thematisierungen des Selbstmords umkreisen, und die das Werk von Jeanne Favret-Saada ausmachen. Vielleicht gibt es Dinge, die man in der Provinz besser lernen kann, und vielleicht lernt man sie nur aus Verzweiflung.

Die Geschichte, die wir erzählt haben, ist wahr, aber sie ist nicht die ganze Wahrheit, nicht einmal die halbe. Daher ist sie vermutlich auch falsch, an dem gemessen, was eines Tages aus den Archiven aufsteigen wird. Das Korpus ist lückenhaft, und durch die Lücken der Publikationen pfeift der Wind der Kanonisierung. Wir wissen nicht, was noch an Material vorliegt. Das erste Buch versprach eine theoretisch gehaltene Fortsetzung, aber die ist nie erschienen. Seine Darstellung erfasst nur fünf Prozent des erhobenen Materials, so die Schätzung der Autorin. Das zweite Buch, das Tagebuch, ist extrem zensiert und zugeschnitten auf das, was die oben erzählte Geschichte und ihr Drama ausmacht. Das Tagebuch war laut Angaben der Autorin fünfmal so lang. Und die psychoanalytischen Notizen aus der Lehranalyse der Autorin, wenn sie noch existieren, sind uns ohnehin unbekannt. Jeanne Favret-Saada erzählte 1978 in einer Diskussion folgende Anekdote zum praktischen Vergleich zwischen Hexenbann und Psychoanalyse:

Als ich Psychoanalytikerin geworden war, hat meine Zauberbannerin, eine Heilerin, die ich ins Vertrauen gezogen hatte, mit mir eine Sitzung mit Tarotkarten abgehalten, um das Ereignis zu befragen. Madame Flora wollte wissen, wie das denn funktioniert, eine psychoanalytische Heilung. Sie hatte einen Film im Fernsehen gesehen, in dem Freud seine Patienten mit einem durchdringenden Blick fixierte, um ihre geheimen Gedanken zu erraten. „Das werden Sie ja wohl nicht mit mir machen?“, fragte sie mich ängstlich. „Nein, ich mache das nur, wenn man das von mir verlangt, sonst funktioniert das nicht.“ „Aber womit funktioniert es?“, fragte die Heilerin. „Mit Worten“, sagte ich und

erklärte das Arrangement der Sitzung, das sie natürlich als Ritual verstehen musste. Aber das spielte keine große Rolle, als ich erklärte, dass die Sitzung einfach daraus besteht, dass die Patienten reden und ich bei Gelegenheit etwas dazu sage. „Wie auch immer, Ihr macht doch sicher auch etwas dabei?“, insistierte die Heilerin. Ich war noch dabei mir zu überlegen, wie ich eine ehrliche Antwort geben könnte, die das Prinzip der psychoanalytischen Heilungsmethode möglichst einfach und unmissverständlich formulieren würde, als sie das Gespräch mit folgenden Worten abschloss, und zwar mit einer Miene, die verriet, dass sie den Grund für mein Schweigen durchschaut hatte: „Am Ende gilt: Jedem sein Geheimnis!“ (FAVRET-SAADA 1978: 37)

Diese Anekdote ist in vieler Hinsicht aufschlussreich. Im Kontext ihrer Erzählung dient sie dazu, den „Ritual“-Begriff zu problematisieren, und zwar sowohl für die Psychoanalyse und für die von ihr beschriebenen Verfahren von Madame Flora, als auch für den Vergleich zwischen beiden. Wenn mit Worten improvisiert und geheilt wird und im Laufe der Improvisation unklar bleibt, was als nächstes und übernächstes geschieht, führt der Begriff des „Rituals“ dann nicht in die Irre? Aber diese Anekdote ist besonders aufschlussreich, weil sie ein Missverständnis enthält, das Favret-Saada nicht weiter kommentiert, sondern den versammelten Akademikern weiterreicht: Die Psychoanalytikerin denkt nach, wie sie das professionelle Geheimnis am besten begrifflich machen könnte, die Heilerin schaut sich das an und versteht, dass sie es nicht preisgeben will. Intellektuelle verstehen ihre professionellen Geheimnisse vermutlich immer so: dass es sich im Prinzip nicht um Geheimnisse handelt, aber sehr schwierig ist, sie angemessen darzustellen – so dass sie am Ende eben doch Geheimnisse bleiben werden. Andere Leute werden sie durchschauen: Jedem sein Geheimnis!

Im Gegensatz gehen Intellektuelle und Akademiker davon aus, dass die anderen Geheimnisse haben, die sie nicht preisgeben wollen und die man herausfinden kann. Es kann aber sein, dass diese Leute dieselben Schwierigkeiten haben wie Intellektuelle und Akademiker, nämlich die richtigen Worte zu finden, um sie uns begrifflich zu machen. Wie kann ich das am Besten begrifflich machen, so dass es mein Partner im Dialog auch versteht? Und welches Betriebsgeheimnis ist zu schwierig, als dass man es ohne Missverständnisse ins Feld führen könnte? Und es kann sein, dass diese Schwierigkeiten das

Wichtigste sind, was sich zwischen Forschern und Beforschten ereignet.

Wir können daher abschließend nur unser Verfahren offenlegen und das Resultat einklammern. Es kann nicht darum gehen, unsere Geschichte zu glauben oder nicht zu glauben, sie für eine Entzauberung zu halten. Es geht uns um die symmetrische Lesart eines nicht-symmetrisierten, nicht auf seine Komplemente bezogenen Korpus. Wir stellen keinen symmetrischen Text her, sondern nur eine symmetrische Lesart dessen, was wir für das Jahr 1977 aus den Publikationen wortwörtlich ablesen können. Wo die Referenz vermieden wurde, haben wir eine Referenz hergestellt: Es gab einen Kampf auf Leben und Tod, und der Tod war bereits geschehen und machte die Zukunft des Rituals zur Frage des Überlebens. Die Prüfung war bestanden, und die Prüfung wurde abgeschafft, durch die Anerkennung, dass Imagination töten kann. Voodoo Death? Wenn, dann in Paris. Wo die Referenz geglaubt wurde, konnte sie zur Imagination erklärt werden: die Volkskunde, die Folkloristik, die Ethnologie, die Psychiatrie hatten es mit erfundenen Hexen zu tun, deren Fähigkeit zur Artikulation der eigenen Taten von diesen Mächten niemals erkannt und anerkannt worden war. Die Leichtgläubigkeit lag auf Seiten derer, die von der Leichtgläubigkeit der anderen bis zum Dogmatismus überzeugt waren. Dabei war die notwendige wissenschaftliche Artikulationsarbeit schon vorstrukturiert, denn das Geschehen fand sprachlich statt, es wurde geredet und beredet. Aber diese Artikulation behielt bei aller Fähigkeit zur Skepsis etwas Nicht-Analysierbares, auch im psychoanalytischen Sinne, dort war kein Es, das zu einem Ich werden konnte, nur zu einem abwesenden Du und zu einem gefährlichen Er: „Der Drecksack!“ und „Du Drecksack!“ Tödliche Referenz und todeswünschende Referenz konnten heilsamer sein als bloße Imagination, aber nur wenn die richtige Isolation eingehalten wurde.

Zwischen den beiden Kontexten der Psychoanalyse und der Hexereiforschung wurde eine andere Schwebelage und Gegenläufigkeit hergestellt als in den Vorbildern der Psychoanalyse und der Hexereiforschung vorgesehen. Es entstand keine Ethnopschoanalyse, und keine mögliche Gleichsetzung der Entzauberung mit einer Psychoanalyse. Diese Gleichsetzung lehnt Jeanne Favret-Saada als Psychoanalytikerin und Ethnologin ab, und auch wir haben sie nicht vorgenommen. Weder ist die Vorge-

hensweise der Zauberbannerin ein „Ritual“, noch ist das „Gepacktsein“ der Ethnologin eine „Methode“, durch die sie sich von der Einbildungskraft ihrer Gesprächspartnerinnen distanziert (wie ROSENFELD 2011 behauptet). Gerade weil keine solchen Gleichungen und Ungleichungen vorgenommen oder vorgeschlagen wurden, lassen sich die Ergebnisse universalisieren:

Tödliche Referenz kann durch heilsame Imagination bekämpft werden, und tödliche Imagination durch heilsame aggressive Referenz. Diese Referenz kann so weit gehen, dass man in bestimmten Situationen gezwungen ist, für einen Moment die Deckung fallen zu lassen, die Gefahr auf sich zu nehmen, dass der Schwebezustand der gegenläufigen Zuschreibungen ganz verschwindet und die Panikzustände oder Instinktreaktionen eines unlegbaren Duells eintreten (FAVRET-SAADA 1979a: 177). Irreparable Schäden können die Folge sein. Das Irreparable selbst kann nicht geheilt, sondern nur zur Verzögerung und zum Standhalten gebracht werden, durch ständige Beschwörungen, die so tun, „als ob“ eine Heilung möglich ist, die demonstrieren, was geschieht, „wenn eine Heilung möglich wäre“. Und in unserem Text: wenn eine symmetrische Anthropologie zwischen Psychoanalyse und Hexereiforschung, zwischen Forschern und Beforschten, zwischen ländlichen exorzistischen Praktiken und akademischen Initiationsriten möglich wird.

Zitierte Literatur

- BALTER, MICHAEL. 2014. Talking Back to Madness. *Science* 343: 1190–1193.
- BOWKER, GEOFFREY C. 2010. All knowledge is local. *Learning Communities. Journal of Learning in Social Contexts* 6, 2: 138–149.
- CANNON, WALTER B. 1942. “Voodoo” Death. *American Anthropologist* 44, 2: 169–181.
- DUERR, HANS PETER. 1976. Über die Grenzen einer seriösen Völkerkunde oder: Können Hexen fliegen? In *Unter dem Pflaster liegt der Strand*, Bd. 3: 54–81.
- DERRIDA, JACQUES. 1982. *Die Postkarte. Von Sokrates bis an Freud und jenseits*, 2 Bde. Berlin: Brinkmann & Bose. [Orig. 1980. *La carte postale. De Socrate à Freud et au-delà*. Paris: Flammarion].
- DOBLER, GREGOR. 2015. Fatal Words. Restudying Jeanne Favret-Saada. *Anthropology of this Century* 13. URL: <http://aotc.press.com/articles/fatal-words-restudying-jeanne-favretsaa-da/> [23.10.2017].
- EVANS-PRITCHARD, EDWARD E. 1978. *Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. [Orig. 1976. *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azande*. Oxford: Oxford University Press]
- FAVRET, JEANNE. 1972. Todorov T., Introduction à la littérature fantastique. [Compte-rendu]. *Revue française de sociologie* 13, 3: 444–447.
- FAVRET-SAADA, JEANNE 1978. Le langage de la sorcellerie. Un entretien avec Jeanne Favret-Saada. *Esprit* 16, 4: 33–38. [S. 278f im Artikel von den Autoren übersetzte Passage.]
- 1979a. *Die Wörter, der Zauber, der Tod. Der Hexenglaube im Hainland von Westfrankreich*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. [Orig. 1977. *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard.]
- 1979b. Entschuldigung, ich wollte doch nur ... Wie man Mitglied einer „Schule“ wird – oder nicht. *Kursbuch* 55: 163–175. [Orig. 1977: Excusez-moi, je ne faisais que passer. *Les Temps modernes* 371: 2089–2103].
- 1992. Rushdie et compagnie. Préalables à une anthropologie du blasphème. *Ethnologie française* 22, 3: 251–260.
- 2007. *Comment produire une crise mondiale avec douze petits dessins*. Paris: Les Prairies ordinaires.
- 2009. *Désorceler*. Paris: L’Olivier.
- 2012. Death at your heels. When ethnographic writing propagates the force of witchcraft. In *HAU. Journal of Ethnographic Theory* 2, 1: 45–53.
- 2016. A Reply. In *Somatosphere*. URL: <http://somatosphere.net/forumpost/a-reply> [23.10.2017].
- 2017. *Les sensibilités religieuses blessées: Christianismes, blasphèmes et cinéma. 1965–1988*. Paris: Fayard.
- FAVRET-SAADA, JEANNE & CONTRERAS, JOSÉE. 1981. *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard.
- FEDERICI, SILVIA. 2004. *Caliban and the Witch: Women, the Body, and Primitive Accumulation*. Brooklyn, NY: Autonomedia.
- FREUD, SIGMUND. 2000a. Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). In FREUD S. *Zwang, Paranoia und Perversion* (Studienausgabe, Band VII). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch: 139–203. [Orig. 1910/11].
- 2000b. *Totem und Tabu* (Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker). In FREUD S. *Fragen der Gesellschaft, Ursprünge der Religion* (Studienausgabe, Band IX). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch: 291–444. [Orig. 1912/13].
- 2000c. Eine Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert. In FREUD S. *Zwang, Paranoia und Perversion* (Studienausgabe, Band VII). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch: 287–319. [orig. 1922/23].
- GINZBURG, CARLO. 1980. *Die Benandanti. Feldkulte und Hexenwesen im 16. und 17. Jahrhundert*. Frankfurt am Main: Syndikat. [Orig. 1966. *I benandanti. Ricerche sulla stregoneria e sui culti agrari tra Cinquecento e Seicento*. Turin: Einaudi].
- HAUSCHILD, THOMAS. 1987. *Die alten und die neuen Hexen. Die Geschichte der Frauen auf der Grenze*. München: Heyne.
- HAUSCHILD, THOMAS, STASCHEN, HEIDI & TROSCHKE, REGINA. 1979. *Hexen – Katalog zur Sonderausstellung im Hamburgischen Museum für Völkerkunde*. Hamburg: „materialien“ der Kunst-hochschule Hamburg, 51.
- HOFFMANN, KLAUS 2000. Psychoanalytische Psychotherapie als transkulturelle Auseinandersetzung. *Curare* 23, 2: 157–162.
- HUTCHINSON, DAWN L. 2010. *Antiquity and Social Reform. Religious Experience in the Unification Church, Feminist Wicca and Nation of Yahweh*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- HUTTON, RONALD. 1999. *The Triumph of the Moon: A History of Modern Pagan Witchcraft*. Oxford: Oxford University Press.
- JUNG, CARL GUSTAV. 2009. *Das rote Buch*. Düsseldorf: Patmos.
- LÉVI-STRAUSS, CLAUDE. 1967. Der Zauberer und seine Magie. In LÉVI-STRAUSS C. *Strukturelle Anthropologie I*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. [Orig. 1949. Le sorcier et sa magie. *Les Temps modernes* 41: 3–24].
- LÉVY-BRUHL, LUCIEN. 1927. *Die geistige Welt der Primitiven*. München: F. Bruckmann. [Orig. 1922. *La mentalité primitive*. Paris: Félix Alcan].

- LEWIS, IOAN M. 1973. *The Anthropologist's Muse. An Inaugural Lecture*. Welwyn Garden City: Broadwater.
- LUHRMANN, TANYA. 1989. *Persuasions of the Witch's Craft. Ritual Magic in Contemporary England*. Oxford: Blackwell.
- MAYER, PHILIP. 1970. Witches. In MARWICK, MAX (ed). *Witchcraft and Sorcery. Selected Readings*. Harmondsworth: Penguin Books: 45–64. [Orig. 1954].
- MICHELET, JULES. 1974. *Die Hexe*. München: Rogner & Bernhard [Orig. 1862. *La Sorcière*].
- ROAZEN, PAUL. 1976. *Sigmund Freud und sein Kreis. Eine biographische Geschichte der Psychoanalyse*. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe. [Orig. 1975. *Freud and his Followers*. New York: Alfred A. Knopf].
- ROSENFELD, JOHANNA. 2011. *Hexerei als Sprachspiel. Auf der Grundlage Jeanne Favret-Saadass ethnologischer Beschreibung. Die Hexerei des Hainlandes von Westfrankreich als logische Konsequenz einer gemeinschaftlichen Symbolpraxis, oder: Ein Wort, das tötet*. Berlin: Weißensee Verlag.
- ROUDINESCO, ELISABETH. 1990. *Jacques Lacan & Co: A History of Psychoanalysis in France, 1925-1985*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- SALMON, GILDAS. 2014. De la critique de l'objectivité à la cartographie des positions impossibles. Relire Jeanne Favret-Saada après Désorceler. *SociologieS*. Dossiers, Affecter, être affecté. Autour des travaux de Jeanne Favret-Saada. URL: <http://journals.openedition.org/sociologies/4786> [23.10.2017].
- SCHÜTTPELZ, ERHARD. 2012. Mediumismus und moderne Medien. Die Prüfung des europäischen Medienbegriffs. *Deutsche Vierteljahrsschrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte* 86, 1: 121–144.
- SCHÜTTPELZ, ERHARD & VOSS, EHLER. 2013. In jeder Beziehung ebenso wirksam. Die mediumistische Kontroverse im langen 19. Jahrhundert. In BUSCH, KATHRIN & DRAXLER, HELMUT (Hg). *Theorien der Passivität*. München: Fink: 97–109.
- TODOROV, TZVETAN. 1972. *Einführung in die phantastische Literatur*. München: Hanser. [Orig. 1970. *Introduction à la littérature fantastique*. Paris: Éditions du Seuil].
- Manuskripteingang 4.11.2017,
Endversion angenommen 31.12.2017.



Erhard Schüttpelz ist Medienwissenschaftler und Kulturwissenschaftler. Er ist Sprecher des SFB „Medien der Kooperation“ und war Sprecher des Graduiertenkollegs „Locating Media“ (beide an der Universität Siegen). Ein Buch zur Theorie der ältesten und neuesten Medien steht kurz vor dem Abschluss und könnte in Zukunft durch verschiedene interkontinentale Vergleiche ergänzt werden.

Universität Siegen
SFB Medien der Kooperation
Herrengarten 3
57072 Siegen
e-mail: schuettpelz@medienwissenschaft.uni-siegen.de



Ehler Voss ist Ethnologe und Medienwissenschaftler. Er arbeitet als wissenschaftlicher Koordinator im Sonderforschungsbereich „Medien der Kooperation“ an der Universität Siegen und interessiert sich für die Interferenzen zwischen Medien, Medizin und Religion. Seine letzte Feldforschung führte ihn zu paranormalen Sceptiker*innen nach Kalifornien.

Universität Siegen
SFB Medien der Kooperation
Herrengarten 3
57072 Siegen
e-mail: ehler.voss@uni-siegen.de

The Evils of *Ruqyah* and Mental Health: Therapeutic Mobility in Algeria and in France

FATIMA ZOHRA CHERAK

Abstract In a context of social and political change in Algeria in the 1990s with the rise of Islamism, the *ruqyah*, which can be translated as “exorcism,” has become an important recourse for many Muslim sufferers in Algeria and France. Distancing itself from traditionally known care offers and treatments, *ruqyah* presents itself as modern and “orthodox” while having a tendency towards globalization. Claiming its religious dimension, the *ruqyah* distinguishes oneself by its ability to expand its field of therapy to encompass the care of the body and psyche of the sufferer. The latter, in search of a cure and/or a solution to his evils (physical, psychic, social) in a context of national or transnational mobility, turns to the *râqis*, the *ruqyah practitioners*, while following a biomedical therapeutic itinerary and/or non-conventional therapeutics such as consultation of saints, *tâlebs*, religious brotherhoods or soothsayers. Through the examples encountered during anthropological investigations in Algeria and France in a predominantly urban space, I expose an experience of illness and suffering and their support in a dynamic of curing that are both plural and mobile.

Keywords Koranic healing – *ruqyah* – exorcism – spirit possession – witchcraft – jinn – sickness – supernatural beliefs – mental health – Muslim mobility – Maghreb – Algeria – France

Die Übel für eine *Ruqyah* und seelische Gesundheit. Muslimische Heilungswege in Algerien und Frankreich
Zusammenfassung Im Rahmen der sozialen und politischen Entwicklungen im Algerien der 1990er Jahre wurde mit dem Erstarken islamistischer Bewegungen auch die *Ruqyah* für viele Leiden der Muslime in Frankreich und Algerien zu einer wichtigen Ressource im Bestreben nach Genesung. *Ruqyah* kann als eine Form des Exorzismus beschrieben werden und benutzt gesprochene Koranworte als wesentliches Element. *Ruqyah* distanziert sich bewusst von traditionellen Behandlungen und Heilmethoden und verortet sich selbst in den Rahmen der weltweiten Globalisierung als modern und zugleich “orthodox”. Durch den Selbstbezug auf die religiös-spirituelle Ebene wird der Anspruch erhoben, zugleich integrierend für körperliche und seelische Leiden zuständig zu sein. Der auf Heilung bedachte Kranke sucht nach einer Behandlung und/oder nach Lösungen für Lebensprobleme und Übel körperlichen, seelischen und sozialen Ursprungs und wendet sich dabei im Rahmen nationaler und transnationaler moderner Mobilität an einen *Râqi*, den die *Ruqyah* ausübenden Experten, indem er im oder neben dem Rahmen biomedizinischer Therapien auch unkonventionelle Heilungsangebote in Heiligenschreinen, bei Korankundigen Magiern (*Tâleb*), religiösen Bruderschaften oder Wahrsagern etc. aufsucht. Die vorliegende ethnographische Studie schildert an beispielhaften Kasuistiken das benutzte Spektrum der Heilungsangebote in urbanen Räumen in Algerien und Frankreich und verdeutlicht dabei das Krankheitserleben und dessen Bewältigung im Rahmen einer Dynamik, die sich in einem vorliegenden pluralistischen Angebot der Gesundheitsversorgung bewegt und zugleich auf den Möglichkeiten heutiger Mobilität aufbaut.

Schlagwörter Heilen mit dem Koran – *Ruqyah* – Hexerei – Exorzismus – Dschinn – Besessenheit – Glaube – seelische Gesundheit – muslimische Heilungssuche – Mobilität – Maghreb – Algerien – Frankreich

French abstract, see p. 366

Introduction

Attempts to apprehend the experience of illness and of its treatment in its plural and global dimensions, especially in a context of mobility notably between the South and the North, leads us to question the phenomenon of *ruqyah* which has become apparent

since the 1990s in countries with a Muslim population such as Algeria and France (BOUOUNE 2005, CHERAK 2007). *Ruqyah* results from a social and political transformation linked to the emergence and to the activism of Islamic movements in Algeria, in particular the FIS¹ and is presented by its operators as salutary. It defines itself as a therapeutic practice

inspired by Sunni Islam (the Koran, Hadiths, classical and contemporary Islamic literature), and introduces a new conception of illnesses, suffering and appropriate treatments.

Between 1996 and 2007, I observed collective and individual rituals organized by *râqis* (specialists of *ruqyah*), in Algeria (Oran, its outskirts and region) and in France (Marseille, Paris), which allowed me to understand the meaning of the illness and suffering expressed by women and men in search of treatment. The interviews I conducted with the sick, their families and with the *râqis* offered me the opportunity to follow their therapeutic itineraries from the manifestation of the signs of evil to their treatment during the *ruqyah*. In order to enter this sort of therapeutic space, I had to integrate a dynamic network by relying on the mosque, journalists, and word-of-mouth. When they were informed of my presence as a doctoral student in anthropology, the sick as well as the *râqis* introduced me to their own networks.

As treatments are being privatized and merchandized, thus disrupting more and more the Algerian health field (MEBTOUL 2004), “new” conceptions of illness and its treatment by The *râqi*, sufferers and their families, are appearing. This situation has created a will to differentiate these approaches from certain traditional representations and practices carried out by *tâlebs*², seers, saints and marabout brotherhoods. The latter invoke *baraka* and supernatural forces (ANDEZIAN 2001, CHLYEH 1998, CRAPANZANO 2000, HELL 1999, FENNEKE 1991, MOHIANAVET 1993, NAAMOUNI 1993, OUITIS 1984, TOUALBI 1984) and are thus in contradiction with Islamic orthodoxy according to proponents of *ruqyah*. An Islamic therapeutic identity (LONGUENESSE 1995) is thus attempting to distinguish itself by invoking the *ruqyah shar‘iyya*, legitimized according to Islam and prophetic medicine.

From a local scale to a global scale, situated at the crossroads between a traditional cultural heritage, the influence of modernity and of a re-Islamization in Algeria (BOUMEZBAR & AZINE 2002, BURGAT 1988, FREGOSI 1995, LABAT 1995, ROUADJIA 1990) and in France (AMGHAR *et al.* 2007, LAMCHICHI 1999, TERNISIEN 2002), and even of a globalization of Islam (CESARI 2004, ROY 2002), the discourses and the knowledge of *ruqyah* operators, who represent a plural and polythetic entity (SAILLANT 2003: 263), imply a transformation concerning representa-

tions and health, namely mental health, practices. In order to apprehend the latter today, how do sufferers who chose *ruqyah* experience their illness? And how do they position themselves in their therapeutic mobility between “tradition” and “modernity” when it comes to the supply and demand of treatment in Algeria and in France?

In order to examine the therapeutic commitments constructed in mobility, it appeared heuristic to consider the etiology and nosology on which the members of the *ruqyah* rely to explain and classify the evils. The list of complaints that characterises the experience of the illness within the family, determines the status of the sufferer and gives direction to his therapeutic mobility which becomes apparent in a plurality of treatments.

Etiology and nosology of diseases and evils

Through etiology and nosology, health is a social construction translated into language and a social production inscribed in the body (FASSIN 2005). This social construction of the illness as a common sense (JAFFRE & OLIVIER DE SARDAN 1999) implies different levels of language to describe the evil before its treatment. Naming and classifying the evil include the recognition and the identifying phases of the signs (AOUATTAH 1993: 105). The experience of suffering generates an interpretative process determining natural and human causes, but also an occasional or permanent relationship with the categories of the pathogenic supernatural: jinns, magic spells and the evil eye. Here, I address possession and bewitchment as typical figures of the attack diagnosed by the *râqis* and accepted by the sick to explain the physical and psychological signs of the sufferer.

Possession

The arrival of *ruqyah* has led to an evolution in the vocabulary of possession. In Algeria, the most commonly known vernacular expressions such as *madrûb* (stricken), *maskûn* (haunted), *mamlûk* (possessed) are now being replaced more and more frequently by the Arabic expression *mamsûs* (touched), from which a new name for the health-afflicting jinn has appeared: *mass* (touch, affection).

Two etiologies concern *jinn*s, invisible creatures referred to in the Koran (Surah LXXII). Possession caused by an accident evokes a jinn disturbed in his environment of choice which is known to be humid and dirty (sink, bathroom, latrines): a pain or a paralysis characteristic of the *madrûb* indicates a jinn scalded by a liquid thrown without having pronounced the “bismillâh” formula (in the name of God). Possession due to a spell, which is much more common, alludes to a human intervention based on evil intentions, a wish to dominate or a desire of revenge.

Demonstrating its plasticity, the body is penetrated by the symbolism of the society it belongs to (LE BRETON 1991: 177). A total, partial, internal or external jinnic attack expresses itself in the body's sensations and in different levels of consciousness. The mediatization of *ruqyah* (through literature, television, audiovisual means, Internet) highlights stereotypical signs. Combined with the signs of a spell, headaches, sleepwalking, the disregard for one's religious duties, dysfunctional relationships in a couple, and bad dreams are all identified in *ruqyah* literature³.

Communication with jinn, bodily sensations, modified states of consciousness, “deviant acts” are all forms of a jinnic attack that can be detected even outside of the *ruqyah* ritual. The confirmation of the *râqi* is subsequent. Jinn are presumed to communicate in dreams and in reality. In dreams, when they are terrifying or deformed, they are considered as demons. The *râqi* recognizes possession through the harmful or erotic characteristics of the dream images.

Apart from their appearing repeatedly in dreams, jinn are supposed to contact the sufferer through sight and hearing when falling asleep. Not only does the sufferer hear the jinn calling his name, but he can also converse with the jinn. In the language of the sufferer, the jinn is able to “speak” and thus take part in the family's daily life by establishing dominating relationships, provoking jealousy between the sick and his family, showing protective attitudes towards a member of the family, or demanding gifts (ritual animal sacrifices, perfume, etc.) in order to favour the domestic economy (such as the father's fishing). All of these themes were related by Sabrina, an 18 years old from Oran, possessed by the jinniyya “mistress” of the house⁴. Embodying both a good and a wicked mother-figure, forming with

her children the double-image of Sabrina's family, she was described as having hybrid cultural features (SALLMANN 1992): she appeared as a beautiful European woman with blond hair in a bun, draped in a sari with her navel showing.

The Algerian situation during the 1990s was the scene of a dramatic social order (FASSIN 2005) integrated by the sick. Visions attributed to contact with jinn reflect this state in Oran. Sabrina said she had thus seen hands crossed in the latrines, between which there was a head dripping with blood. While attending a *ruqyah*, Malika, who was possessed, related that a sick woman in trance had explained to the *râqi* Toufiq that a jinn “chased away” by terrorists had settled in her body.

Also characteristic of a jinnic attack, the physical sensations identified by the sufferer inside the body (a ball moving around, heat, heaviness, pain, trampling, crushing) or on the surface of the body (parestheses, ecchymosis) indicate an invisible evil. These pathognomonic signs may indicate a jinn circulating in the body and its concentration in certain places. The brain, the control centre of jinn according to a number of *râqis*, is favored along with the stomach and the uterus. Signs experienced by sick woman upon awakening like ecchymosis are reminders of the passage of a jinn lover. Different sensations can appear during or outside of the *ruqyah*, but the *ruqyah* may activate certain ones which can be interpreted by the *râqi*.

Lost or altered consciousness is an obvious sign of jinnic contamination. It places the sufferer on the border between the normal and the pathological: the trance, a moment of loss of identity, is the undeniable proof of the presence of a jinn. Marking a rupture of identity and a distance with the body, the sufferer in trance expresses himself in the third person singular when speaking about himself. This “dissociation” of identity indicates the disappearance of the sick behind the jinn's will through gestures, facial expressions, his voice, speech and attitudes.

In Oran, the expressions which refer to the trance of the possessed such as *yakhdam* (he is working), *yatûb* (he is repenting), *yazhad* (he is becoming ascetic), *yajdîb* (he is in ecstasy), are all reserved solely for the ritual trance which takes place within the religious brotherhoods (Gnaoua, Aïssaoua). The actors of the *ruqyah* speak of *hudûr* (presence), to refer to the modification of the consciousness and/or of the behavior⁵. The expression *sar'* (knock down),

which refers to the state of unconsciousness accompanying the trance, is often used to evoke epileptic fits. In the *ruqyah*, the trance of the sufferer loses its sacred dimension which is generated by the dance of the possession (CHLYEH 1998, HELL 1999). It is instrumentalized in the *ruqyah*, and is thus reduced to the therapeutic field which allows for a negotiation with the jinns in order to relieve the afflicted person.

Similar to strong emotions (anger, fear, shock), exciting jinns, reciting the Koran, triggers a state of trance. This state, which is sought for during the *ruqyah*, legitimates a symbolic space enabling one to enter into contact with the invisible. Once triggered, it is associated with the therapeutic process and provides it with all its meaning. Placed in the centre of the ritual, the possessed is an active actor. As a conscious or unconscious intermediary, he is lead to identify and describe the sources of his evil.

Possession, in its diverse forms and degrees of consciousness including trance, is experienced in the ritual space of the *râqi*, at home, at the mosque, or in other places. Observed by the entourage, it appears as a means of communication with the invisible morbidity which occupies the body of the sufferer and must reveal the causes of the evil and the means to cure it. A husband from Aix-en-Provence was thus lead to provoke his wife's trance by reciting the Koran like a *râqi* in order to examine the causes which were provoking the grounds for imminent divorce in a couple. Likewise, former possessed people can provoke their own trance state.

Considered by the actors of the *ruqyah* as a gathering place for Muslim jinns or those "converted" to Islam and which have been "stabilized" by the *râqis* after their exit from the possessed person's body, the mosque also serves as an entrance space into trance for women in Oran. These involuntary trances involve stimulations evoking the sacred. On the 27th night of Ramadan, which is called the night of destiny, resin is burned thus facilitating the sufferers' trance. These states are also triggered by the psalmody of the Koran and the preaching of zealous imams during the Friday prayer⁶. A number of signs can be observed in these places of worship such as falls, faintings, convulsive movements, and crying. These reactions, in particular the crying, are on the border of the state of *khuchû'* (sacred fear), which is symptomatic of higher states in the approach of the divine.

Witchcraft

Executed by a jinn "responsible for" an evil action, a food spell, a sprinkled spell or a buried spell, is entrusted to a third party who is supposed to employ the services of a sorcerer. According to the *râqis*, the spell targets health, education, work, marriage and relationships. In addition to these specific spells, there is also *sahr al-ta'til al-'âm* (the enchantment of general obstruction)*, a "new" type of spell aimed at destroying the entire person. Another spell pointed out by the *râqis* is the collective enchantment which targets many family members at the same time.

The *râqis* are conscious of the development of a religious sensitivity, in particular concerning the invisible world, attach importance to listen to the sick persons. The latter and their families believe in the occult manipulation of behaviour, and blame this on the will of the social actors and their power of decision-making. Belief in the power of a sorcerer manipulating the jinns entails the possibility of meeting him in the close or extended entourage.

The discourse of possession and witchcraft of the actors of the *ruqyah* goes hand in hand with a descriptive and classifying corpus of the illness and of the suffering which places the vulnerable plaintiff in the status of a sick experiencing a "disabling" dimension provoked by his evil.

The sufferer and his status

The sufferer and his family consider the signs of evil not only as a problem to be resolved in order to recover one's health but also as an obstacle to the achievement of social projects (marriage, procreation, child rearing and children's education, work, etc.). This lack of autonomy and this incapacity, which reduce the sufferer to the state of care-seeker or to that of someone constrained to become one by his entourage, should be underlined. It is important to list the various complaints of illness, of states of vulnerability, of incapacity, of physical or psychological "disabilities" which affect the person's social relationships and quality of life, and thus his mental health.

* All transliterations of Arabic words are listed in Arabic writing in figure 1, p. 286.

Figure 1: Transliterations of Arabic words listed in Arabic, in order of the first use in the text*

Chapter: Introduction (and general): *ruqyah* رُقْيَة (ruqyah) • *râqi* راقِي (râqi) • *jinn* الجن • *baraka* بركة (blessing) • *ruqyah shar'iyya* رُقْيَة شَرْعِيَّة (legitimized according to Islam and prophetic medicine)

Possession: *madrûb* مَضْرُوب (stricken) • *maskûn* مَسْكُون (haunted) • *mamlûk* مَمْلُوك (possessed) • *mass* مَس (touch, affection) • *yakhdam* يَخْدَم (he is working) • *yatûb* يَتُوب (he is repenting) • *yazhad* يَزْهَد (he is becoming ascetic) • *yajdîb* يَجْدِب (he is in ecstasy) • *hudûr* حُضُور (presence) • *sar* صَرَع (knock down) • *khuchû* خُشُوع (sacred fear)

Witchcraft – Disease, “handicap” and vulnerability – The status of “sick”:

sihr al-ta'tîl al-'âm سِحْر التَعْطِيل العام (the enchantment of general obstruction) • *tayyah-lî sahh-tî* طَيِّح لِي صِحَّتِي (he ruined my health) • *kâfir* كَافِر (or infidel) jinn

Warda in the national therapeutic mobility: *aqdât* عَقْدَات (mixtures of ingredients including plants) • *hijâma* حِجَامَة (scarification with the use of suction cups)

Arslan in the cross-border therapeutic mobility: *gezzâna* قَزَانَة ([woman] seer) [high arabic qazzâna] • *rayyeht* رَيْحَتْ (I was cured) • *maktûb* مَكْتُوب (destiny) • *mahbûl* مَهْبُول (lunatic) • *majnûn* مَجْنُون (insane) [possessed by a jinn, used for “crazy”] • *'Umra* عُمْرَة (small pilgrimage to Mecca) • *âtaleb* (literally “Student”, طلبية pl.) • *zâouia* زَاوِيَة (religious school or monastery)

* *Curare* says thank you for helpful advice to Gerd Winkelhane (Berlin) for the transliterations

Notes 9, 15: Warda, p. 290 (from the original field notes)

[...] ما يَنْقِشُ [il ne croit pas, la sorcellerie], c'est ça, qui m'a embêté, parce que لو كان النهار لِي جاوتي الجنون و كنت نخرج للزونا لو كان ذاتي داواني. هو يقولك déjà ما يَنْقِشُ, لو كان يَنْقِشُ لو كان le psychologue, ما صبرتيش... يقولك زعما قلبك صغير ما ردفتيش زعما - ça y est. يقولك نتي مرضتي هبتي و في الدنيا هادي هي les problèmes qui se passent

Notes 11, 15: Arslan, p. 292 (from the original field notes, translated into English)

It's terrible when a sick arrives...he arrives at someone's house and the person doesn't take it seriously, he repressed him, he tells him: "well, you have nothing at all" [...] it's terrible because [...], "I said to myself maybe he is right", he knows better than me. I come at him, he says to me: "no, you have nothing" [...]. I said if the guy tells me "drink water", there is nothing, and he" already said to me: "you have nothing at all" [...] I came home, what do I put in my head?". Good, the first time at least it's clear, I know that I still have witchcraft or a jinn". I was going to see him, he said to me: "no, you have nothing". The situation is serious again, because here at least the begin. The solution is that, the *ruqyah*, "that's all", but there is no solution, because there I am hurt and I do not hurt [...] here, you feel lost, because you have pain and you do not hurt [...] I knew it was, he tells me: no, you are not sick, you do not have witchcraft" [...] what is happening? Here is the problem [...]. Maybe he is right, maybe nothing is wrong with me. If he says so it's because he's a specialist [...]. No, he told me what did you?" He did not give me the time to explain to him, I told him: I am hurt and all [...] no, no, I had witchcraft and everything" [...]. I said to myself maybe he is right, maybe nothing is wrong with me. If he says so it's because he's a specialist [...] I'm normal and I'm not normal [...]. Before seeing him, it was much better, because I was doing something, I was looking for someone who does *ruqyah*, because I was convinced that that was. At least, as long as I did not find them, witchcraft and the other thing" [...] I do not know jinniyya [...] I lived like that for years, I'm looking for *ruqyah* because as he shut [all] the doors for me [...].

Disease, “handicap” and vulnerability

The expression “illness” designates physical and psychological suffering. The sufferers, recognized as sick, are presented as possessed and bewitched and as presenting isolated or groups of signs such as headaches, lower back pain, shoulder pains, occiput and back pain, dyspnoea, fatigue, female disorders (miscarriages, infertility, etc.), digestive disorders, moodiness, sleeping disorders, skin problems, hair loss, resistance to medication (refusal, intolerance, inefficiency), and disregard for their home. Likening these signs to attacks from jinns or witches, *râqis*, like Toufiq from Oran, divide the questions aiming at a diagnosis into interactive themes: health, religion and relationships. The *râqis* and the sick recognize the close link between a health disorder and the areas of the sick’s family, social and professional life. The illness is seen as an obstacle or a handicap to an efficient social participation.

There is a sense of vulnerability in one’s daily life which is rooted in the body and in the social field. Relationship problems later blamed on jinns and spells are seen as putting health at stake. In Oran, it is common to hear a woman complaining *tayyah-lî sahh-tî* (he ruined my health), thus imputing her health problems to her husband’s obnoxious character or quarrelsome, which explains her resorting to doctors and medication. Such a correlation between exposure to tensions in one’s entourage (arguments, inheritance conflicts, jealousy) and the damage to one’s health are imputed to the lossening of social bonds and their inefficiency. These social links, which have been weakened and threatened by economic crises, the violence of the “dark decade”⁷ and socio-political changes in Algeria since the 1990s, shows the difficulty of transitioning from a community-based society founded on lineages (kinship, genealogy) and clientelism towards a society integrating a social division of work and citizenship (ADDI 1999: 190). As a guarantee of solidarity, this community-based social link, in its structure and its representations, conceals the emergence of the individual who is often hidden behind the group. Any individual transgression of moral or religious norms putting honor at stake extends to the social group and needs to be interpreted in connection with the deviance or the illness.

Other disorders attributed to the interference of harmful invisible forces relate to failure at school or

in one’s job, infertility, divorce, and bachelorhood, which many anthropologists include in the sphere of misfortune, unhappiness and wretch (DOZON 1987: 19). Evoking bachelorhood, the Algerian girl, and so in the whole Maghreb, had to undergo magical rituals, currently criticized by the *râqis*, to “protect” their virginity until they married (BEN DRIDI 2010). As quoted by ZEMMOUR (2002), the value of virginity in Algerian society encourages families to marry their daughters earlier in order to ensure social prestige and to avoid disapprovals and risks. Marriage, as an essential rite of passage in social exchange, offers a young girl the status of a woman as the custodian of solidarity and continuity in the family (FERRADI 2010: 141, DROZ-MENDELZWEIG 2003). In the Algerian context, being single can not only be explained in terms of a demographic explosion and of an economic crisis which has resulted in housing and unemployment problems, but also in terms of a dysfunctional urban networks of women mediators in the marriage market like Turkish bath (*hammâm*), pilgrimage of saints, celebrations, etc., matrimonial choices, which are more and more direct, focus on other criteria like exogamy or new meeting places in proximity (work, studies, public places) and modern means of communication (telephone, newspapers, internet).

A number of single sick, among whom some have degrees (HAYEFF, 1993), await a solution from the *râqi*, following the example of the *îaleb* who is solicited for marriages. Despite being less sensitive to social control, single men are becoming a more common profile among sick consulting *râqis*.

Social vulnerability which classifies the status of “unmarried young ladies” as outside the game of social success is similar to the case of divorced and infertile women. Maternal identity allows one to assume the role of the mother and guarantor of the primary socialization of children and exposes sterile women to crises (DACHMI 2000: 56). This vulnerability of married women without children is known in the Algerian family which organizes, among other things, pilgrimages to saints’ tombs and magic rituals. Through the values of the patriarchal family, the spouse who becomes a mother is protected (ADDI 1999: 70–71) since infertility or the inability to carry a pregnancy to its term are considered not only as a lack of womanhood but also as a threat of divorce or of polygamy if there is no descendence, in particular a male child. But

when medicine proved to be powerless or could not designate “rational” causes which might prevent child-bearing, the woman who is stigmatized will combine biomedicine and unconventional practices like *ruqyah* or will make do with *râqis*. I thus encountered a “sterile” woman in Oran for whom doctors in Algeria and in France could not explain the problem but for whom the spell identified by the *râqi* Toufiq gave meaning to her disorder and justified her using *ruqyah*.

The status of “sick”

The families and the *râqis* do not speak of madness or of mental illness, which are considered to be stigmatizing, but simply of illness, even if the sick is in a psychiatric service and taking medicine. Subject to social norms, this status of “sick” is negotiated and redefined, and its construction is a process which takes time. The sufferer, perceived by the entourage as a victim to be treated, starts by consulting doctors for symptoms which seem to belong to the medical field because they are expressed in the form of disorders. Yet, even if all the seekers of *ruqyah* do not present themselves as sick during the first visit of the *râqi*, this status is acquired: infertility, divorce, being single, all of these failures are associated with the illness since they provoke somatic and psychological suffering.

The development of the “illness-suffering” narrative within the family is organized around the interpretation of the evil before, during and after the treatment. A sick and her family, for example, established a link between the signs and an important event which had marked their memory such as a wedding party, a delivery, a school exam, a threat, etc. The experience is memorized and often transmitted orally with an identification of the signs, their development, their explanation, their treatment and their therapeutic efficiency. In this process of recollection, the entourage participates by evoking dates, the circumstances triggering the evil, the actions and the reactions of the sick when interacting with his family and in the presence of the *râqi*. The sick may experience strong emotions or feel ill at ease when talking about his illness. Certain details can prove to be dangerous, which is a belief that some sick share with the *râqis*: the jinn which is still attached to the body can “listen” to the narra-

tive and manifest itself. The possession presents the risk of influencing the entourage, and appears to the sick’s family as a risk of contagion (JODELET 1989). Indeed, the jinns would pass from a contaminated body to another healthy but predisposed body.

The sufferer’s behaviour is subject to interpretation on the part of the entourage. The latter, controlling the sick, judges and evaluates the evil which risks worsening. The “deviance” can be identified in the transgression of social or religious bans. Growing away from Islam, desecrating its symbols (throwing the Koran away) or not respecting one’s duties, all point to a confused posture which signifies a rebellion that requires disciplining, and provokes remorse and repentance, but also to the act of a person possessed by a *kafir* (or infidel) jinn.

Other instances of violent conduct towards oneself and towards others are a warning signal for the entourage. The *râqi* becomes a resort for the families to dispel the confusion which may arise and which requires to distinguish a possessed person from a madman. A former sick who consulted psychiatrists is thus taken to see the *râqis* by his brother, a medical student. Two *râqis* in Oran dismissed the hypothesis of a possession since the sick did not manifest “clear” signs during the Koranic recitation.

When possession and spells require long-term treatment through *ruqyah* and its related methods, they place the sufferer in the status of a sick expecting a cure. The entourage finally recognizes that the sufferer is ill. The latter is led to accept this status, and internalizes representations linking the illness to invisible agents of evil. Accepting his illness, he distances himself from social stigmatization which could give him the status of a madman. He manifests both a feeling of fear towards the enchanter who is suspected of renewing the spell, as well as a feeling of shame toward certain family members.

Jalila, a 46 years old, possessed and bewitched whom I met in Oran in 1998, was conscious that her children might be shocked by watching her in crisis, and felt ashamed in front of her son-in-law when he was visiting her. Relieved by the recognition of her possession, Jalila accepted that her husband attend the treatment sessions until she was cured.

The fear of being stigmatized pushes some sufferers to hide their evil even from members of their own family. Thus a sick woman who was possessed and bewitched, and who was a medical assistant in

Oran, did not want her husband to know she was ill and was following *ruqyah* rituals.

On the other hand, some sick see their illness as a therapeutic or social opportunity. The rebellious jinn could become an assistant jinn indicating the places and objects of witchcraft to be neutralized. Sabrina, who is possessed, considers that it is important for her to continue keeping her “family spell-detecting” jinn, even if she is likely to gain the status of seer, which is stigmatized by the *râqi*s.

Therapeutic mobility

The therapeutic itinerary gives information on the decision-making process, which is often renewed by the sufferer and his family, and which justifies the explanations and the judgment on the signs of the evil and the means to eradicate them in the context of a national or transnational mobility.

Based on the notion of “suffering” (RAVI PRIYA 2012), the therapeutic itinerary evolves from the simple request for medication from a doctor to relieve the physical signs, to visiting a *tâleb*, a soothsayer, a saint, or a *râqi*. The latter is often the last one to be consulted, especially when his therapeutic activity is discovered later on. In their treatment process, the sick underline the role played by interpersonal networks (family, neighbours work colleagues, unexpected encounters) and sometimes the role of virtual networks (literature, newspapers, television, Internet) which allow them to meet *râqi*s.

In a local context or in one of mobility, the urban and semi-urban establishment of *râqi*s in Algeria (in the city-centre of Oran, its surrounding neighbourhoods, the villages of Sidi al-Bachir, of Hassi-Maf-soukh, and of Es-Senia) and in France (Marseille, Paris) follows the strong demand for *ruqyah*. The latter offers a plurality of treatments with possible forms of adaptation which underlines the importance of representations of the body, of the illness and of the medication (BLANC & MONNAIS 2007). Depending on the meaning of this plurality and the recommendations of the social network, a *râqi* is chosen based on several criteria which determine his power and his therapeutic legitimacy. These are his orthodoxy, his availability, his conditions and methods of practice, his fees, his reputation and his therapeutic efficiency.

In Oran (centre, outskirts and surrounding area), geographical proximity is sought out by certain sick, especially in the case of recurrent crises requiring the immediate intervention of the *râqi*. Other sick prefer a *râqi* who is far from their household due to the fear of incurring the social stigma of their neighbours. The encounter with the “spy-enchanter” in the areas of *ruqyah* or in its proximity, which pose the threat of a new spell, is feared. *Râqi*s show themselves in a position of social domination compared to traditional therapists, but some sick involved in *ruqyah* may visit a neighbourhood *tâleb* (this was the case for two sisters met in Oran and for one young woman in Aix-en-Provence). Some sick do not see any problem in consulting a psychiatrist before, during or after *ruqyah*.

Just like in the local context, the migratory mobility, which acquires a global dimension (WIHTOL DE WENDEN 2009) reveals the circulation of complex forms of therapeutic treatment which vary according to the sick’s expectations, his social network, conditions of recourse to curing and the health’s structure facilities. This migratory mobility indicates a certain inequality in access to treatments (SAKOYAN 2012). The quest for a cure and for family, social and professional solutions favors the circulation of sick from one neighbourhood to another, from one city to another, from a village to a city and vice-versa or from one country to another.

The therapeutic itineraries presents a diversity and a mobility which highlight the traditional and the conventional therapeutic markets, and *ruqyah*. The examples of two cases of sick persons in Algeria and in France focus on the correspondences between a discourse on the identification of the signs of the evil on the one hand and, on the other, on their treatment by the different care structures including *ruqyah*.

Warda in the national therapeutic mobility

Warda, 58 years old, retired high-school French teacher in Oran, who had formerly immigrated to France, was married, and had two children. She had sought out several therapists in search of a relief. The signs of her evil started in 1990 by leaving the class room when she felt “something” touch her back and enter her ears. She began to hear voices commanding actions.⁸ The dominating voice, which

she did not first identify as a jinn, told her to go out at night dressed in her husband's clothes. The son hardly was able to prevent his mother from going out in disguise. Losing her way to work was a third sign of abnormality for her.

On the order of everyday life, the voices dictated banal orders but also "announced" death. The religious character of the voices stood out: men's and children's voices recited the Koran and informed her that they are sent by God. Disturbed by these voices, Warda would go up the stairs, would go back down, would go out at night, lacked sleep, no longer eat, isolated herself, and could not bear to be touched. During her strong crisis which lasted 15 days, Warda was persuaded that the jinns who possessed her came to kill her. She felt a strong tightness in the heart. Warda says she hit her daughter once. Conscious of her behaviour which was endangering her close and wider social circle, Warda attempted to solve things by trying to control herself and keep her autonomy (EHRENBERG 2013). Yet, the resistance to the domination of the voices by the reading the Koran, by disobeying, by pursuing her professional activity as a teacher resulted in Warda's experiencing aches, tingling, mutism and abandonment of the mosque.

Her husband, a former immigrant of France, who did not share the register of Warda's beliefs, took her directly to the psychiatric clinic of Oran:

[...] He does not believe, he does not believe. He says: "it's you [who had put the witchcraft]. That's what bothered me, because he does not believe. If he believed, already the day the jinns came to me and when I went out into the street, he would have taken me to be treated. [...] He says: "[you have to see] psychologist. He says: you became ill, you became crazy and that's it, you were not patient [enough]. He says: you have a small heart and you could not bear the problems, that are happening in life, that's it."^{9, 15}

Under the effect of medication, Warda is subject to drowsiness; yet the voices do not leave her. The diagnosed depression coexists with the supernatural interpretation of the evil: medication "upholds" the body and prevents the jinn from gaining control over it. The psychiatrists consulted in France have convinced her of the supremacy of medication over jinns.

While following her psychiatric treatment and using the technical term of visual and auditory "hallucinations", Warda attended the Gnaoua, a

brotherhood specialized in trance, in order to follow ten rituals ending with ritual animal sacrifices. Subsequently, since 1995, Warda undertook to consult three *râqis* in Oran one after the other, who prescribed various treatments like the consumption of '*aqdas* (mixtures of ingredients including plants) and the *hijâma* (scarification with the use of suction cups). *Ruqyah* allowed the identification of jinns and a spell. And through recollections of other signs of a spell like the discovery of black aspersions in her house, Warda accuses the wife of her brother-in-law who is a company manager. The sister-in-law, motivated by a competitive mind towards Warda (salaried activity, the building of a new house) would have taken revenge out of jealousy. Warda is educated compared to this sister-in-law, and praised by the latter's husband who values educated women. She feels dominated by her husband who starts the psychiatric therapeutic process while declaring that Warda is depressed and not possessed by jinns. The husband, who does not listen to her in daily affairs and who is in conflict over the family inheritance with his brother, had supposedly slowed down since the 1980s, under the effect of witchcraft, in building the family house: as he is a perfectionist, he is always destroying one part to reconstruct it. Warda also considers the unemployed situation of the two children (a daughter and a son) as the result of a spell thrown by her jealous sister-in-law. The latter, who has been informed of Warda's illness by her husband, neglected to visit her during her crises, which is another "proof" of her evil intentions towards the sufferer. This scenario of conflicts and misunderstandings in the Algerian family finds an explanation in the beliefs validated by the discourse of the *râqis*.

Warda visited a *tâleb*, in order to speed up her recovery process, and saw no contradiction in following different treatments. Her continual use of psychiatric treatment is perceived as a "routine medical procedure" which allows for other initiatives and an autonomy (SICOT 2006: 208) since for her it does not provoke a break with other nonconventional treatments. She refers alternatively to both therapeutic modes by recognizing jinns, spells and depression.

According to Warda, *ruqyah* which came in third position, was a natural process of her being taken in charge by the family when familiar biomedical and traditional solutions had been tried. The pres-

sure from her husband who began by advocating the psychiatric solution in Oran and a visit to French psychiatrists was an attempt to rationalize the explanation of the evil. However, the *ruqyah* was discovered, and combined with medication, is seen as a “legitimate” alternative based on the promotion of the religious dimension in the therapeutic process.

Founded on the mobilization of family and interpersonal relationships, the North-South mobility characterizes an approach which is open towards other choices of treatment. Intending to experience their first *ruqyah* or to reinforce therapeutic efficiency, sick living in France take advantage of the summer holidays to visit *râqis* known to be competent in Algeria. Young immigrant girls and Algerian native women of all ages attend *ruqyah* rituals at the homes of Toufiq, Reda and Hasni.

Arslan in the cross-border therapeutic mobility

The therapeutic search sometimes depends on opportunities in the host country. This is the case of a Kabyle, 39 years old, who is single and works as an administrative officer in Algiers. After visiting *râqis* there, Arslan discovered others in Aix-en-Provence and in Marseille.

Arslan prefers the south of France, a well-known destination for Kabyle migration (TEMIME 2001), and dates the beginning of his evil to 1986–1987 when he met a girl visiting him at his family’s home. He then experienced a malaise felt at the office, a sore foot resembling an itch, and anxiety, which were reinforced by insomnia, nightmares and loss of appetite and weight. His friend, who is a doctor, diagnosed anxiety and prescribed medicine without being able to relieve him. He abandoned his job and during his visit to a *gezzana* ([woman] seer), a spell cast by a girl was identified in the melted lead. Following the advice of the *gezzana*, his shirt was washed and hung on the terrace. It was found torn the next day, which was another warning sign. The sufferer, who was sceptical at the first time, constructed the meaning of his illness by deduction. By adopting a cause and effect logic, he ended up by believing in this girl.

During his illness, the same young woman he had seen, who was eligible for marriage, announced that she could “help him”. One day, she revealed that she had cancelled her engagement to a doctor,

signifying her emotional attachment to the sick. “Helping” in Arslan’s conception was proof that the spell could be reversed.

Arslan prayed but he could not bear to hear the Koran being recited. A friend did a *ruqyah* for him in a mosque in Algiers but could not show the origin of the evil. Upon arriving in Aix-en-Provence for a change of air, anxiety decreased and after a few months the sick gained weight again but the evil did not disappear. The improvement of his state was linked to the crossing of the sea whose water is supposed to undo spells. Indeed, people believe that seawater and salt destroy witchcraft:

Psychology plays a role, I don’t know, because the day I arrived here, I started to gain weight again, to eat normally, after 3, 4, 5 months, [there was] an incredible change. People when they cross the sea, I don’t know, I felt better but it [the evil] wasn’t gone [...] at the beginning when I arrived here *rayyeht* (I was cured), but it was not enough to say I was cured.¹⁰

Quoting De Almeida, MERIEM points out that the psychological disorders of the migrant concern those already present before the transplantation, those linked to this transplantation, and those acquired in exile (1993: 120). Far from reducing his suffering to a problem of cultural adaptation, as preferred by ethnopsychiatric theses, Arslan did not seem to have developed an “acculturation stress” (SAYEGH & LASRY 1993) at the beginning of his arrival in France. However, after a few months, he succumbed to a new anxiety related to the living conditions of newcomers and which put to the test a link with alterity (GOURIOU 2008: 258) that questioned the meaning of the displacement. This objective and subjective experience (D’HALLUIN 2009) refers to a “social suffering” (DEMAILLY 2011: 51, ROSSI 2008: 64).

Indeed, while encountering problems of work and marriage in France, Arslan believed in the beginning that this was due to a temporary economic instability, a *maktûb* (destiny), as he was experiencing a certain social marginality (CUCHE 2009). He was intermittently in professions that he was not used to such as in painting and as an unskilled worker. The immigrant was perceived essentially as a labourer (SCHNAPPER 1986: 157) for whom unemployment was unthinkable (SAYAD 2006). This unstable situation which slowed down his social integration evokes a silent integration (AVENEL & CICHELLI 2001: 75).

The *râqi* Saïd, whom he consulted in Marseille, did not diagnose any supernatural evil. Arslan still suspected a spell but with the “denial” of the *râqi*, he was confused about his suffering for a while:

It’s terrible when a sick arrives ... he arrives at someone’s house and the person doesn’t take it seriously, he repressed him, he tells him: “well, you have nothing at all” [...] it’s terrible because [...], “il a raison” (I said to myself maybe he is right), he knows better than me. I come at him, he says to me: “no, you have nothing” [...] I said if the guy tells me “drink water,” there is nothing, “and he” already said to me: “you have nothing at all” [...] I came home, “what do I put in my head?” Good, the first time at least it’s clear, I know that “I still have witchcraft or a jinn.” I was going to see him, he said to me: “no, you have nothing.” [...]^{11,15}

While simply reading about *ruqyah*, Arslan searched for a *râqi* for several years and managed to contact an imam *râqi* in Aix-en-Provence. The latter identified a *jinniyya* as the source of his anxiety and the cause of his bachelorhood, who was “concentrated” in the left foot: perspiration enabled him to identify it during the ritual. An evil eye is also identified, evoking envy of his social environment (TOUHAMI 2010). The sick did not expect this diagnosis, he was convinced that he was the victim of a spell. Possession by a *jinniyya* is shameful because it highlights madness and a symbolic female domination:

[...] I believed the *jinniyya* like a *mahbûl* (lunatic). I went to his house for that, I believed this witchcraft. Moreover, when he said to me: “you don’t have witchcraft,” I began to worry, [with] this witchcraft at least it was clear [...] morally I’m depressed [...] there are recurrent dreams, you can’t sleep at night, I didn’t know [about] the *jinniyya*, I was focused on witchcraft. Yes, I’ve heard about it, the jinn is something that he is mad, it’s not somebody normal. For me a jinn is someone who doesn’t know what he is doing, it’s the *majnûn* (insane) for me, yet it wasn’t that.¹²

After having distanced himself from his illness, Arslan’s discourse became more nuanced. According to him, the possessed is a *majnûn*, affected by the jinns, a madman who loses his mind for a moment and recovers it afterwards. Yet, Arslan does not self-identify as a *majnûn* (DOLS 1992) nor as a madman, although he does recognize that there is a strong link between jinns and witchcraft:

[...] But in reality it isn’t the same, between a madman and someone who is *majnûn*, the *majnûn* you see it’s at certain moments, that’s it, you find that he becomes conscious, you find that he is doing mad things, then *taf* (he calms down). That one is *majnûn*, he comes

back to his right mind, at one moment he loses it, for a moment [...] but a madman, he’s constantly the same, he has completely lost his mind [...] someone who is *majnûn* or possessed it’s the same.¹³

Arslan alludes to the fact that it’s the man and his family who must ask for marriage, the initiative does not come from the young woman. A “forced” marriage sows doubts in him. The dreaded power of witches able to “tie” the man they love pushed Arslan to adopt the hypothesis of a bewitchment targeting his bachelorhood and creating his social infortune including his health. The proximity with the young woman he did not request to marry is at the center of his suspicions. On his birthday, he had shared a couscous with her at home, which was an occasion to swallow the spell. The “revenge” manifested as a *jinniyya* carried by this spell which he “regurgitated” during a *ruqyah* ritual in Aix-en-Provence.

The *râqi* Rachid, consulted by Arslan in Marseille, prescribed plants dissolved in Koranized water. Arslan did not appreciate the taste, and rejected them. Considering himself cured, he committed himself to work and social activities in France which he had first chosen as a land of exile (HACHIMI ALAOUI 2001) and not as a land of immigration, while trying to escape his illness temporarily without thinking of returning.

National and transnational therapeutic mobility is provoked by the search for a meaning and for efficiency that often express a therapeutic and social wandering. Warda and Arslan are both searching for a meaning to their evil or harm (AUGÉ 1984) while relying on the family and the close network to explain, validate and treat the troubles which are invasive of both their bodies and their social network.

Like the North-South therapeutic mobility, the South-South treatment mobility is concerned by the mediatization of *ruqyah* which aims at conquering legitimacy and mobilizes the religious aspects on an informal market supplying treatments. This therapeutic mobility (LAGEISTE 2010) points to the globalization process of *ruqyah*.

A possessed young woman suffering from the symptoms of a rare disease (haemolacria, epistaxis, otorrhagia) and attending *ruqyah* with the general practitioner and *râqi* Brahim in a village in the region of Oran, turned towards Saudi Arabia in the search for a new *râqi*. An ‘*Umra* (small pilgrimage to Mecca), which is becoming more and more

popular in Algeria, can be a destination in search for *ruqyah*. An incoming flow of sick from the Middle-East, albeit more rare, also exists towards Algeria. A Yemenite young woman with a rare disease (a type of loss of blood), exposed to media coverage through television and Internet¹⁴ was treated by a *râqi* in Relizane (Northwest Algeria).

Conclusion

The experience of the illness and of the treatment highlights transformations in the representations and the practices linked to the intervention of the *ruqyah* as an Islamic reading of health, in particular of mental health. *Ruqyah* creates a new dynamism in the health field and thus positions itself between medical practices and traditional ones with a view to adapting tradition to modernity and globalisation, as is the case for the practice of Ayurveda (WUJASTIK & SMITH 2008).

The representations and the practices of the actors of *ruqyah* in Algeria and in France offer a variety of singular figures of therapeutic “branching” (AMSELLE 2001) and of adaptation to modern medical practices by mimicry (ABDMOULEH 2010, OBADIA 2007, PORDIÉ & SIMON 2013).

Whether inherited from the family and/or acquired from practitioners such as *râqis*, the meaning of the illness and of the suffering is gradually constructed from the diagnosis of the evil to its treatment. The sick understands the disorder according to the biomedical register and the beliefs, and depending on the recommendations of his entourage, the development of signs and the efficiency of the treatment. The latter is at the center of his preoccupations.

The sufferer reinvents and reconfigures representations around jinnic and magical entities affecting him. He adheres to beliefs, which are sometimes non traditional ones, and adopts practices related to protection and treatment that may or may not be linked to *ruqyah*. The use of psychiatry is not excluded when it comes to enriching the meaning of the sick’s experience. The sick switches between the supernatural register to the medical register and vice-versa without there seeing any sense of contradiction. According to him, each specialist is competent in his respective field. By not relying solely on the orthodox or legitimate character of

the treatment, the sick who resorts to *ruqyah* does not abandon traditional practices definitively: the *tâleb*, stigmatized by *râqis* which consider him as a sorcerer, is sometimes still consulted even after a *ruqyah* rituel. The sick’s therapeutic itinerary is marked by indetermination and unpredictability (MASSÉ 1998: 146).

Through the mediatization of *ruqyah*, representations and practices operate on the local and global levels by relying on a therapeutic pluralism (BENOIST 1996) in which mobility itself plays a media and educational role. As it contributes to the initiation into the knowledge on *ruqyah*, this mobility reconfigures the therapeutic commitments of the sufferers and allows them to review the standards (DUCOURNAU 2011) of what is “normal” and of what is “pathological” (DEMAILLY 2011), as well as the therapeutic efficiency and failure, in order to establish choices and assess the treatment.

Without excluding the possibility that representations and knowledge on treatments can travel in both directions between the host country and the country of origin, *ruqyah* is the focal point of a North-South mobility. Some sick who are located on both sides of the Mediterranean seek to meet *râqis* in Algeria, who have a better reputation for subjugating the devils of *ruqyah*.

Acknowledgement: I am grateful to Mme. Molly Gilbert-Chatalic, lecturer at the UBO (University of Occidental Brittany at Brest) for the translation.

Notes

1. FIS: Front Islamique du Salut, an Algerian political party founded in February 1989, with the aim of establishing an Islamic state.
2. In Algeria, the *tâleb* (literally “Student”), after studying in a *zâouïa* (religious school or monastery), manipulates talismans and conducts exorcism rituals.
3. See the book by the Egyptian sheikh Wahid Abd-Assalâm Bâli in its Arabic version: *Al-Sârim al-Battâr fi al-tassadi li al-sahara al-achrâr*, https://archive.org/details/roqia_201609; translated into English: *Sword Against Black Magic & Evil Magicians*, https://archive.org/details/en_black_magic_evil_magicians; translated into French: *Sorcellerie. Sortilege, exorcisme et contre sorcellerie* <http://www.islamicbook.ws/french/french-21.pdf>
4. Jinns are supposed to share humans’ household space.
5. The *hadra*: a ritual trance induced by music and religious chants.
6. According to the surveys conducted by MOUSSAOUI (2009) in Algeria, young volunteer imams, preaching in “free” mosques, give religious discourses which enter into competition with those of traditional imams.

7. The expression “dark decade” refers to the period of civil war in Algeria from 26th December 1991 to 8th February 2002. It was characterized by the opposition between the State and the Islamist political parties aspiring to power, in particular the FIS, and the appearance of Islamist terrorism (see https://fr.wikipedia.org/wiki/Guerre_civile_alg%C3%A9rienne).
8. Interview with Warda on 12th July 1999 in Oran.
9. Interview with Warda on 19th July 1999 in Oran.
10. Interview with Arslan on 16th May 2002 (6.15 pm to 7.42 pm) in Aix-en-Provence.
11. Ibid.
12. Ibid.
13. Interview with Arslan on 18th May 2005 (3 pm to 6 pm) in Aix-en-Provence.
14. See video posted on 8th September 2013; “Le monde des djinns et la sorcellerie ! Une fille pleure des cailloux et du sang!” http://www.youtube.com/watch?v=mU_h6u8Yblg.
15. The interviews were performed with Warda in a mixture of French and Arabic, and with Arslan in French, see more details of the interviews in figure 1, p. 286. The names are changed.

Bibliography

- ABDMOULEH R. 2010. Les stratégies des guérisseurs: entre la résistance et la réhabilitation. Étude sur les mutations de la pratique du guérissage en Tunisie. *Esprit critique. Revue internationale de sociologie et de sciences sociales* 13, 1: 1–8; <http://espritcritique.uiz.ac.ma/publications/1301/esp1301article17.pdf>
- ADDI L. 1999. *Les mutations de la société algérienne. Famille et lien social dans l'Algérie contemporaine*. Paris: La Découverte.
- AMGHAR S., BOUBEKEUR A., EMERSON M. *et al.* 2007. *European Islam. Challenges for public policy and society*. Brussels: Centre for European Policy Studies; http://aei.pitt.edu/32602/1/41_European_Islam.pdf
- AMSELLE J. L. 2001. *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris: Flammarion.
- ANDEZIAN S. 2001. *Expériences du divin dans l'Algérie contemporaine. Adeptes des saints dans la région de Temcen*. Paris: Éditions du CNRS.
- AOUATTAH A. 1993. *Ethnopsychiatrie maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*. Paris: L'Harmattan.
- AUGÉ M. HERZLICH C. (ed). 1984. *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- AVENEL C. & CICCHELLI V. 2001. Familles maghrébines en France. *Confluences Méditerranée* 4/n°39: 67–80.
- BEN DRIDI I. 2010. “Est-ce que ça marche?” À propos du tasfih, rituel protecteur de la virginité des jeunes filles tunisiennes. *L'Année du Maghreb*, VI: 99–122; <https://anneemaghreb.revues.org/826>
- BENOIST J. (ed). 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- BLANC M.-E. & MONNAIS L. 2007. Culture, immigration et santé. *Revue europ. des migrations internat.* 23, 3: 151–176.
- BOUMEZBAR A. AZINE D. 2002. *L'islamisme Algérien. De la genèse au terrorisme*. Batna: Chihab Editions.
- BOUOUNE S. 2005. *La résurgence d'une pratique thérapeutique religieuse “al-Rugya”: ses liens avec la salafya*. Thèse de Doctorat en Anthropologie, Aix-Marseille III.
- BURGAT F. 1988. *L'islamisme au Maghreb: La voix du Sud (Tunisie, Algérie, Libye, Maroc)*. Paris: Karthala.
- CESARI J. 2004. *L'islam à l'épreuve de l'Occident*. Paris: La Découverte.
- CHERAK F.Z. 2007. *Anthropologie de “l'exorcisme” en islam: représentations et pratiques de la rougya en Algérie, en Égypte et en France*. Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université Aix-Marseille I.
- CHLYEH A. 1998. *Les Gnaoua du Maroc. Itinéraires initiatiques trance et possession*. Grenoble: La Pensée sauvage/Maroc: Le Fenec.
- CRAPANZANO V. 2000. *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine*. Paris: Sanofi-Synthélabo. [Orig.: *The Hamadsha. A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press, 1973; German: *Die Hamadsa. Eine ethnopsychiatrische Untersuchung in Marokko*, mit einem Vorwort von Paul Parin. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981].
- CUCHE D. 2009. “L'homme marginal”: une tradition conceptuelle à revisiter pour penser l'individu en diaspora. *Revue européenne des migrations internationales* 25, 3: 13–31.
- DACHMI A. 2000. La femme, de la possession maternelle à la possession hystérique. In RHISSASSI F. & DACHMI A. (eds). *La maladie mentale chez la femme au Maghreb*. Rabat: Publications de la Fac. des Lettres et des Sci. Humaines. Série Colloques et séminaires, n°89; Casablanca: Najah El Jadida: 53–62.
- DEMAILLY L. 2011. *Sociologie des troubles mentaux*. Paris: La Découverte.
- DOLS M.W. 1992. *Majnūn: The madman in medieval islamic society*. Oxford: Clarendon Press: XV.
- DOZON J.P. 1987. Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique africaine* 28: 9–20.
- DROZ-MENDELZWEIG M. 2003. Femme complète, demi-femme, vieille fille: représentations de la féminité et de la filiation dans une agroville sicilienne. *Ethnographiques.org*, n°3-avril; <http://www.ethnographiques.org/2003/Droz-Mendelzweig>
- DUCCOURNAU P. 2011. Normes, corps et santé. In DRULHE M. & SICOT F. (ed). *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail: 43–63.
- EHRENBERG A. 2013. La santé mentale ou l'union du mal individuel et du mal commun. Discussion de l'ouvrage de Marcelo Otero *L'Ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal: les Éditions du Boréal, 2012; revue *SociologieS* <http://sociologies.revues.org/4505>.
- FASSIN D. 2005. Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. In SAILLANT F. & GENEST S. (eds). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval/Paris: Anthropos: 383–399.
- FENNEKE R. 1991. *Pèlerinages au Maroc. Fête, politique et échange dans l'islam populaire*. Neuchâtel: Éditions de l'Institut d'ethnologie/Paris: Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- FERRADJI T. 2010. Culture et psychopathologie chez les jeunes migrantes musulmanes installées en France. In MEKKI-BERRADA A., BEN DRISS K., FERRADJI T. *et al.* (eds). *L'Islam en anthropologie de la santé mentale: Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif*. (Études d'Anthropologie Sociale de l'Université de CH-Fribourg, vol. 29). Berlin: LIT: 135–149.
- FREGOSI F. 1995. Les rapports entre l'islam et l'état en Algérie et en Tunisie: de leur revalorisation à leur contestation. *Annuaire de l'Afrique du Nord* 34: 103–123.
- JAFFRÉ Y. OLIVIER DE SARDAN J.-P. 1999. *La construction sociale de la maladie. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: PUF.
- JODELET D. 1989. *Folie et représentations sociales*. Paris: PUF.
- GOURIOU F. 2008. *Psychopathologie et migration. Repérage historique et épistémologique dans le contexte français*. Thèse de doctorat en Psychologie, Université Rennes 2. Haute Bretagne.

- HACHIMI ALAOUÏ M. 2001. "Exilés" ou "immigrés"? Regards croisés sur les Algériens en France et au Québec. *Confluences Méditerranée* 4/n°39: 107–117.
- HALLUIN [D.] E. 2009. La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes et migrations*, 1282: 66–75; <https://hommesmigrations.revues.org/447>.
- HAYEFF I. 1993. Le célibat des femmes en Algérie. In COLONNA F. DAUD Z. (ed). *Être marginal au Maghreb*. Paris: Éditions du CNRS: 251–257.
- HELL B. 1999. *Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre*. Paris: Flammarion.
- LABAT S. 1995. *Les islamistes algériens. Entre les urnes et le maquis*. Paris: Seuil.
- LAGÉISTE F. 2010. Les séjours médico-touristiques. In MOUÛLLÉ F. & DUHAMEL S. (eds). *Frontières et Santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. Paris: l'Harmattan: 181–192.
- LAMCHICHI A. 1999. *Islam et musulmans de France. Pluralité, laïcité et citoyenneté*. Paris: L'Harmattan.
- LE BRETON D. 1991 [1985]. *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- LONGUENESSE E. 1995. *Santé, médecine et société dans le monde arabe*. Paris: L'Harmattan.
- MASSÉ R. 2001. Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. [Congrès nat. des soc. hist. et scientif. 1998, Actes, 123e, Antilles]. In BONNIOL J.-L. (ed). *Paradoxes du métissage*. Paris: Édit. du CTHS (Comité des travaux hist. et scientif.): 145–158.
- MEBTOUL M. 2004. "L'introuvable" césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins. *Autrepart* 1/n° 29: 13–28.
- MERIE M. 1993. Sociologie et psychiatrie dans l'approche de la maladie mentale des immigrés maghrébins. In GUYOT J.-C. (ed). *Islam et santé. Anthropologie, médecine, psychiatrie, sociologie*. (Thematic issue) *Sociologie Santé* n° 9. F-Talence: MSHA (Maison des Sci. de l'Homme d'Aquitaine): 111–131.
- MOHIA-NAVET N. 1993. *Les thérapies traditionnelles dans la société kabyle. Pour une anthropologie psychanalytique*. Paris: L'Harmattan.
- MOUSSAOUI A. 2009. La mosquée en Algérie. Figures nouvelles et pratiques reconstituées. *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée* 125 (juillet); <http://remmm.revues.org/6159>.
- NAAMOUNI K. 1993. *Le culte de Bouya Omar. Sanctuaire de la possession et de la Hadra Rahhalyya*. Thèse. Casablanca: Edition Eddif.
- OBADIA L. 2007. "Iron-Man" contre les "Doctors". Résistances de l'Ayurveda à la biomédecine au Népal. *Revue Socio-Anthropologie* n°21: 107–121.
- OUTIS A. 1984. *Possession, magie et prophétie en Algérie. Essai Ethnographique*. Paris: L'Arcanère.
- PORDIÉ L. & SIMON E. (eds) 2013. *Les nouveaux guérisseurs. Biographies des thérapeutes au temps de la globalisation*. Paris: EHESS, coll. "En temps & lieux".
- RAVI PRIYA K. 2012. Social Constructionist Approach to Suffering and Healing: Juxtaposing Cassell, Gergen and Kleinman. *Psychological Studies* 57, 2: 211–223; http://home.iitk.ac.in/~krp/Papers/Gergen_PS_2012_57_211-223.pdf.
- ROSSI I. 2008. Médicalisation du mal-être, migration et société. D'une éthique clinique à une éthique sociale de la pratique clinique. *Revue des Sciences Sociales* 39: 60–69.
- ROUADJIA A. 1990. *Les frères et la mosquée. Enquête sur le mouvement islamiste en Algérie*. Paris: Karthala.
- ROY O. 2002. *L'islam mondialisé*. Paris: Éditions du Seuil.
- SAILLANT F. 2003. Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs. In SAILLANT F. & BOUMIANNE M. (eds). *Transformations sociales, genre et santé. Perspectives critiques et comparatives*. Paris: Les Presses Universitaires Laval/L'Harmattan: 263–281.
- SAKOYAN J. 2012. Les mobilités thérapeutiques. Bilan et perspectives depuis les Comores. *Anthropologie & Santé* 5; <http://anthropologiesante.revues.org/1035>.
- SALLMANN J.-M. (ed) 1992. *Visions indiennes, visions baroques: les métissages de l'inconscient*. Paris: PUF.
- SAYAD A. 2006. *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Paris: Raisons d'agir.
- SAYEGH L. & LASRY J.-C. 1993. Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal. *Santé mentale au Québec* 18, 1: 23–51.
- SCHNAPPER D. 1986. Modernité et acculturations. À propos des travailleurs émigrés. *Communications* 43, numéro thématique "Le croisement des cultures": 141–168; [DOI: 10.3406/comm.1986.1645].
- SICOT F. 2006. La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Déviance et Société* 30, 2: 203–232.
- TOUALBI N. 1984. *Religion, rites et mutations. Psychosociologie du sacré en Algérie*. Alger: Entreprise Nationale du Livre.
- TEMIME É. 2001. Des Kabyles à Marseille. Une migration précoce et durable. *Confluences Méditerranée* 4/n°39: 119–128.
- TERNISIEN X. 2002. *La France des mosquées*. Paris: Albin Michel.
- TOUHAMI S. 2010. *La part de l'œil. Une ethnologie du Maghreb de France*. Paris: Édit. du Comité des Travaux Hist. et Scie.
- WIHTOL DE WENDEN C. 2009. *La globalisation humaine*. Paris: PUF.
- WUJASTIK D. SMITH F. (ed) 2008. *Modern and Global Ayurveda. Pluralism and Paradigms*. New York: State University of New York Press.
- ZEMMOUR Z.-E. 2002. Jeune fille, famille et virginité. Approche anthropologique de la tradition. *Confluences Méditerranée* n°41 (mars): 65–76 (Éditions Groupe L'Harmattan).

First French version received August 13, 2015

Revised and shortened version received and accepted Nov. 30, 2017 for translation into English.

Fatima Zohra Cherak holds a PhD in social anthropology. Her dissertation treated with the representations and practices of ruqyah in France, Algeria and Egypt and was accepted September 15, 2007 by the University Aix-Marseille I (since 2012 part of AMU). She was an associated researcher from 2008–2011 at IREMAM (Equipe 5-Marges et identités plurielles du nord de l'Afrique) and is recently associated with GRAS (research unit in social sciences and health of the University of Oran). Her main fields of interest are the anthropology of health and of religion, as also health in general and especially mental health, immigration, education, media and nutrition.
e-mail: fcherak@mmsh.univ-aix.fr

James George Frazer's *Der goldene Zweig. Eine Studie über Magie und Religion* aus pränatalpsychologischer Sicht*

LUDWIG JANUS

Zusammenfassung Frazer hat das Rätselhafte und Fremdartige des bekannten Kultes von Nemi, bei dem der alte Priester jeweils durch seinen Nachfolger umgebracht wird, stimmig aus dessen Herkunft aus magischen Fruchtbarkeitskulten abgeleitet. Sein Nachweis der Kontinuität der Motive von den Ritualen auf der magischen Ebene zu den Ritualen auf der mythologisch-religiösen Ebene kann als eine Evolution der Mentalitätsstrukturen erfasst werden, und zwar auf einer sehr frühen Ebene aus einer entwicklungspsychologischen Sicht. Die magischen Rituale lassen sich als Mittel der Gefühlsregulation bei einem „projektiven Erleben“ verstehen. Weil die archaischen frühen Gefühle in der Projektion auf die Außenwelt wahrgenommen werden, kann auch dort durch magische Vermeidungen und Rituale eine frühe Verarbeitung von Gefühlen erfolgen. Die Wurzeln der Dramatik dieser magischen Gefühle werden in dem Beitrag in der Dramatik der menschlichen Geburtsbedingungen gesehen: wegen der „physiologischen Frühgeburtlichkeit“ sind menschliche Säuglinge relativ unreif und hilflos und leben bis ins zweite Jahr in einer Art „magischem Übergangsraum“ ohne eine klare Differenzierung von innen und außen; das bedingt eine besondere Vulnerabilität. Auf diesem Hintergrund können Elemente der magischen und mythischen Mentalität, wie sie Frazer schildert, ergänzend auf einer psychologischen Ebene verstanden werden.

Schlagwörter Frazer – magisches Erleben – Geburtspsychologie – physiologische Frühgeburtlichkeit.

Frazer's "The Golden Bough. A Study in Magic and Religion" reread from the perspective of prenatal psychology

Abstract Frazer explained in his book "The Golden Bough" the famous cult of Nemi with the ritual murder of the old priest by his successor out of the older cults of fertility. By this proof of the continuity from the magic rituals to the rituals on the mythological level the evolution of the mentalities is grasped on very basic level. From a developmental psychological perspective the magic rituals can be understood as tools to regulate emotions in the frame of a projective mentality. Because the archaic emotions are experienced in the projection on the outer world a managing of these emotions can happen by magic avoidances and rituals. The roots of the dramatic character of the magic emotions are seen in the dramatic character of the human birth: because of the so called "physiological prematurity" human infants are relatively unripe and helpless and live up to the second year in a magic transition space with no clear differentiation between inside and outside; that is the reason for a special vulnerability. On this background it is possible to understand the dynamic of the magic and mythic mentality in the reports of Frazer also on a psychological level.

Key Words Frazer – magic experience – birthpsychology – physiological prematurity.

French abstract, see p. 366

Einleitung

Frazers monumentales Werk *Der goldene Zweig. Das Geheimnis von Glauben und Sitten der Völker* ist eines der Grundlagenwerke der modernen Religionsethnologie (FRAZER 1890 ff, hier nach der deutschen Ausgabe 1928), das auf einer umfassenden

Sammlung und Auswertung der Berichte über magische und religiöse Rituale von den ersten Begegnungen mit den Stammeskulturen und den Traditionen verschiedener Gesellschaften beruht, wie sie im Rahmen der Entdecker- und späteren Kolonialzeit in einer oft sehr authentischen Weise möglich waren. Frazer hat diese Berichte in verschiedenen

* Dieser Beitrag ist die Zusammenfassung eines ausführlicheren Textes, der auf der Webseite www.Ludwig-Janus.de zur Verfügung steht und einen weiteren Einblick in die Arbeiten des Autors gibt, die mit dem Vortrag „Überblick über die pränatale Psychologie und ihre Anwendbarkeit zur Interpretation von kulturellen Gestaltungen und Kunst“ auf der 29. Fachkonferenz Ethnomedizin der AGEM e. V. mit dem Thema *Medizinethnologie 2016. The State of the Art*, Heidelberg, 17.–19.6.2016 vorgestellt wurden.

Themenbereichen geordnet, um auf diesem Hintergrund Rituale und Mythen der antiken Welt tiefer zu verstehen. Dieser Versuch, im Sinne der aktuellen Diskurses in seiner Zeit die Evolution magischer und religiöser Vorstellungen und Rituale zu beschreiben, war ein großer erster Schritt. Jedoch bestand das Problem, auch zu einem noch weiteren psychologischen Verstehen zu kommen, darin, dass seinerzeit noch keine ausreichenden Möglichkeiten zu einem psychologischen Verständnis und einer entsprechenden Interpretation bestanden. Erste bedeutende Ansätze wurden in der frühen Psychoanalyse gemacht, insbesondere durch SIGMUND FREUD in *Totem und Tabu* (1912), die zwar den entwicklungspsychologischen Hintergrund eröffneten, aber der damaligen begrenzten Perspektive entsprechend nur bestimmte Aspekte, insbesondere solche der Vaterbeziehung, erfassen konnten, die durch eine sehr spekulative Triebpsychologie unzulässig verallgemeinert wurden. Auch CARL GUSTAV JUNG'S Perspektive der Erfassung der Inhalte auf einer kollektivpsychologischen Ebene, wie er sie in *Wandlungen und Symbole der Libido* (1912) formuliert hatte, war durch die Eingrenzung des Interesses auf die archetypischen Muster begrenzt, wie ebenso durch den ungenügenden Kenntnisstand der damaligen Entwicklungspsychologie. Diese wissenschaftspolitische Situation führte zu einem Stillstand der weiteren Forschung, indem man sich in der Ethnologie einerseits auf eine weitgehend deskriptive Feldforschung beschränkte und zum anderen Frazers evolutionsbiologische und religionskritische Sicht überwiegend kritisierte und zu entwerten suchte, wie ebenso die konstruktiven Seiten der Verstehensansätze aus der frühen Psychoanalyse (KROEBER 1920).

Wie sehr Frazer selbst die Inhalte der von ihm gesammelten Berichte fremd waren, drückt sich m.E. in der distanzierenden Ausdrucksweise aus, indem er, dem Geist seiner Zeit folgend, von den „Wilden“ und den „Primitiven“ spricht. Doch hat er aus der intensiven Beschäftigung mit den Berichten oft eine tiefe intuitive Einsicht in die Inhalte und Muster des frühen magischen Erlebens, insbesondere auch auf deren Wiederkehr in den mythischen und religiösen Vorstellungen der antiken Hochkulturen.

Im Vergleich zu den angedeuteten Ansätzen in der frühen Psychoanalyse hat sich nun durch die Pränatale Psychologie eine neue Perspektive zum Verständnis der Inhalte der von Frazer zusammen-

getragenen Berichte ergeben, insofern sich durch regressionstherapeutische Befunde, die auf den grundlegenden Einsichten der beiden Analytiker OTTO RANK (1924, *Trauma der Geburt*) und GUSTAV HANS GRABER (1924) aufbauten, unser Wissen zur Entwicklungspsychologie entscheidend um die Dimension des vorgeburtlichen und geburtlichen Erlebens erweitert hat (VERNY 1981; FEDOR-FREYBERGH 1987, 1989; JANUS 2011a, 2016; EMERSON 2012, 2017; EVERTZ & JANUS 2003; JANUS & EVERTZ 2008; EVERTZ, JANUS & LINDER 2014 u. a.). Aus dieser Erweiterung unserer psychologischen Wahrnehmungsmöglichkeiten ergibt sich eine neue Verstehens Ebene für die Inhalte der von Frazer zusammengetragenen Berichte. Dies soll an einzelnen exemplarischen Beispielen erläutert werden.

Zuvor ist es jedoch noch nötig, einige Folgerungen aus dem Verstehen der Erlebnisbedeutung der Geburt (RANK 1924, GRABER 1924, JANUS 2011a) darzustellen, die mit der besonderen evolutionsbiologischen Stellung der menschlichen Geburt zusammenhängen, speziell der so bezeichneten „physiologischen Frühgeburtlichkeit“.

Evolutionsbiologische Besonderheiten der menschlichen Geburt

Die Babys des Homo sapiens werden neun bis fünfzehn Monate zu früh geboren (hier PORTMANN 1969, im Schrifttum ab 1941). Sie sollten von der Evolution her als sogenannte „Nestflüchter“ – als Krabbelkinder – geboren werden. Sie werden jedoch stattdessen, um durch den engen Geburtskanal überhaupt geboren werden zu können, als sogenannte „sekundäre Nesthocker“, als hilflose Säuglinge geboren, die ganz auf Schutz, Erwärmung, Getragenwerden usw. angewiesen sind. Ein Überleben mit diesen hilflosen Kindern war nur durch die Entwicklung einer größeren Familiarität der Menschen möglich (TREVATHAN 1987). Als ein Hintergrund für die Entwicklung einer Verengung des Geburtskanals wird der aufrechte Gang gesehen, der eine stabile Statik des Beckens erforderte. Die Hirnentwicklung hätte eigentlich eine Erweiterung des Geburtskanals erfordert. Der Kompromiss dieser Evolution war die Verkürzung der Schwangerschaft. Die psychologischen Implikationen dieser komplexen biologischen Vorgänge sind bisher noch kaum erforscht, wenn auch durchaus die Bedeutung

der „physiologischen Frühgeburtlichkeit“ allgemein anerkannt wird (GOULD 1992).

Der Therapeut und Kulturwissenschaftler HORIA CRISAN (1999) hat in Bezug auf die psychologischen Implikationen der „physiologischen Frühgeburtlichkeit“ Pionierarbeit geleistet. Das menschliche Baby wird zwar körperlich geboren, befindet sich aber seelisch noch in einem fötalen Erlebnishorizont. Man kann dies auch als eine Konfusion von innen und außen beschreiben, die wesentlich durch die Unreife des Hippocampus und des dem entsprechenden frontalen Körperschemas bedingt ist. Erst die Ausreifung dieser Hirnstrukturen im zweiten Lebensjahr erlaubt ein klare räumliche Orientierung und Differenzierung von innen außen. Dies wird als der evolutionsbiologische Hintergrund des von dem Entwicklungspsychologen HEINZ WERNER (1959) beschriebenen magischen und mythischen Erlebens des Kleinkindes gesehen. Die genannte Konfusion von innen und außen wird im Laufe der kindlichen und jugendlichen Entwicklung allmählich relativiert und korrigiert, so dass schlussendlich mit zwölf bis vierzehn Jahren formal-operationales Denken möglich werden kann und ebenso ein Fühlen, das eindeutig zwischen einem *Ich* und einem *Du* differenzieren kann.

Diese Entwicklungsmöglichkeiten eines modernen Ich werden als das Ergebnis eines langen „psychohistorischen“ Entwicklungsprozesses verstanden, an dessen Beginn eine magische Weltanschauung steht und später eine mythologisch-religiöse mit ihren Ritualen (JANUS 2013a). Die Psychohistorie widmet sich der Untersuchung der unbewussten Wurzeln und Hintergründe von geschichtlichen Entwicklungen, gesellschaftlichen Institutionen, kulturellen Normen und politischen Entscheidungen. Und diese Entwicklung ist das Thema Frazers, mit der speziellen Fokussierung auf die Fragestellung, in welcher Weise spätere mythologische Vorstellungen und Rituale ihre Wurzeln in der magischen Weltanschauung haben. Er entwickelt das, indem er die kulturgeschichtlichen Wurzeln des Kultes der Diana an einem See beim Dorf Nemi in den Albaner Bergen bei Rom zum Ausgangspunkt nimmt, der darum kurz dargestellt werden soll.

Der Kult um den „König der Wälder“ (S. 1 ff)

Frazer macht hierzu folgende Angaben:

Im Altertum war diese Waldlandschaft (bei Nemi) der Schauplatz einer seltsamen, immer wiederkehrenden Tragödie. Am Nordufer des Sees, unterhalb der steil abfallenden Felsen, an denen das heutige Dorf Nemi kauert, lag der Hain und das Heiligtum der Diana Nemorensis oder der Diana des Waldes. [...] der See liegt in einer kraterähnlichen Senkung am Berghang. In diesem heiligen Haine wuchs ein bedeutungsvoller Baum. In seiner Nähe konnte man zu jeder Stunde des Tages und auch wohl bis tief in die Nacht hinein eine düstere Gestalt umherstreifen sehen. Die Hand des Mannes umklammerte ein blankes Schwert und immer wieder hielt er vorsichtig Umschau, als erwarte er jeden Augenblick einen feindlichen Überfall. Er war ein Priester und Mörder zugleich und der Mann, nach dem er ausschaute, sollte ihn über kurz oder lang ermorden, um die Priesterwürde an seiner Statt zu übernehmen. So wollte es die Ordnung des Heiligtums. Wer nach der Priesterwürde strebte, konnte sein Amt nur antreten, wenn er den derzeitigen Priester ermordete. Hatte er diese Tat vollbracht, so blieb er so lange im Amt, bis er selbst von einem Stärkeren oder Geschickteren getötet wurde. Mit dem Amte, das der Priester dieser gefährvollen Sitte innehatte, war der Königstitel verbunden. [...] Zu der seltsamen Ordnung jenes Priestertums findet sich im klassischen Altertum keine Parallele, und sie lässt sich aus sich heraus auch nicht verstehen. Um die Erklärung zu finden, müssen wir weiter ausholen. Niemand wird leugnen, dass ein solcher Brauch an ein barbarisches Zeitalter gemahnt und, in die Kaiserzeit hineinragend, sich in augenscheinlicher Vereinsamung von der kultivierten italienischen Gesellschaft abhebt wie ein vorzeitlicher Fels, der mitten aus einem glatt geschorenen Rasen emporsteigt. Gerade das Rohe und Barbarische jenes Brauches lässt uns hoffen, eine Erklärung zu finden. [...] Es ist der Zweck dieses Buches [...], eine leidlich wahrscheinliche Erklärung für das Priestertum von Nemi zu bieten. (S. 1 f)

Um dieses Ziel zu erreichen durchforscht Frazer die seinerzeit verfügbaren Berichte von Sitten und Ritualen der Stammeskulturen, der frühen Hochkulturen, der Antike und auch von bäuerlichen Erntesitten, wie sie sein bedeutender Anreger, der Volkskundler WILHELM MANNHARDT (1875, 1877) zusammengetragen hat, um die Vorläufer und Wurzeln der einzelnen Motive des Kultes von Nemi zu erfassen und auf diesem Hintergrund dann den Kult in seinen einzelnen Elementen verstehen zu können. Aus diesem Forschungsansatz wird eine Forschungsreise durch die archaischen Inhalte der

menschlichen Kulturentwicklung, dessen Wiedergabe über 1000 Seiten umfasst. Mein Anliegen ist es nun, diese Inhalte, die Frazer in einem großartigen und doch geheimnisvoll bleibenden Tableau vor uns ausbreitet, mit dem Ansatz der Pränatalen Psychologie und der Psychohistorie einem vollständigeren Verstehen näher zu bringen. Dies werde ich in der Weise tun, dass ich die Inhalte einzelner exemplarischer Kapitel zunächst durch Zitate vergegenwärtige, um sie dann psychologisch zu interpretieren.

Erläuterungen zum Kapitel „Sympathische Magie“ (S. 15 ff)

Frazer erläutert mit folgenden Worten die „Grundlagen der Magie“:

Wenn wir die Grundlagen der Ideen im Einzelnen untersuchen, auf welchen die Magie beruht, so sehen wir, dass diese sich in zwei Teile gliedern: einmal, dass Gleiches wieder Gleiches hervorbringt, oder dass eine Wirkung ihrer Ursache gleicht; und dann, dass Dinge die einmal in Beziehung zueinander gestanden haben, fortfahren, aus der Ferne aufeinander zu wirken, nachdem die physische Berührung aufgegeben wurde. Der erste Grundsatz kann das Gesetz der Ähnlichkeit, der zweite das der Berührung oder der direkten Übertragung genannt werden. Aus dem ersten dieser Grundsätze schließt der Magier, dass er allein durch Nachahmung jede Wirkung hervorbringen kann, die er hervorbringen will; aus dem zweiten folgert er, dass alles, was er einem stofflichen Gegenstand zufügt, ebenso auf die Person wirkt, die einmal mit diesem Gegenstand in Berührung gestanden hat, [...]. (S. 15).

und führt hierzu einige Beispiele an:

Die bekannteste Anwendung des Satzes, dass Gleiches wieder Gleiches hervorbringt, ist vielleicht der Versuch, den viele Völker zu allen Zeiten gemacht haben, nämlich einen Feind zu verwunden, zu schädigen oder zu vernichten durch die Beschädigung oder Vernichtung eines Bildnisses von ihm, in dem Glauben, dass gerade so wie das Bild so auch der Mensch leidet, dass er sterben muss, wenn sein Bild vernichtet wird. [...] Wenn zum Beispiel ein Ojebwe-Indianer irgend einem Menschen Böses zufügen will, so fertigt er ein kleines hölzernes Bild seines Feindes an. Er sticht dann mit einer Nadel in Kopf oder Herz des Bildes, oder schießt mit einem Pfeil hinein in dem Glauben, wo immer die Nadel hineinsticht oder der Pfeil hintrifft, würde ein Feind im gleichen Augenblick einen heftigen Schmerz an der entsprechenden Stelle seines Körpers empfinden. Wenn er indessen beabsichtigt, den Betreffenden ganz und gar zu töten, verbrennt oder vergräbt er die

angefertigte Puppe unter Murmeln gewisser magischer Worte. [...] So pflegt unter den Batakas von Sumatra eine kinderlose Frau, die Mutter werden möchte, sich das hölzerne Abbild eines Kindes zu machen, und dieses im Schoß zu halten, in dem Glauben, es werde zur Erfüllung ihres Wunsches führen. (S. 18 ff)

Aus pränatalpsychologischer Sicht stellt sich die Situation so dar, dass ein Mitglied einer magisch-animistischen Kultur gewissermaßen im Modus der Gefühle eines Babys im Nachklang fötaler Allmachtsgefühle seine feindlichen oder sehnsüchtigen Gefühle unmittelbar in die Wirklichkeit umsetzen möchte. Das Baby in seinem „extrauterinen Frühjahr“ kann noch nicht zwischen innen und außen, beziehungsweise zwischen seinen Gefühlen und der äußeren Realität unterscheiden und dieses Erleben bestimmt das Erleben des magischen Menschen bis in das Erwachsenenalter. Dabei würde es bei einem erwachsenem Primaten selbstverständlich nicht zu einer solchen Konfusion kommen: Ein aggressiver Affekt würde eben in einer auf die Umweltbedingungen abgestimmten Weise seine instinktiven Verhaltensmuster mobilisieren. Wegen der „physiologischen Frühgeburtlichkeit“ lebt – so die Arbeitsthese – der Homo sapiens letztlich lebenslang in zwei Welten, einer imaginär fötalen und einer realen. Aus dieser Spannung entsteht die primäre Kreativität des Homo sapiens. Die magischen Verrichtungen schaffen einen eigenen imaginären Erlebens- und Handlungsraum. Das kontinuierliche Scheitern der magischen Bemühungen ist ein elementarer Wurzelgrund für eine Aktivierung von Bewusstsein und Kräften eines intelligenten Verstehens. Und dabei verstehe ich die Möglichkeit von Bewusstsein und Verstehen im Sinne von KONRAD LORENZ (1973) als ein auch bei manchen Tieren wie den Vögeln und insbesondere bei den anderen Primaten vorhandenes Potenzial einer Orientierungsreaktion unter schwierigen Umweltbedingungen, für die es keine sofortige instinktiv vorgegebene Handlungsbereitschaft gibt. Durch die beim Homo sapiens durch die „physiologische Frühgeburtlichkeit“ gegebene Konfusion zwischen pränatalen und perinatalen Gefühlen und erwachsenen Gefühlen und Affekten kommt es gewissermaßen zu ständigen selbst produzierten Enttäuschungs- und Notsituationen, einfach deshalb, weil der von den fötalen Allmachtsgefühlen her erhoffte Erfolg der magischen Beeinflussung nicht eintritt. Dieser Verstehenshorizont fehlt noch bei Frazer. Deshalb kann er die magischen Hand-

lungen nur als „falsch“ kategorisieren. Er erläutert dies mit folgenden Überlegungen:

Es ist kein Tabu, wenn man sagt: „Steck deine Hand nicht ins Feuer.“ Das ist eine Regel des gesunden Menschenverstandes, weil die verbotene Handlung ein wirkliches, nicht ein eingebildetes Unglück nach sich zieht. Aber jene negativen Regeln, die wir Tabu nennen, sind genauso unnütz und wertlos wie jene positiven, die wir Zauberei nannten. Beides sind nur entgegengesetzte Seiten oder Pole eines großen, verhängnisvollen Irrtums, eine irriige Auffassung von der Ideenassoziation. Der positive Pol jenes Irrtums ist Zauberei, der negative das Tabu. Wenn wir dem genannten falschen System den Namen Magie geben, und zwar theoretische als auch praktische Magie unterscheiden, so lässt sich das Tabu definieren als eine negative Seite der praktischen Magie. (S. 28)

Dabei wird der psychologische Aspekt nicht gesehen, dass die magischen Beeinflussungen und Tabus den konstruktiven Aspekt haben, auf der Ebene eines nur tranceartigen Bewusstseins mit der Ohnmacht und der Hilflosigkeit der Realität gegenüber und den damit verbundenen Ängsten und Schrecken innerlich fertig zu werden. Die magischen Rituale und Taburegeln stellen in diesem Verständnis eine Art psychohygienisches Management von projizierten Affekten dar, die eben noch nicht innerlich verarbeitet werden können. Darüber hinaus verfehlt die Argumentation Frazers die oben entwickelte Perspektive für die kreativen Aspekte der magischen Verrichtungen, die gerade wegen des Scheiterns der magischen Beeinflussungen den Impuls hervorrufen, die Umwelt so zu verändern, dass der magische Wunsch doch noch in der Realität umgesetzt werden kann. Das ist die Wurzel der frühen Erfindungen wie etwa des Feuers, der Kleidung, des Windschutzes und der vielen kleinen technischen Werkzeuge, über die die Stammeskulturen zur Erleichterung des praktischen Lebens verfügen. Gerade diese praktischen Erfindungen mindern dann aber die Bedeutung der, wie man sagen könnte, Alltagszauberei. Doch bleibt ein großer Rest wie die Unbilden des Wetters, die Nöte der Krankheiten und gesellschaftliche Misere. Für diese Probleme setzt man dann die magische Hoffnung auf gewissermaßen professionelle Zauberer und Magier. Zu deren Charakteristik trägt Frazer sehr interessante Beobachtungen bei, die ich wegen deren allgemeineren Bedeutung ausführlicher zitieren will:

Überall da, wo Zeremonien in dieser (magischen) Art zum allgemeinen Wohle beachtet werden, muss natur-

gemäß der Magier aufhören, ein reiner Privatpraktiker zu sein und zu einem gewissen Grade ein öffentlicher Beamter werden. Das Aufkommen einer solchen Beamtenklasse ist von großer Bedeutung für die politische und auch für die religiöse Entwicklung der Gesellschaft. (S. 66)

Erläuterungen zum Kapitel „Gefahren der Seele“ (S. 260 ff)

Frazer formuliert seine Vorstellungen zum Seelenbegriff in den Stammeskulturen mit folgenden Überlegungen:

Wie der Wilde allgemein die Vorgänge der unbeseelten Natur dadurch erklärt, dass er lebende Wesen annimmt, die in oder hinter den Erscheinungen wirken, so erklärt er die Erscheinungen des Lebens selbst. Wenn ein Tier lebt und sich bewegt, so meint er, dies sei nur möglich, weil ein kleines Tier in ihm sei, das es bewege. Wenn ein Mensch lebt und sich bewegt, so geschieht das nur, weil er in sich einen kleinen Menschen oder ein Tier birgt, das ihn bewegt. Das Tier in dem Tiere, der Mensch in dem Menschen ist die Seele. [...] Der Schlaf oder die Bewusstlosigkeit sind die zeitweilige, der Tod ist die dauernde Abwesenheit der Seele. Bedeutet also der Tod die dauernde Abwesenheit der Seele, so kann man sich entweder dagegen schützen, indem man die Seele daran hindert, den Körper zu verlassen, oder, wenn sie schon dahingegangen ist, ihre Rückkehr sicherzustellen sucht. Die Vorkehrungen, welche die Wilden treffen, um eines dieser beiden Ziele zu erreichen, nehmen die Form gewisser Verbote oder Tabus an. Sie sind nichts anderes als Regeln, die entweder die weitere Gegenwart oder die Rückkehr der Seele sicherstellen sollen. (S. 260)

Besonders plastisch ist folgendes Beispiel, das zeigt, dass auch unsere christliche Vorstellung von der unsterblichen Seele noch von dieser ursprünglichen Auffassung geprägt ist:

Ein europäischer Missionar hat zu ein paar Australnegern gesagt: „Ich bin nicht einer, wie ihr denkt, sondern zwei.“ Darauf fingen sie an zu lachen. „Ihr könnt lachen, soviel ihr wollt“, fuhr der Missionar fort, „ich sage euch, ich bin zwei in einem. Dieser große Körper, den ihr seht, ist der eine. Darin ist noch ein kleiner, der unsichtbar ist. Der große Körper stirbt und wird begraben, aber der kleine fliegt davon, wenn der große stirbt.“ Darauf antworteten einige von den Schwarzen: „Ja, wir sind auch zwei, wir haben auch einen kleinen Körper in der Brust.“ Auf die Frage, wohin der kleine Körper nach dem Tode gehe, meinten sie, er gehe hinter den Busch, andere, er gehe in das Meer und einige sagten, sie wüssten es nicht. Die Hurons glaubten, die

Seele habe einen Kopf und einen Körper, Arme und Beine, kurz, sie sei ein vollkommenes, kleines Modell des Menschen selbst. (S. 261)

Aus pränatalpsychologischer Sicht sind hier folgende Vermutungen hilfreich. Eine grundlegende emotionale Reaktion auf die evolutionsbiologisch bedingte „physiologische Frühgeburtlichkeit“ des Homo sapiens ist die emotionale Verleugnung der Geburt, die in diesem Fall darin besteht, sich selbst in der Konstellation der schwangeren Mutter mit einem kleinen Körper in sich zu erleben. Dies gibt dem Selbstgefühl eine Kohärenz, die aber immer wieder in prekärer Weise gefährdet ist, wenn das Verleugnungskonstrukt durch die Wirklichkeit gewissermaßen ausgehebelt wird, wie etwa durch die Zustände des Schlafes oder der Bewusstlosigkeit. Das erfordert dann im Besonderen magische Maßnahmen oder Tabus, wie sie von Frazer in extenso beschrieben werden. Hier nur ein Beispiel zum Thema „Abwesenheit und Zurückrufen der Seele“:

Es wird meistens angenommen, dass die Seele durch die natürlichen Öffnungen des Körpers, besonders durch Mund und Nasenlöcher, entweiche. Daher befestigt man auf Celebes zuweilen Fischhaken an Nase, Nabel und Füßen eines Kranken, damit seine Seele, falls Sie versuchen sollte, zu entschlüpfen, festgehakt und zurückgehalten werde. (S. 263)

Solche Rituale beleuchten lebhaft das durch die „physiologische Frühgeburtlichkeit“ bedingte Problem in der Konstitution des Homo sapiens, das darin besteht, dass durch die zu frühe Geburt die Kontinuität und innere Kohärenz des Organismus in grundsätzlicher Weise gefährdet sind. Durch die geschilderte Verleugnung und die magischen Rituale und Tabus soll eben diese Gefährdung kompensiert werden. Darum werden die magischen Maßnahmen auch von Frazer ganz richtig als „Lebenswächter“ bezeichnet. Sie sollen eben den Bezug zu sich selbst und zur eigenen Vitalität, der durch die zu frühe Geburt und damit verbundene traumatische Belastungen gefährdet ist, aufrechterhalten. Man könnte es auch so verallgemeinern: der durch die zu frühe Geburt bedingte „mismatch“ zwischen Mensch und Welt wird durch das Konzept des Fortlebens unseres vorgeburtlichen Selbst in uns als Seele kompensiert (s. auch JANUS 2011a: 228). Man könnte Heideggers Diktum von „Grundriss des Seins“ als ahnungshafte Formulierung dieser Grundproblematik verstehen.

Hier noch ein Beispiel, das man mit traumatischen Bedingungen in Zusammenhang bringen kann:

Häufig wird die Entziehung der Seele eines Menschen Dämonen zugeschrieben. So werden von den Chinesen Krämpfe und Wahnsinn für gewöhnlich auf die Tätigkeit gewisser schadenfroher Geister zurückgeführt, die es lieben, den Menschen die Seelen aus dem Körper zu ziehen. (S. 271)

Hier könnte man im modernen Verständnis vermuten, dass traumatische Bedingungen den Verlust eines lebendigen Lebensgefühls durch Abspaltungen von überfordernden Erfahrungen (Dämonen) und Aktivierungen von frühen Zusammenbrüchen des Erlebens verursacht haben.

Erläuterungen zum Kapitel „Frauen, die während der Menstruation und im Kindbett tabu sind“ (304 ff)

Wie die Kleider, welche ein heiliger Häuptling berührt hat, jeden töten, der sie berührt, so steht es auch mit Gegenständen, die von einer menstruierenden Frau berührt worden sind. Ein Australneger, der entdeckte, dass seine Frau während ihrer Periode auf seiner Decke gelegen hatte, tötete sie und starb selbst vor Angst innerhalb von 14 Tagen. Darum ist es australischen Frauen auch bei Todesstrafe zu dieser Zeit verboten, irgendetwas zu berühren, das Männer gebrauchen, ja selbst einen Weg zu gehen, den ein Mann benutzt. Auch im Kindbett sind sie isoliert, und alle von ihnen während ihrer Zurückgezogenheit gebrauchten Gefäße werden verbrannt. [...]. (304 f)

Diese Beispiele zeigen, wie leicht das fragile tranceartige Bewusstsein bei diesen vom magischen Erleben bestimmten Menschen, die sich real in einer ohnmächtigen Situation einer übermächtigen Natur gegenüber befanden, erschütterbar war und besonders geburtstraumatisch bedingte Ängste das Erleben und Verhalten bestimmen konnten. Die Berechtigung für die Behauptung dieses Zusammenhangs lässt sich aus regressionstherapeutischen und neurosenpsychologischen Beobachtungen ableiten, die belegen, dass geburtstraumatische Erfahrungen irrational erscheinende Ängste, speziell auch vor dem weiblichen Genitale bei Männern, und sexuelle Funktionsstörungen sowie Beziehungsstörungen zur Folge haben können (JANUS 2013b, 2015).

Diese Beispiele von auf die Menstruation und auf das Kindbett bezogenen Ängsten und magischen Verhaltensweisen machen auch anschaulich, dass

die magischen Vermeidungen und Tabus die Mittel der Gefühlsregulation auf dieser Bewusstseinsstufe sind, die auf der Ebene des modernen Erlebens und der Notwendigkeit einer inneren Gefühlsregulation ihre Entsprechungen in den von der Psychoanalyse entdeckten Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Vermeidung und überichbedingte Selbstbestrafung haben. Das kann analog zu einem Verinnerlichungsprozess gelesen werden, der eine wesentliche Linie im Sinne des psychohistorischen Entwicklungsprozess der Identitätsstruktur ist, wie es schon Adorno und Horkheimer (1988) betont haben.

Erläuterungen zum Kapitel „Das Töten des Baumgeistes“ (S. 431 ff)

Frazer leitet dieses Kapitel mit folgenden Worten ein:

In einem früheren Kapitel dieses Werkes haben wir die Annahme begründet gefunden, dass der König der Wälder von Nemi als Verkörperung des Baumgeistes oder des Vegetationsgeistes angesehen wurde, und dass er als solcher in der Auffassung seiner Anhänger wohl mit der magischen Kraft begabt war, die Bäume Frucht tragen, das Getreide wachsen zu lassen und so weiter. [...] Wir haben jedoch gesehen, dass gerade die Bedeutung, die man dem Leben des Menschengottes beilegte, seinen gewaltsamen Tod als einziges Mittel erforderlich machte, um es vor dem unvermeidlichen Verfall des Alters zu bewahren. Dieselbe Überlegung kommt für den König der Wälder in Frage. Auch er musste getötet werden, damit der göttliche Geist, der in ihm verkörpert war, unverletzt auf seinen Nachfolger übergehe. (S. 431 f)

Frazer vermutet, dass die Möglichkeit, so lange zu regieren, bis ein Stärkerer auftaucht, die Milderung einer alten Regelung einer Regierung über einen sehr begrenzten Zeitraum war, für die er einige Beispiele gibt. Er erläutert dann an verschiedenen Volksbräuchen, wie diese alte Vorstellung bis heute fortlebt. Es sind insbesondere Darstellungen des Baumgeistes in mit Blättern und Blüten bekränzten Frühlingsgöttern, in Bayern des so genannten „Pfungstls“, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden sollen. Zusammenfassend schreibt Frazer:

Verkörpern diese Persönlichkeiten indessen, wie sie es sicherlich tun, den Geist des Wachstums im Frühling, so erhebt sich die Frage: Warum werden sie getötet? Welchen Sinn hat es, den Geist des Wachstums überhaupt und noch dazu im Frühling zu erschlagen? (S. 437)

Der entscheidende Gesichtspunkt dabei ist, dass es nicht um einen Vernichten geht, sondern um einen Tod, der erst eine Auferstehung und Erneuerung möglich macht:

Die Tötung des Gottes, d. h. seiner menschlichen Verkörperung, ist daher lediglich ein notwendiger Schritt zu seiner Wiederbelebung oder Auferstehung in einer besseren Gestalt. Weit entfernt, eine Ausrottung des göttlichen Geistes zu sein, müssen wir vielmehr darin den Beginn einer reineren und stärkeren Verkörperung desselben sehen. Ist diese Erklärung der Sitte des Tötens göttlicher Könige und Priester stichhaltig, so ist sie noch besser anwendbar auf die Gewohnheit der alljährlichen Ermordung des Vertreters des Baum- oder Wachstumsgeistes im Frühjahr. Der Verfall des Pflanzenlebens im Winter wird nämlich von primitiven Menschen gern als Abnahme der Kräfte des Wachstumsgeistes gedeutet. Der Geist ist, so meint man, alt und schwach geworden und muss daher erneuert werden, indem man ihn tötet und in jüngerer und frischerer Form wieder zum Leben erweckt. So wird die Tötung des Vertreters des Baumgeistes im Frühling als ein Mittel angesehen, das Wachstum der Vegetation zu fördern. Das Töten des Baumgeistes wird nämlich stets stillschweigend, so müssen wir annehmen, zuweilen jedoch auch ausdrücklich mit seiner Wiederbelebung oder Auferstehung in einer neuen und kraftvolleren Form in Verbindung gebracht. (S. 438)

Diese Beispiele und Überlegungen mögen ausreichen, um die Plausibilität der pränatal-psychologischen Verstehensperspektive nachvollziehen zu können. In diesem Verständnis gehen diese Rituale darauf zurück, dass die im magischen Erlebnishorizont lebenden Menschen das äußere Geschehen der Jahreszeiten mit der sterbenden Natur und ihrer Wiederbelebung im Frühling im Spiegel ihrer pränatalen und perinatalen Gefühle, man könnte auch sagen, ihrer Stammhirngefühle wahrnehmen. Eine Eigenart dieser Gefühle ist die, dass sie nicht reflektiert werden können, sondern wie eine Realität erlebt werden und die Wirklichkeit im Spiegel dieser Realität gesehen wird. Die Inszenierungen von Tod und Auferstehung sind dann rituelle Wiederholungen perinataler Urerfahrung und stellen gewissermaßen ein Verständnis der Naturvorgänge auf Stammhirnniveau dar. So obskur diese Rituale erscheinen, so ermöglichen sie doch, gestaltend in Naturvorgänge einzugreifen, was den anderen Primaten so nicht möglich ist. Je mehr jedoch die wirklichen Vorgänge bei den Jahreszeiten und beim Wachstum der Pflanzen verstanden wurden, desto mehr relativierte sich die Notwendigkeit der Ritu-

ale zur Minderung von Angst und Schrecken aus den traumatischen Aspekten der Diskontinuitäts-erfahrung der Geburt. Wie der Pränatalpsychologe Terence Dowling (Mitteilung in seinen Seminaren) und die psychotraumatologisch erfahrene Psychoanalytikerin RENATE HOCHAUF (2014) unabhängig voneinander entdeckt haben, besteht ein Element einer traumatisch belasteten Geburtserfahrung darin, dass es zu einem Zusammenbruch des Erlebens oder einer passageren Bewusstlosigkeit kommen kann, aus der das Kind nach dem Überleben der traumatischen Belastung wieder auftaucht, gewissermaßen vom Tod wieder ins Leben kommt. Das ist die Nahtoderfahrung, die in diesen Inszenierungen von Tod und Auferstehung rituell gestaltet ist. So irrational diese Inszenierungen sind, bergen Sie doch das Potenzial, ein Naturgeschehen auf eine quasi symbolische Ebene zu heben, die aber noch als eine Realität erlebt wird. Darum die konkretistische Gestaltung durch reale Tötung und Opferung.

Erläuterungen zum Unterkapitel „Menschenopfer für die Ernte“ (S. 628 ff)

Um die Dramatik der existenziellen Abhängigkeit der frühen Ackerbaukulturen zu verdeutlichen, möchte ich noch Beispiele zu den Menschenopfern im Zusammenhang mit Aussaat und Ernte zitieren:

Die Indianer von Guayanil in Ecuador opferten früher Menschenblut und die Herzen von Menschen, wenn sie die Felder bestellten. Die Bevölkerung von Cannar opferte früher Hunderte von Kindern alljährlich bei der Ernte. Die Könige von Quito und die Incas von Peru pflegten solche barbarischen Sitten und eine lange Zeit hindurch waren die Spanier nicht instande, die blutige Zeremonie zu unterdrücken. Bei einem mexikanischen Erntefest, als die ersten Früchte der Jahreszeit der Sonne geopfert wurden, stellte man einen Verbrecher zwischen zwei riesige Steine, die einander gegenüber im Gleichgewicht gehalten waren, und durch die er getötet wurde, als sie zusammenfielen. Seine Überreste wurden begraben, und ein Tanz folgte hierauf. Die Zeremonie trug den Namen „das Zusammentreffen der Steine“. Wir sahen, dass die alten Bewohner Mexikos Menschen opferten und dass das Alter der Opfer mit dem Alter des Kornes übereinstimmte. Sie opferten neugeborene Kinder, wenn gesät wurde, ältere Kinder, wenn die Saat aufgegangen war, und so fort, bis sie völlig ausgereift war, worauf sie alte Männer opferten. Fraglos sollte die Übereinstimmung zwischen dem Alter der Opfer und dem Alter des Getreides die Wirksamkeit des Opfers noch erhöhen. (S. 629 f)

Der wissenschaftsgeschichtlich bedeutende Volkskundler Wilhelm Mannhardt, von dem Frazer wesentliche Impulse bezog, hatte in Bezug auf in der Struktur vergleichbare grausame Riten im bäuerlichen Europa in seinem Fragebogen schon festgestellt, dass diese Erntesitten dank des „erfreulichen Fortschritts der rationellen Landwirtschaft immer mehr verschwänden ...“.

Die für uns kaum nachvollziehbare Grausamkeit dieser Riten spiegelt die tranceartige Mentalität dieser frühen Gesellschaften – so die These –, die noch sehr wenig zwischen inneren Gefühlen und äußeren Gegebenheiten differenzieren konnten (OBRIST 1988). Dies sei auch ein wesentlicher Grund für den uneinfühlsamen und grausamen Umgang mit den Kindern, an denen sich die Erwachsenen in ihren Gefühlen eben wegen dieser geringen Differenzierung zwischen Ich und Welt auslebten. Der schon erwähnte und teils umstrittene Psychohistoriker LLOYD DEMAUSE (2000) hat diesen Stil im Umgang mit Kindern, der mit Kinderopfern einherging, als „infantiziden Modus“ des Umgangs mit geopfert Kindern postuliert. Wenn uns diese Berichte auch kaum glaublich erscheinen, sollten wir uns bescheiden daran erinnern, welch ungeheuerliche Grausamkeiten in den für uns gewohnten heutigen Kriegsinszenierungen liegen, die durchgeführt werden, weil wir nicht glauben, dass wir in anderer Weise unseren Sicherheitsbedürfnissen gerecht werden könnten, dabei aber in keiner Weise in der Lage sind, den irrationalen Charakter dieser Inszenierungen wahrzunehmen, geschweige denn ihn zu reflektieren. Das würde es erlauben einzusehen, dass auch hier früheste vorsprachliche Nahtotsituationen ausgelebt werden, wie dies deMause (2005) immer wieder eindringlich beschrieben hat, insbesondere in seiner Arbeit „Restaging fetal traumas in wars and social violence“ (DEMAUSE 1996). Ein Stück weit verständlicher wird dies, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass wegen der „physiologischen Frühgeburtlichkeit“ Menschen die Welt oder ihre Gesellschaft unbewusst, bzw. von ihren auf Stammhirnebene lokalisierten Gefühlen her, als nährenden Mutterleib erleben, der ihre existenzielle Versorgung und ihren Schutz sichert. Bei einer Gefährdung dieser Versorgung und dieses Schutzes konstituiert sich deshalb eine Geburtsdramatik mit den entsprechenden Überlebensängsten und ihren kurzschlussartigen Reaktionen (WASDELL 1993). In den alten berichteten Opferungen werden diese To-

desängste an den Anderen ausgelebt, in den obigen Beispielen an Kindern, in den Beispielen der Kriege in unserer Zeit an jungen Männern, wie dies jüngst in dem Film „Frantz“ (2016 dt./fr.) einsichtig aufgezeigt worden ist. Die Einsicht in diese Zusammenhänge unseres Erlebens, die ein psychologisches Verständnis der von Frazer zusammengetragenen Berichte ermöglicht, ist eine Chance dafür, gleichartige gesellschaftliche Handlungsstrukturen in unserer Zeit besser zu verstehen, beziehungsweise sie erst einmal überhaupt anzuerkennen, was in den universitären Kulturwissenschaften meines Wissens nicht der Fall ist, weil psychologisches Verstehen dem medizinisch-therapeutischen Bereich zugeordnet wird.

Das verstellt den Blick insbesondere für den Sachverhalt einer Besonderheit unseres Gefühlslebens, dass frühe vorsprachliche Gefühle und Erfahrungen dem symbolischen Erleben des Sprachichs wie eine Realität erscheinen, sodass nur auf einer Handlungsebene reagiert werden kann. Der neurobiologische Hintergrund für diesen Sachverhalt besteht darin, dass sich unser Gehirn nach der „Tri-Una-Brain-Theorie“ von McLEAN (1990) aus evolutionsbiologischen Gründen aus drei Schichten aufbaut, wobei das Stammhirn dem Froschhirn entspricht, das Mittelhirn dem Säugetierhirn und das Großhirn spezifisch für die Primaten und für den Homo sapiens ist. Das Problem besteht in einer nur zum Teil gelungenen Abstimmung und Koordination zwischen den Schichten, insbesondere zwischen dem Stammhirn und Mittelhirn auf der einen Seite und dem Großhirn auf der anderen Seite. Dieses unzureichende Zusammenspiel ist nach dieser Theorie der Hintergrund für manches scheinbar irrationale Verhalten des Menschen, das dann in dissoziierter Weise von den Impulsen des Stammhirns und Mittelhirns bestimmt werden kann. Deshalb sprach ARTHUR KÖSTLER (1993 [1978]) vom Menschen als einem „Irrläufer der Evolution“.

Erläuterungen zum Kapitel „Der goldene Zweig“ (S. 1018 ff)

Frazer hat sich in den Kapiteln davor ausführlich mit den Mythen um den Götterliebhaber Balder beschäftigt, der scheinbar unverwundbar war, aber dann doch durch den Wurf mit einer Mistel getötet wurde. Zusammenfassend schreibt er:

Die Auffassung, dass Balders Leben sich in der Mistel befand, steht demnach völlig im Einklang mit der Denkweise des Primitiven. Es mag freilich wie ein Widerspruch klingen, dass zwar sein Leben in der Mistel steckte, er aber trotzdem durch einen Hieb mit dieser Pflanze getötet wurde. Wenn man nun aber annimmt, dass das Leben eines Menschen in einem besonderen Gegenstand verkörpert ist, mit dessen Bestehen sein eigenes Dasein untrennbar verknüpft ist und dessen Zerstörung seine eigene Vernichtung zur Folge hat, dann lässt sich der fragliche Gegenstand sowohl als sein Leben als auch seinen Tod betrachten [...]. Die Tatsache, dass die Misteln nicht aus dem Boden, sondern aus dem Stamme und den Zweigen des Baumes herauswachsen, könnte den Gedanken noch bestätigen. Der Primitive könnte denken, der Geist der Eiche habe, wie er selbst, sich bemüht, sein Leben an einem sicheren Ort aufzubewahren und es zu diesem Zwecke in die Mitte gesetzt, die in gewissen Sinne weder auf der Erde noch im Himmel lebt und demnach wohl außer Gefahr sein dürfte. In einem früheren Kapitel sahen wir, dass der Primitive das Leben seiner menschlichen Gottheiten möglichst zu erhalten sucht, indem er sie zwischen Himmel und Erde schweben lässt, weil sie dort am wenigsten den Gefahren ausgesetzt erscheinen, die das Leben des Menschen auf der Erde umgeben. (S. 1022)

Und nun kommt Frazer zu seinem entscheidenden Schluss für das Verständnis des Rituals von Nemi:

Nun sind Gründe beigebracht worden für die Annahme, dass der Priester des Hains von Nemi, der König der Wälder, den Baum verkörperte, auf dem der goldene Zweig wuchs. Wenn dieser Baum die Eiche war, muss daher der König des Waldes eine Verkörperung des Geistes der Eiche gewesen sein. Es ist demnach nicht schwer zu verstehen, weshalb der goldene Zweig abgebrochen werden musste, ehe der König des Waldes getötet werden konnte. (S. 1029)

In pränatalpsychologischer Sicht ist der entscheidende Aspekt der, dass im Zentrum die unauflöslliche Symbiose zwischen Eiche und Mistel steht, wie sich auch das Kind vor der Geburt in einer unauflösllichen Verbindung mit seiner Mutter befindet. Die Auflösung dieser Symbiose wird durch das Abbrechen der Mistel symbolisiert und dies ist der Bruch, der zu dem geburtssymbolischen Kampf mit dem Tod des bisherigen Königs und dessen Weiterleben in dem neuen König führt, wie die Geburt das Ende der vorgeburtlichen Existenz bedeutet, wie ebenso den Beginn einer neuen nachgeburtlichen Existenz. Dieses Motiv ist der Hintergrund dieses Rituals, wie es ebenso den Hintergrund für alle archaischen Vorläufer von sterbenden und wieder auferstehenden

Göttern ist, wie sie Frazer zusammengetragen und dargestellt hat. Immer geht es um das Wunder des Fortlebens durch den Existenzwechsel hindurch, wie ihn die Geburt darstellt. Was beim Tier ein biologischer Prozess ist, wird beim *Homo sapiens* durch die durch die Evolution biologisch bedingten traumatischen Belastungen bei der Geburt, die „physiologische Frühgeburtlichkeit“ und das damit verbundene Diskontinuitätstrama gewissermaßen zum seelischen Ereignis.

Dabei ist interessant, dass Frazer bei seiner Interpretation einen Aspekt nicht erwähnt, und zwar den, dass im Kult von Nemi die frühere Opferung oder Selbstopferung des Königs oder Priesters durch einen Kampf ersetzt ist. Dies kann man als Ausdruck einer historischen Ich-Stärkung verstehen, als ein Aufbäumen gegen die einfach vollzogene Opferung. Doch trägt die Art der rituellen Einbindung des Kampfes immer noch den Charakter des Opfers.

Zusammenfassende Bemerkungen

Es ergeben sich hier verschiedene Gesichtspunkte, die nacheinander benannt werden sollen:

Frazer hat das Rätselhafte und Fremdartige des Kultes von Nemi stimmig aus dessen Herkunft aus magischen Fruchtbarkeitskulten abgeleitet. Durch den Nachweis der Kontinuität der Motive von den Ritualen auf der magischen Ebene zu den Ritualen auf der mythologisch-religiösen Ebene wird die Evolution der Mentalitätsstrukturen erfasst, und zwar auf einer sehr frühen Ebene. In einer entwicklungspsychologischen Sicht lassen sich die magischen Rituale als Mittel der Gefühlsregulation bei einem projektiven Erleben verstehen. Weil die archaischen stammhirnbezogenen frühen Gefühle in der Projektion auf die Außenwelt wahrgenommen werden, kann auch dort durch magische Vermeidungen und Rituale eine urchimliche Verarbeitung von Gefühlen erfolgen.

Durch diese Beobachtungen und Schlussbildungen können auch Elemente des historischen Prozesses zugänglich werden: Die Projektion bzw. die Externalisierung inneren Erlebens ermöglichte einen imaginären Handlungsraum, der aber vor allem der Wahrung der inneren Kohärenz und damit einer gewissen Ich-Entwicklung förderlich war. In Bezug auf die Außenwelt bedeutete das beständige Scheitern der magischen Beeinflussungen eine stete Her-

ausforderung, die Welt so zu verändern, das sie den projizierten Gefühlen und Wünschen entsprechen sollte, kurz gesagt, die Welt zu einem Ersatz für die zu früh verlorene primäre Heimat zu machen. Diese Konstellation erscheint als eine wesentliche Quelle für die kontinuierliche Dynamik der kulturellen Evolution.

In der Darstellung Frazers werden wichtige Aspekte des ersten Schrittes dieser Evolution, die Entwicklung vom magischen Welterleben zum religiös-mythischen Welterleben erfasst. War das magische Welterleben durch das Erleben des Säuglings in seinem „extrauterinen Frühjahr“ bestimmt, wo er wegen seiner existenziellen Hilflosigkeit noch keine realen Handlungsmöglichkeiten hatte, sondern nur über die Möglichkeiten magischer Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen verfügte, so stand dem zwei- bis dreijährigen Kind schon die Ebene persönlicher Gefühlsbeziehungen und Beziehungsbeeinflussungen zur Verfügung, wobei die Eltern noch ganz in einer projektiven Weise mit magischen Kräften begabt sind. All dies spiegelt sich in der religiösen Weltanschauung wider, wo es darum geht, ein höheres Wesen durch Gebete zu beeinflussen und evtl. durch Opferungen gnädig zu stimmen, wie sie von Frazer anschaulich beschrieben werden.

Die irrational-magische Seite des religiösen Erlebens, das zwar der Wahrung einer inneren Kohärenz und damit auch einer gewachsenen Handlungsfähigkeit förderlich war, hatte jedoch auch wegen seines Scheiterns in der Bewältigung der Wirklichkeit die Folge einer Aktivierung der Potenziale, die Umwelt wahrzunehmen und damit eine Reflexion der Wirklichkeit zu ermöglichen, wie sie sich in den technischen und sozialen Neuerungen im Laufe der Geschichte kontinuierlich entwickelte und schließlich nach der Aufklärung zum wissenschaftlichen Weltbild führte. Das setzte eine weitgehende Differenzierung zwischen innen und außen, zwischen meinen Gefühlen und der äußeren Wirklichkeit voraus. Das wiederum ist der Motor für die Entwicklung einer die inneren Befindlichkeiten und Beziehungen reflektierenden Literatur und schlussendlich der modernen Tiefenpsychologien (JANUS, KURTH, REISS & EGLOFF 2017).

Frazer hat in seinem Werk mit der Schilderung des magischen und mythisch-religiösen Welterlebens gewissermaßen das „Unbewusste“ im historischen Prozess erfasst und beschrieben, also die Widerspiegelungen frühestkindlichen und frühkind-

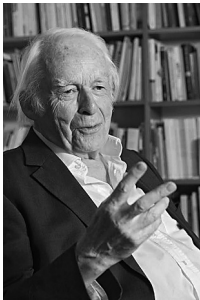
lichen Erlebens im Prozess der kollektivseelischen Entwicklung, das aber auf der individuellen Ebene in der frühkindlichen Amnesie verborgen war. Diese Amnesie war jedoch eigentlich eine Unfähigkeit, von der Ebene des späteren Sprach-Ichs her die Wirklichkeit der frühen vorsprachlichen Gefühle unmittelbar zu erfassen, die aber in der Dynamik des psychohistorischen Prozesses eine zentrale Rolle spielen und initial von RANK (1924, 1930, 1932) erfasst und dann im Rahmen der Psychohistorie erforscht wurden (DEMAUSE 1996, 2000, 2005, JANUS 2009, 2011b u. a.).

Ein anderer schwieriger Aspekt ist der, dass der Gedanke einer psychokulturellen Evolution, der durch Frazers Buch so überzeugend belegt wird, in den Kulturwissenschaften eher randständig geworden ist. Das Diktum ist „different but equal“, um sich in einer Position der korrekten Indifferenz zu halten und nicht unzulässiger Verallgemeinerungen geziehen zu werden. Man beschränkt sich auf die Beschreibung. Nach dem großen Entwurf von Frazer standen dann im letzten Jahrhundert in der Ethnologie erst einmal die Feldforschung und die Sammlung von Einzelheiten im Vordergrund. Aber gerade in dieser Situation scheint es mir auch sinnvoll, große Perspektiven zu suchen, wie sie etwa Frazer erarbeitet und dargestellt hat. Durch die psychologische Erschließung, wie sie hier versucht wurde, gewinnt sie ein neues Gewicht. Dies kann gerade ermöglichen, auch die psychologische Dimension der Befunde der Feldforschung im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit zugänglich zu machen.

Zitierte Literatur zur Vertiefung

- ADORNO T. W. & HORKHEIMER M. 1988. *Die Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- COLUMBUS C. 1492. *Das Bordbuch* (herausgegeben von Robert Grün. Erdmann, Tübingen 1970).
- CRISAN H. 1999. Das geistige Echo des präverbalen Daseins. Eine entwicklungspsychologische Skizze. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11: 65–105.
- DEMAUSE L. 1996. Restaging fetal traumas in wars and social violence. *Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 171–212. [Auch als Download verfügbar: www.ludwig-janus.de].
- 2000. *Was ist Psychohistorie?* Gießen: Psychosozial.
- 2005. *Das emotionale Leben der Nationen*. Klagenfurt: Drava.
- EMERSON W. 2012. *Die Behandlung von Geburtstraumata bei Säuglingen und Kindern*. Heidelberg: Mattes.
- 2013. Die Folgen geburtshilflicher Eingriffe. In JANUS 2013b (Hg), a. a. O.: 65–99.
- 2017. *Geburtstrauma – Auswirkungen der modernen Geburtshilfe auf die Psyche des Menschen*. Verleger: Dipl.-Ing Moshammer, A 8505 St. Nikolai im Sausal 1a.
- EVERTZ K. & JANUS L. (Hg) 2003. *Kunstanalyse*. Heidelberg: Mattes.
- EVERTZ K., JANUS L. & LINDER R. (Hg) 2014. *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie*. Heidelberg: Mattes.
- FEDOR-FREYBERGH P. (Hg) 1987. *Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Die Begegnung mit dem Ungeborenen*. Älvsjö, Schweden: Saphir.
- FEDOR-FREYBERGH P. & VOGEL V. (eds) 1989. *Encounter with the Unborn*. Casterton Hall, Carnforth: Parthenon.
- FRAZER G. J. 1928. *Der goldene Zweig. Das Geheimnis von Glauben und Sitten der Völker*. Leipzig: Hirschfeld, 2 Bde. [nach der gekürzten englischen Ausgabe, London 1925, neu aufgelegt u. a. zuletzt bei Rowohlt, Reinbek 1989].
- FREUD S. 1912. *Totem und Tabu*. GW IX, Frankfurt am Main: Fischer.
- GEBSER J. 1949. *Ursprung und Gegenwart*. Bd. 1. Stuttgart: Europ. Verlagsanstalt.
- GOULD S. 1992. Human babys as embryos. In *ibid.* (ed). *Ever Since Darwin*. New York: Norton. York: p 70–78.
- GRABER G. H. 1924. *Die Ambivalenz des Kindes*. [Diss., Leipzig: Imago; Wien, Zürich]. Auch in Ges. Werke Bd. 1. (Bezug über Axel Bischoff, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg).
- GROF S. 1983. *Topographie des Unbewussten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HOCHAUF R. 2007. *Frühes Trauma und Strukturdefizit*. D-Kröning: Asanger.
- 2014. Der Zugang analytischer Psychotherapie zu frühen Traumatisierungen. In EVERTZ K. *et al.* (Hg), a. a. O.: 383–425.
- JANUS L. 2009. *Die Geschichte der Menschheit als psychologischer Entwicklungsprozess*. Heidelberg: Mattes.
- 2011a. *Wie die Seele entsteht*. Heidelberg: Mattes.
- 2011b. 25 Jahre „Deutsche Gesellschaft für Psychohistorische Forschung“. In LANGENDORF U., KURTH W., REISS H. & EGLOFF G. (Hg). *Wurzeln und Barrieren von Bezogenheit*. Heidelberg: Mattes.
- 2013a. *Die Psychologie der Mentalitätsentwicklung*. Münster: LIT.
- (Hg) 2013b. *Die pränatale Dimension in der Psychotherapie*. Heidelberg: Mattes.
- 2015. *Geburt*. Gießen: Psychosozial.
- 2016. Die prä- und perinatale Zeit des Lebens (-9 Monate bis 0 Monate/Geburt). In POSCHESCHNIK G. & TRAXL B. (Hg). *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft*. Gießen: Psychosozial: 241–262.
- 2018. *Homo foetalis et sapiens. Das Wechselspiel des fötalen Erlebens mit den Primateninstinkten und dem Verstand als Wesenskern des Menschen*. Heidelberg: Mattes.
- JANUS L. & EVERTZ K. (Hg) 2008. *Kunst als kulturelles Bewusstsein vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen*. Heidelberg: Mattes.
- JANUS L., KURTH W., REISS H. & EGLOFF G. (Hg) 2017. *Der Wandel der Identitätsstrukturen im Laufe der Geschichte*. Heidelberg: Mattes.
- JUNG C. G. 1997 [1912]. *Wandlungen und Symbole der Libido*. München: dtv.
- KÖSTLER A. 1993 [1978]. *Der Mensch – Irrläufer der Evolution*. Frankfurt am Main: Fischer.
- KROEBER A. 1920. *Totem and Taboo: An Ethnologic Psychoanalysis*. *American Anthropologist* 22: 48–55.
- LORENZ K. 1973. *Die Rückseite des Spiegels. Versuch einer Naturgeschichte des menschlichen Erkennens*. München: Piper.
- MANNHARDT W. 1875 u. 1877. *Wald- und Feldkulte*. (1. Bd.: Der Baumkultus der Germanen und ihrer Nachbarstämme. Mythologische Untersuchungen. 2. Bd.: Antike Wald- und Geld-

- kulte aus nordeuropäischer Überlieferung erläutert). Berlin (Wiederholte Neuauflagen, u. a. Olms, Hildesheim 2002).
- MACLEAN P. 1990. *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Press (Springergruppe).
- OBRIST W. 1988. *Die Mutation des Bewusstseins*. Frankfurt: Lang.
- OESTERDIEKHOF G. 2013a. *Die Entwicklung der Menschheit von der Kindheitsphase zur Erwachsenenreife*. Heidelberg: Springer.
- 2013b. Psycho- und Soziogenese der Menschheit – Strukturgenetische Soziologie als Grundlagentheorie der Humanwissenschaften. In JANUS L. (Hg) 2013a, a. a. O.: 25–51.
- PFEIFFER C. 2015. *The Abolition of the Parental Right to Corporal Punishment in Sweden, Germany and other European Countries. A Model for the United States and other*. (Forschungsbericht 128). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- PORTMANN A. 1956. *Zoologie und das neue Bild vom Menschen. Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*. Hamburg: Rowohlt.
- 1969. *Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*. Basel: Huber [3. neu bearbeitete Aufl., ders. 1956, a. a. O.]
- RANK O. 1930. *Seelenglaube und Psychologie. Eine prinzipielle Untersuchung über Ursprung, Entwicklung und Wesen des Seelischen*. Leipzig & Wien: Franz Deuticke.
- 1998 [1924]. *Das Trauma der Geburt*. Gießen: Psychosozial.
- 2000 [1932] *Kunst und Künstler*. Gießen: Psychosozial.
- SCHAIK C. VON & MICHEL K. 2016. *Das Tagebuch der Menschheit. Was die Bibel von unserer Evolution verrät*. Reinbek: Rowohlt.
- TREVATHAN W.R. 1987. *Human Birth*. New York: Aldine de Gruyter.
- VERNY T. & KELLY J. 1981. *Das Seelenleben des Ungeborenen*. München: Rogner & Bernhard.
- WASDELL D. 1993. *Die pränatalen und perinatalen Wurzeln von Religion und Krieg*. Pfaffenweiler: Centaurus. [Download bei www.Ludwig-Janus.de].
- WERNER H. 1959. *Einführung in die Entwicklungspsychologie*. München: Barth.
- Manuskripteingang 2. März 2017,
revidierte gekürzte Version angenommen 28. Nov. 2017



Ludwig Janus, *1939, Dr. med., arbeitet seit 1975 als psychoanalytischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Heidelberg und ist Dozent und Lehranalytiker am Psychoanalytischen Weiterbildungsinstitut in Heidelberg. Er erforscht seit Jahrzehnten die Äußerungen des Seelenlebens im Bereich der Prä- und Perinatologie (ISPPM) und hat hierzu und zur Psychohistorie zahlreiche Bücher veröffentlicht.

e-Mail: janus.ludwig@gmail.com
www.isppm.de
www.ludwig-janus.de
www.psychohistorie.de

Wie Tätowierte zu Kriminellen gemacht wurden. Der Kriminalisierungsdiskurs von Tätowierungen am Beispiel der Heidelberger Sammlung Schönfeld*

IGOR EBERHARD

Zusammenfassung Tätowierungen können mittlerweile nur noch sehr bedingt bestimmten Erfahrungen, Schichten oder Einstellungen zugeordnet werden. Dennoch sind Tätowierungen noch immer eher negativ(er) konnotiert. Vorurteile und auch Berührungängste existieren trotz der großen Verbreitung von Tätowierungen noch immer in der Öffentlichkeit sowie in der Wissenschaft. Diese Vorurteile haben vorwiegend historische Ursachen. Die Ursprünge dieser Stereotype und ihr wissenschaftsgeschichtlicher und -theoretischer Niederschlag werden im Rahmen dieses Artikels behandelt. Als Beispiel hierfür dienen die Forschungen und die Heidelberger-Sammlung des Dermatologen und Medizinhistorikers Walther Schönfeld (1888–1977).

Schlagwörter Homo criminalis – Tätowierung – Tätowierungsgeschichte – Walther Schönfeld – Medizingeschichte – Geschichte der Kriminologie – skin studies – forensische Medizinanthropologie

How Tattooed Humans were Branded Criminals. Discourses of Criminalization and Tattooing with Particular Reference to the “Heidelberger Sammlung Schönfeld”

Abstract Today, tattooing has become a widespread socio-cultural phenomenon. At the same time, tattoos have remained connoted negatively as stigma of certain subsections and subculture within mainstream society. Hence, to this day, tattooed people face reservation and prejudices, evident in both public and scientific discourses. This article interrogates the roots of the stigma of tattooing in contemporary Western societies with a focus on History of Tattooing and of Science. More particularly, it will draw attention on the Heidelberg-based collection of dermatologist and historian of medicine Walther Schoenfeld (1888–1977).

Key word Homo criminalis – tattoo – tattoo history – Walther Schoenfeld – history of medicine – history of criminology – skin studies – forensic medical anthropology

French abstract, see p. 367

Einleitung: Fremdheit und „Tätowierungswut“

Die Wissenschaftsgeschichte der Tätowierung ist eine Geschichte ihrer Exotisierung, Kriminalisierung und Pathologisierung. Der Artikel geht diesen Spuren in der Wissenschaftsgeschichte und -theorie nach. Am Beispiel der Forschungen und der Sammlung des Arztes und Medizinhistorikers Walther Schönfeld (1888–1970) am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Heidelberg (im Folgenden: SSH) wird diese Kriminalisierungsgeschichte verdeutlicht.¹

Vor allem durch die Entdeckungsfahrten von James Cook, Louis Antoine de Bougainville, Adam Johann Baron von Krusenstern und anderen For-

schern seit dem 18. Jahrhundert entstand im euro-amerikanischen Raum auch bald das Interesse an Tätowierungen. Davor existierte diese Praxis nur noch in gesellschaftlichen und geografischen Nischen, wie bei Pilgern oder bosnischen Katholikinnen, weiter (vgl. OETTERMANN 1994, GILBERT 2000). Durch die Reiseberichte der Seefahrer und Entdecker wurden Tätowierungen wieder bekannt – und interessant. Für das öffentliche Bewusstsein war es etwas eher Neuartiges und Faszinierendes, dass es diese Kulturtechnik überhaupt gab, da sie nur noch in den Randbereichen der Wahrnehmung existieren. Je bekannter dieser scheinbar exotische Brauch wurde, desto größer wurde auch das Interesse daran, ihn zu dokumentieren und zu erforschen.

* Überarbeiteter nachgetragener Beitrag aus dem Programm der 29. Fachkonferenz Ethnomedizin mit dem Thema *Medizinethnologie 2016. The State of the Art*, in Heidelberg, 15.–17.6.2016 aus dem Forschungsbereich „Kriminelle Körper“.

Tätowieren wurde mit den exotischen Fremden und den „Primitiven“ verbunden, die durch die Kolonialisierung und Christianisierung von „Barbarei“ und „Heidentum“ befreit werden sollten. Das Tätowieren galt als Beleg für diese Primitivität – und es erschien logisch, dass es in Folge der europäischen Zivilisierungsmaßnahmen bald verschwinden würde (vgl. SCHEUCH 1997, DEMELLO 2014: 142ff). Das machte die in zeitgenössischen Quellen immer wieder so genannte „Tätowierungswut“ in Europa umso erstaunlicher. Diese Tätowierungswut war nichts Negatives, sondern eher eine Raserei. Sie war Ausdruck der Begeisterung und Faszination für Tätowierungen. Diese „Wut“ führte zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl Tätowierter (vgl. SCHÖNFELD 1963: 89; OETTERMANN 1994: 58f). Das Phänomen existierte bis Anfang des 20. Jahrhunderts. Einerseits galten Tätowierte als primitiv und exotisch. Andererseits wollten sehr viele Menschen, vor allem in der Unterschicht, beim gehobenen Bürgertum und beim Adel tätowiert werden (vgl. SCHÖNFELD 1960: 99ff). Die Tätowierungswut im euroamerikanischen Raum einerseits und andererseits diese scheinbar primitive Kulturtechnik bei unzivilisierten Menschen verunsicherten wohl auch. Wilhelm Joest schrieb deshalb 1887: „Körperbemalen, Narbenzeichnen und Tätowieren [*sic*] mögen Manchem auf den ersten Blick als Sitten erscheinen, zu deren Vergleichung und Besprechung man nur Naturvölker oder dahin geschwandene Rassen heranziehen kann – die vorliegende Arbeit dürfte gezeigt haben, dass heute, am Ende des 19. christlichen Jahrhunderts in Europa unter allen Schichten der modernen Gesellschaft, von der höchsten bis zur niedersten, die Sitte der Hautmalerei, die Beliebtheit des Narbenschmucks und selbst der Brauch der Tätowierung noch nicht ausgestorben sind“ (JOEST 1887: 109).

Das Interesse vieler Wissenschaftler war geweckt. Vor Einsetzen dieser „Wut“ wurden Indigene und Einheimische mit indigenen Tatauierungen, die lange in den erforschten und kolonisierten Gebieten lebten, öffentlich herangereicht und bestaunt (vgl. PUTZI 2006, GILBERT 2000). Ihre Auftritte in Adelshäusern, bei Wissenschaftlern oder auf Jahrmärkten wurden ein beliebtes Thema.

Die Faszination galt über viele Jahre vorwiegend den Fremden oder den Einheimischen, die aus der Fremde zurückkamen. Es gab nur wenige Berichte über Tätowierungen im eigenen, europäischen Raum. Mit dem Aufkommen der „Tätowierungswut“

kam auch die „Binnenexotik“, wie OETTERMANN es nennt (1994: 60). Die europäischen Tätowierungen der „eigenen“ – eigentlich zivilisierten – Menschen kamen in den Blick. Ausdruck dieser Begeisterung waren auch die Vorführungen von Starktätowierten bzw. von sogenannten „Tätowierten Attraktionen“ auf Jahrmärkten, in Schaubuden oder bei wissenschaftlichen Untersuchungen. Sie machten die „Binnenexotik“ sichtbar und beförderten damit das Interesse an Tätowierungen.

Erst im ab Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts erschienen neben Reiseberichten erste wissenschaftliche Werke über das Tätowieren. Viele richteten den Blick noch vor allem in die Ferne, hin zu den scheinbar „primitiven“ Anderen. Arbeiten wie Michael HABERLANDTS Artikel *Über die Verbreitung und den Sinn des Tätowirens* (1885) oder die Bücher von Heinrich WUTTKE über die *Die Entstehung der Schrift* (1872), Wilhelm JOESTS *Tätowieren* (1887) oder Alfred HERZS *Tätowierung* (1900) etwa legen davon Zeugnis ab. Mit ihren Schriften ging es ihnen nur wenig um die Tätowierung selbst. Wichtiger war ihnen, die Entwicklung der eigenen Kultur und Zivilisation in Abgrenzung zu anderen zu erklären. Ein wichtiges Indiz für ihre evolutionistische Sichtweise auf das Fremde war das Tätowieren, das als Vorläufer der Kunst und vor allem der Schrift gesehen wurde. Michael Haberlandt schrieb etwa: „[...] es ist in der Tat ein merkwürdiges Surrogat der Schrift sonst schriftloser Stämme“ (HABERLANDT 1885: 15).

Viele dieser Werke waren geprägt durch eine klare Dichotomie: Dort die Fremden mit ihrer primitiven „Schrift“ und ihrer „primitiven“ Kunst. Hier die zivilisierte Schrift- und Leitkultur. Die atavistischen Vorläufer der eigenen Kultur in der Fremde dienten als Erklärungsmuster für die eigene Zivilisiertheit. Die primitiven „Naturmenschen“ benötigten bis zum Eintreffen der Europäer die Tätowierung: Sie waren schriftlos und hatten auch keine wirkliche Kunst. Ihnen fehlten die fördernde Hilfestellung der Trinitas aus Christentum, Wissenschaft und Kolonialismus. Der Wiener Dermatologe Isidor Neumann fasst die Gründe für Tätowierungen dementsprechend zusammen: „Welche sind nun die Motive, die den Tätowierungen zu Grunde liegen? [...] Primitive religiöse Vorstellungen, Fetischismus, Aberglaube sind bei den rohen Urvölkern wohl Hauptmotive; [...]“ (NEUMANN 1893: 1256).

Durch die Theorien von Charles Darwin, Herbert Spencer und anderen verstärkten sich diese

evolutionistischen Ansätze. Eine weitere Theorie galt der These, dass Tätowierungen eine Art früher Kleidungsersatz sein könnten. Dafür sprach, dass Tätowierungen aus wärmeren Weltgegenden wie Ozeanien, Neuseeland, Afrika etc. ins europäische Bewusstsein drängten. Gerne wurde vergessen, dass Tätowierungen aus der Arktis, aus Kanada und den USA schon längst bekannt waren. Gerade im arktischen und subarktischen Raum waren Tätowierungen weiterhin verbreitet – und auch dokumentiert (vgl. KRUTAK 1998a, 2007). Das ist ein Widerspruch, der nicht wirklich aufgelöst wurde.

Einer der ersten, der intensiver den Blick auf die eigene Kultur richtete war Wilhelm Joest, der in seinem Buch *Tätowiren* von 1887 indigenes und europäisches Tätowieren miteinander verglich. Er kam zu dem Ergebnis: „Wie schon bemerkt wurde, ist die eben besprochene Tätowirung nur als eine Abart der ursprünglichen Sitte zu betrachten; im Grossen und Ganzen spielt sie auch in Europa die Rolle, die ihr zukommt, die eines allbeliebten Körperschmucks. Auch der Europäer lässt sich gerne, sei es nun in der Fremde oder im Vaterlande, tätowiren“ (JOEST 1887: 105f). Joest stand dem Thema eher aufgeschlossen gegenüber. Er war einer der wenigen, der das von sich sagen konnte. Er war sogar selbst tätowiert. Seine eigenen japanischen Tätowierungen sind in seinem Buch abgebildet. Längere Zeit war Joest zwar wichtig im wissenschaftlichen Diskurs; er nahm jedoch eine singuläre Position ein. Wie Otto Lauffer 1914/15 konstatierte, war der Blick auf Tätowierungen vor allem medizinisch oder kriminalistisch geprägt (vgl. LAUFFER 1914/15: 8f).² Auch LEPPMANN lehnte Lombrosos Theorien schon ab und wies die Verbindung von Tätowierung und Kriminalität eher zurück (vgl. 1894).

Das war die direkte Folge von zwei Ereignissen, die beide in Verbindung zu Verbrechen standen. Das eine waren mehrere öffentlichkeitswirksame Prozesse, bei denen Tätowierungen eine Rolle spielten (vgl. KLEES-WAMBACH 1976: 159). Vor allem der „Process Schall“, der ab 1849 die Gerichte und die Öffentlichkeit beschäftigten, beeinflusste die Wahrnehmung von Tätowierten nachhaltig. Bei diesem Mordfall aus der Nähe Berlins spielte eine Tätowierung zur Identifizierung eines Mordopfers und eines vermeintlichen Mörders eine entscheidende Rolle. Der Gerichtsmediziner Johann Ludwig Casper stellte ausführliche Untersuchungen an, ob Tätowierungen verschwinden können. Er benötigte dieses

Wissen, um sowohl Opfer als auch Täter in diesem Prozess zu identifizieren. Casper begann, empirisch zu erforschen, ob Tätowierungen verblasen oder verschwinden können. Seine Studie war eine der ersten oder möglicherweise sogar die erste (empirische) Studie über Tätowierungen (vgl. OETTERMANN 1994: 59ff, BÄMMANN 2006b: 44–48). Die Folge dieser Prozesse und dieser gerichtsmedizinischen Forschung war ein regelrechter Boom an Untersuchungen. Nach Stephan Oettermann hat der „von nun an eröffnete Diskurs darüber nicht mehr den Dunstkreis des Forensischen verlassen“ (OETTERMANN 1994: 62). Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Kriminalität und die neuen Ansätze der Kriminologie, die das Wesen von Verbrechern als solche, erfassen wollten, führten auf der anderen Seite zur intensiven Auseinandersetzung mit Tätowierungen.

1. Die Suche nach dem geborenen Verbrecher

Das zweite Ereignis war die Veröffentlichung zweier Bücher: Alexandre LACASSAGNES *Les Tatouages. Étude Anthropologique et Médico-Légale* von 1881 und Cesare LOMBROSOS *L'Uomo Delinquente* von 1876. Beide waren Ärzte und Kriminologen. Sie gründeten jeweils konkurrierende Schulen der Kriminologie. Sie waren beide erfolgreich und ihre wichtigsten Schriften wurden und werden bis heute intensiv rezipiert. Vor allem Lombrosos Werk hat immer noch Einfluss(!). John Carter und Percy Muir zählen 1969 Cesare Lombrosos *L'Uomo Delinquente* zu einem der 400 *Bücher, die die Welt verändern*, so der Titel ihres Werkes (CARTER/MUIR zit. nach OETTERMANN 1994: 64 und 127: FN 27). Besonders Lombrosos Theorien über Tätowierungen machten seine „[...] axiomatischen Schlussfolgerungen bezüglich des Zusammenhangs zwischen Tätowierung und krimineller Delinquenz zum Gründervater einer überaus nachhaltigen Deformation des abendländischen Diskurses über Tätowierung ...“ (LANDFESTER 2012: 303).³

Aber sowohl Lacassagne als auch Lombroso prägten den Diskurs über Tätowierungen. Ihr Ziel war jedoch ein anderes: Beide wollten herausfinden, wie Menschen zu Verbrechern werden. Sie suchten den „Homo Criminalis“. Während Alexandre Lacassagne mehr Umweltfaktoren und soziale Faktoren in Ergänzung zu biologischen Faktoren einbezog, setzte Cesare Lombroso vor allem weitgehend auf biologische Faktoren mit einigen mehr oder wenigen sozialen Ursachen. Zwei Schulen trennten sich mit

ihnen diametral in ihren Ansichten: „In Abgrenzung von der Klassischen Schule verbindet sich mit beiden Vorstellungen eine Abhängigkeit der Kriminalität von determinierenden Umständen, welche das Individuum dauerhaft prägen und besonderes die karrierehafte schwerwiegende Kriminalität erklären sollen“ (KUNZ 2011: 42).⁴ Lacassagne und seine umweltsoziologische Schule lehnten biologische Faktoren als (Mit-)Ursachen für Kriminalität nicht ab. Sie legten nur stärker das Gewicht auf soziale Faktoren. Allerdings spielten für ihn außerdem phrenologische und physiognomische Faktoren eine Rolle. Beeinflusst von Emile Durkheim war die Rolle der Gesellschaft jedoch wichtiger für ihn (vgl. KLEES-WAMBACH 1976: 47ff).

Cesare Lombroso dagegen suchte den „geborenen Verbrecher“, den „Homo criminalis“. Für Lombroso und seine positivistische Schule waren dies degenerierte, (erblich) kranke „Verbrechermenschen“, wie sie Peter Strasser in seiner – schon klassischen Studie – über die Auswirkungen von Lombrosos Ansätze nennt (vgl. STRASSER 2005). Lombroso geht von medizinisch-naturwissenschaftlichen, rassen-theoretischen und evolutionistischen Ideen aus. Er sieht vor allem bei Schwerkriminellen klare Indizien für eine biologische Determiniertheit ihrer Verbrechen: Ihr schlechter Charakter spiegelt sich in einer bestimmten Physiognomik und in „körperlichen und seelischen Anomalien wie fliehende Stirn, hohe Backenknochen, krauses Haar, Gemütlosigkeit, Grausamkeit, Hemmungslosigkeit und weitgehende Schmerzunempfindlichkeit“ (KUNZ 2011: 45) wider.⁴ Der Homo Criminalis wird beherrscht durch niedere Triebe – und ist starken Zwängen ausgesetzt. Damit entspricht er einer niedrigeren, atavistischen Entwicklungsstufe der Menschheit (vgl. LOMBROSO 2006 [1876], 1887, 1894). Als Erklärung für die Entstehung des Homo Criminalis sieht Lombroso: „Die Gemütskranken oder moralisch Geisteskranken sind der eigentliche Boden, auf dem der zum Verbrecher geborene Mensch entsteht, oder bilden den Übergang zu diesem; es sind Egoisten von reinstem Wasser, die keiner warmen Empfindung, keines Mitleids fähig sind, die ungerührt bleiben bei dem Tode, bei den grausamen Qualen ihrer Angehörigen, wenn sie sich nicht gar an diesem grausamen Schauspiele mit innerer Freude weiden“ (LOMBROSO 1887: 221).

Was genau „moralisch Geisteskranken“ sind, ist nicht ganz eindeutig. Die Gründe für die Entwicklung zum Verbrecher liegen für Lombroso in

biologisch-genetischen Ursachen. Sie ist angeboren und vererbbar. Durch diese Ansichten wird er direkt zum Vorläufer und Ideengeber der nationalsozialistischen Eugenik und des nationalsozialistischen Mordsystems (vgl. ECKART 2012: 28ff; Horn 2003; HUTTON 2005). Laut Anja Laukötter indizierten nach Lombroso die „Besonderheiten in der körperlichen Erscheinung [...] demnach fast immer eine ‚Perversion des moralischen Empfindens‘. Kriminalität und sexuelle Abweichungen seien ‚Zeichen einer angeborenen Degeneration‘. Auch wenn dieser Ansatz bereits um die Jahrhundertwende als widerlegt galt, fand die ‚Theorie des geborenen Verbrechers‘ immer wieder Anwendung“ (LAUKÖTTER 2013: 38).

2. Tätowierte als Verbrecher

Die Zeichen dieser biologischen oder sozialen Degeneration waren jedoch sowohl für Cesare Lombroso als auch für Alexandre Lacassagne körperlich sichtbar. Es gab nicht nur phrenologische und physiognomische Hinweise auf den *Homo Criminalis*, sondern auch andere Zeichen: Tätowierungen. Sie lieferten klare Beweise. Beide suchten in Gefängnissen und bei Soldaten nach Zeichen für diese kriminelle Degenerierung. Beide fanden sie dort. Es war ihnen wichtig, empirische Untersuchungen vorzunehmen. Doch sie machten jedoch beide einen entscheidenden Denkfehler: Da beide Tätowierte in Gefängnissen, Irrenanstalten und bei Soldaten untersuchten, konnten sie nur auf tätowierte Gefangene, „Irre“ und Soldaten stoßen. Andere Tätowierte konnten sie somit nicht finden. Auch die erhofften Rückschlüsse von bestimmten Tätowierungs-Motiven auf eine bestimmte Tat waren nur schwer möglich. Kai Bammann schreibt entsprechend: „Das ‚Warum‘ entzog sich der Klärung. Unklar blieb dabei auch die Frage, wo die Tätowierungen entstanden waren. Im Gefängnis? Oder schon vor der Haft?“ (BAMMANN 2006b: 43f).

Trotz dieser Denkfehler fanden Lacassagne und Lombroso, was sie suchten. Sie entdeckten entweder „geborene Verbrecher“ oder „Degenerierte“ – beide mit Tätowierungen. Alexandre Lacassagne entdeckte keine „geborenen Verbrecher“, sondern die des „type retardé“ in seinem Werk *Les Tatouages* (vgl. 1881). Tätowierungen waren für ihn Folge einer „degenerativen Entwicklung [...] in deren Verlauf der Verbrecher seinen moralischen Abstieg durch die Tätowierung gleichsam ex post dokumentierte, [...]“ (LANDFESTER 2012: 305). Für Lacassagne sind

die Tätowierungen kein Atavismus, sondern eine „Umwandlung des ununterbrochen fortwirkenden Instinkts“ (KLEES-WAMBACH 1976: 48). Tätowierungen sind somit eine direkte Folge einer fortgesetzten Kommunikationsstörung der Unterschicht, die sich nicht anders auszudrücken vermag (vgl. ebd.). Die gestörte Unterschicht zeigt durch die mangelnde Kommunikationsfähigkeit Zeichen schriftloser, naturnaher Kulturen. Wie diese haben auch die Degenerierten fehlende Moralvorstellungen, da sie stärker ihren Trieben und Instinkten ausgesetzt sind. Lacassagnes Forschungen über Tätowierungen waren Teil der Suche nach den Ursprüngen der „Krankheit“ Kriminalität. Kriminalität kann durch soziale Verbesserungen und Zivilisierung reduziert werden, so die These (vgl. LACASSAGNE 1881). Evolutionistische Ideen kommen bei Alexandre Lacassagne nur durch die „Hintertür“ herein. Dennoch sind die Aufwertung der Menschen und die evolutionäre Zivilisierung Ziel seiner Forschungen. Nur untersucht Lacassagne „des types retardés“, während bei Wuttke, Haberlandt, Joest und Anderen vor allem indigene Gruppen außerhalb Europas „Forschungsgegenstand“ werden.

Für Cesare Lombroso und seine Schüler dagegen sind Tätowierte dezidiert auf einer niedrigen Stufe der Evolution zu finden. Sie sind krank, degeneriert und Abschaum. Damit sind sie nicht besser als irgendwelche „Wilde“ außerhalb Europas, wie er in seiner Schrift *The Savage Origin of Tattooing* in „Popular Science Monthly“ darlegt (vgl. LOMBROSO 1896). Für Hans Kurella, den wichtigsten deutschsprachigen Schüler Lombrosos stehen Tätowierte für ihn, genau wie alle anderen „Anormalen“ oder körperlich in irgendeiner Form auffälligen Menschen, unter Generalverdacht: „Praktisch ist das Vorkommen von Tätowierungen bei gebildeten unbestraften Männern sehr wichtig, da es fast mit absoluter Sicherheit auf eine latente Kriminalität schliessen lässt, zumal wenn fliehende Stirn, massige Kiefer oder Henkelohren zugleich bestehen (wie bei zwei mir bekannten noch unbestraften, aber sehr verdächtigen Gentlemen)“ (KURELLA 1893: 109).

Damit werden Tätowierungen und körperliche Anomalien direkt mit Kriminalität gleichgesetzt. Ob diese Menschen wirklich kriminell waren oder irgendwann vielleicht einmal kriminell werden könnten, spielt keinerlei Rolle mehr. Es steht „fast mit absoluter Sicherheit“ fest: Die beschriebenen Männer sind Kriminelle, ob sie nun ein Verbrechen

ausgeübt haben oder (noch) nicht. Der Psychiater und Arzt Hans Kurella übertrifft mit seinen Theorien Lombroso selbst, der immerhin noch soziale Faktoren als möglicherweise mitentscheidend für die Entwicklung des „geborenen Verbrechers“ betrachtete. Kurella geht davon aus, dass „all criminal behavior was biologically determined and [he] categorically rejected all sociological explanations of crime“ (WETZEL 2000: 52). **Damit haben Tätowierungen eine biologische Ursache. Nicht nur Lombroso und Kurella ziehen diese Schlüsse. Auch viele andere Wissenschaftler kommen zum Teil bis heute zu ähnlichen Ergebnissen. Damit war der Weg freigemacht für biopolitische, eugenische und „rassehygienische“ Ideen.**

Dennoch gab es schon früh Kritik an den Ansätzen von Lombroso und Lacassagne. Wilhelm Joest etwa schrieb: „Lacassagne hat aber ganz vergessen, dass er seine eingehenden Studien über das Tätowieren der Europäer bei 3 algerischen ‚Bataillons d’Afrique‘, d. h. bei dem Auswurf an Verbrechern, Sträflingen, Mördern und Galeerensclaven der ganzen französischen Armee gemacht hat! Er weiss es einfach nicht, dass es viele Tausende braver, solider Europäer giebt, die tätowiert sind“ (JOEST 1887: 104). Joest war einer der Wenigen, der zu dieser Zeit die Theorien von Lombroso, Kurella und Lacassagne nicht teilte. Er blieb weitgehend alleine mit seiner Meinung. Die negative Meinung über Tätowierte wurde um die Jahrhundertwende herum noch einmal popularisiert. Der Wiener Architekturkritiker und -theoretiker Adolf Loos verfasste 1908 seine Schrift *Ornament und Verbrechen*. Darin führte er Lombroso, Kurella und Lacassagne fort: „Der moderne Mensch, der sich tätowiert, ist ein Verbrecher oder ein Degenerierter. Es gibt Gefängnisse, in denen achtzig Prozent der Häftlinge Tätowierungen aufweisen. Die Tätowierten, die nicht in Haft sind, sind latente Verbrecher oder degenerierte Aristokraten. Wenn ein Tätowierter in Freiheit stirbt, so ist er eben einige Jahre, bevor er einen Mord verübt hat, gestorben“ (Loos 2012 [1908]: 94f).

Loos Schrift war – wenn auch provokant formuliert – symptomatisch. Er fasste weit verbreitete Vorstellungen zusammen. Gerade für Loos ist ein Mensch nur ein „nützliches – und das heißt bei ihm immer nutzbares – Mitglied der Gesellschaft [...], wenn er sauber, pünktlich und gehorsam dem Verkauf seiner Arbeitskraft nachgeht, sprich die Moralkodizes bürgerlicher Machart widerspruchslos

internalisiert hat“ (OETTERMANN 1994: 72). Freiheit von diesen Vorstellungen oder Revolutionen der bürgerlichen Ordnung, wie sie sich teilweise die Oberschicht und der Adel im 19. Jahrhundert erlauben konnten, sind nicht vorgesehen. Selbst der Fürsprecher der Tätowierung, Wilhelm Joest, betonte die Notwendigkeit der Abgrenzung zu einem Teil der Tätowierten: „[...] aber allein die Thatsachen, dass es von Europäerinnen nur Prostituierte der schlimmsten Sorte sind, die sich tätowieren, und dass ferner nur Europäer bzw. Weisse – nie aber sogenannte ‚Wilde‘ – sich obscöne Dinge, in die Haut stechen lassen (die meist Bezug auf unnatürliche Laster haben) zeigen, wie sehr diese ursprünglich heidnische Sitte, einer exotischen Pflanze gleich, auf unserm christlich-europäischen Boden zu einem widerlichen Unkraut entarten konnte“ (JOEST 1887: 105).

Walther Schönfeld und seine Heidelberger Forschungen verdeutlichen diese Ansichten, auch wenn er sich zum Teil von ihnen abgrenzte.

3. Walther Schönfeld im Rahmen des Tätowierungsdiskurses

Walther Heinrich Paul Schönfeld (*15.05.1888 in Gersfeld, †26.03.1977 in Heidelberg) war Mediziner durch und durch. Als Dermatologe und Venerologe wurde er zur Koryphäe für Syphilisforschung und für Geschlechtskrankheiten allgemein. Er beschäftigte sich außerdem intensiv mit Hauttuberkulose, Pocken, Berufsdermatosen, Gonorrhöe, Herpes und Lupus (vgl. ECKART 2007: 409, NEMETZ 2004). Als Dermatologe und Venerologe galt er als Pionier und bedeutender Wissenschaftler. Aber er war auch ein Pionier der Tätowierungsforschung. SCHÖNFELD verfasste, neben zahlreichen Artikeln zum Thema, mit dem 1960 erschienenen Buch *Körperbemalen, Brandmarken, Tätowieren. Nach griechischen, römischen Schriftstellern, Dichtern, neuzeitlichen Veröffentlichungen und eigenen Erfahrungen, vorzüglich in Europa* einen Klassiker, der im deutschsprachigen Raum die Forschung und auch den Diskurs zum Thema Tätowieren viele Jahre mitbestimmen sollte. Seine mehr als 40jährige Beschäftigung damit hatte sich ausbezahlt. Das Buch wurde im deutschsprachigen Raum für viele Jahre zum Standardwerk. Sein Buch und seine Artikel wurden und werden intensiv zitiert und rezipiert.

Damit sein Buch *Körperbemalen* und seine Artikel solche Relevanz entfalten konnten, benötigte er seine Sammlung. Sie machte es ihm nicht nur

möglich, plastisch zu unterrichten. Sie half ihm darüber hinaus seine medizinischen Lehrbücher, seine anderen Bücher und seine Artikel anschaulicher und informativer zu gestalten (vgl. EBERHARD 2013, NEMETZ 2004). Die Archivalien und Objekte seiner Sammlung dienten jedoch nicht nur zur Bebilderung oder zur Vermittlung. Sie waren auch direkte Quellen für seine Forschungstätigkeit. Aus ihnen leitete er direkt seine wissenschaftlichen Ergebnisse ab, die zu seiner theoretischen und praktischen Beurteilung der Tätowierung führte. Aus diesen wiederum leitete er seine Kategorisierungen und auch seine Systematiken ab (vgl. etwa SCHÖNFELD 1960: 69–108).

Wahrscheinlich ist die Heidelberger Sammlung Schönfeld, im deutschsprachigen Raum eine der umfangreichsten und vollständigsten Sammlungen über Tätowierungen und Körpermodifikationen.⁵ Der Zeitraum, in dem Schönfeld gesammelt hatte, lässt sich von circa 1920 bis 1960 datieren und umfasst sein gesamtes Forscherleben.⁶ Schönfelds Einfluss jedoch reicht weit über diese Zeit hinaus.

4. Die Gründe für Tätowierungen aus Sicht von Walther Schönfeld

Für Walther Schönfeld sind und bleiben Tätowierungen vor allem kulturgeschichtlich und dermatologisch interessant. Probleme, die sich durch das Tätowieren ergeben, waren weiterhin sein medizinisches Hauptinteressensgebiet. Das änderte sich auch nicht. In seinem Standardwerk *Körpermalen, Brandmarken, Tätowieren*. von 1960 fasst er die Ergebnisse seiner jahrzehntelangen Forschungen noch einmal zusammen: „Die vergänglichen oder bleibenden, künstlich gesetzten Veränderungen auf und unter der Haut haben mich, als Dermatologen, in mehreren Jahrzehnten, nicht nur vom medizinisch-ärztlichen und vom Sammlerstandpunkt, sondern auch in ihren kulturgeschichtlichen Streuungen durch die verschiedenen Zeitepochen, Altertum, Mittelalter, Neuzeit, zumal in Europa, beschäftigt. [...] Die Zeit der künstlich gesetzten Hautmale, soweit sie dem Schmuck, der Körperzier dienten, soweit sie als Zugehörigkeitszeichen zu einer Menschengruppe empfunden wurden, ist vorüber. Das Buch soll ihr Abgesang sein“ (SCHÖNFELD 1960: V). Seine anderen Grundannahmen über Tätowierungen haben sich im Lauf der Jahre nicht wesentlich geändert. Die Aussagen in seinen Artikeln und in seinem Buch bestätigen die Briefe in seiner Sammlung (vgl. EBERHARD 2015b). So schreibt er etwa 1955 über Prostituierte

ten-Tätowierungen: „Es war keine ausgesprochene Mode bei ihnen und man würde viel zu weit gehen, wie es LOMBROSO und seine Schule getan hat, darin gerade die Bestätigung eines Zeichens eines minderwertigen Charakters zu sehen“ (SCHÖNFELD 1955: 488). Die Ansichten von Cesare Lombroso und seiner positiven Schule der Kriminologie werden von ihm scheinbar eher abgelehnt. Er schreibt deshalb: „Praktisch gesehen ist die Ausbeute von Tätowierungen für die medizinischen Sonderfächer nicht all zu groß, am wichtigsten für die Gerichtliche Medizin und da mehr rein äußerlich für den Identifikationsnachweis einer Persönlichkeit. Allgemein gültige Schlüsse auf die Persönlichkeit werden sich aus ihnen nur vereinzelt ziehen lassen. In besonders gelagerten Fällen ergänzen sie vielleicht ein Charakter- oder Krankheitsbild und bringen uns in seiner Analyse weiter“ (SCHÖNFELD 1960: 125). Die Zuschreibungen von bestimmten Eigenschaften bei Tätowierten lehnte er augenscheinlich ab. Jedoch finden sich Spuren von Lombrosos Ansichten bei seinen Publikationen.

Auch seine Einteilung in verschiedene Gruppen von Tätowierten spiegeln diese Einstellung wider: Es gibt zwar für Schönfeld aus modischen Gründen Tätowierte, doch die haben oft nur einen „Spleen“ (SCHÖNFELD 1953: 172). Bei anderen, wie Seefahrern, Soldaten etc. gehört dieser Brauch für ihn zum Beruf oder zur Lebensart dazu. Ansonsten sind Tätowierungen für ihn ein Atavismus (vgl. SCHÖNFELD 1963). Vor allem Mitglieder unterer Schichten, bestimmter Berufsgruppen „oder berufslose asoziale Unreife“ (SCHÖNFELD 1960: 68) lassen sich tätowieren. In Fällen von Tätowierungen an extremen Stellen wie Brustwarzen, Geschlechtsteilen etc. urteilt er noch deutlicher: „Die Schmerzhaftigkeit beim Stechen an den Geschlechtsteilen setzt einen durch sexuelle Abwegigkeiten gerechtfertigten Heroismus der ethisch und oft intellektuell minderwertigen perversen Personen voraus“ (SCHÖNFELD 1960: 69). Tätowierungen aus religiösen oder politischen Gründen sind für ihn unter gewissen Umständen noch nachvollziehbar. Tätowierte mit „asozialen“ oder sexuell-motivierten Motiven, sind für ihn eher der „Bodensatz“ der Gesellschaft. „Minderwertige“ oder „Perverse“ wie Zuhälter oder Prostituierte und auch andere Kriminelle zählt er zu dieser Kategorie (vgl. SCHÖNFELD 1960: 94ff). Bei dieser Gruppe von Menschen sieht er nur den Zwang der Triebe oder der Perversion.

Auch wenn Schönfeld die Theorien von Cesare Lombroso, Alexandre Lacassagne und ihren Schülern schon früh ablehnte, blieb er bis zu einem gewissen Grad ihrem Denken verhaftet. Ihre Diskurse über Devianz, pathologischem und kriminellem Verhalten oder Atavismus prägten seine Ansichten mit. Er betont zwar die Bedeutung des Milieus für eine Tätowierung. Gleichzeitig sind Tätowierungen deutlich mit bestimmten Verhaltensmustern verbunden, die für ihn an seine Kategorisierung der Tätowierung gebunden sind. Diese Grundeinteilung ist wie auch sein gesamtes Verhältnis zu Tätowierungen und Tätowierten durchzogen von Werturteilen. Schon seine Grundsystematik bringt diese Wertung mit sich. Bei einer grundsätzlichen Einteilung beispielsweise von „zwangsläufig Tätowierten“ mit einer erotischeren Tätowierung als Menschen mit eher asozialen oder perversen Zügen, bleibt kaum kein Interpretationsspielraum.

Sein Blick bleibt generell besonders auf die devianten, scheinbar atavistischen oder auch die erotisch-sexuellen Bereiche gerichtet (vgl. EBERHARD 2015a, 2015b). Schönfeld lehnte Lombrosos Ansätze vom „geborenen Verbrecher“ und vom kriminellen Tätowierten ab, wie er mehrfach betonte. Für ihn war das Milieu prägender und ausschlaggebender, ob man sich tätowieren lässt oder nicht (vgl. SCHÖNFELD 1960: 124f). Charakter und Persönlichkeit drücken sich nach Schönfeld nur in Einzelfällen durch Tätowierungen aus (vgl. ebd.). Dennoch widerspricht er sich selbst bis zu einem gewissen Grad. Auch wenn er schreibt: „Allgemein gültige Schlüsse auf die Persönlichkeit werden sich aus ihnen [aus Tätowierungen – d. Verf.] nur vereinzelt ziehen lassen. In besonders gelagerten Fällen ergänzen sie vielleicht ein Charakter- oder Krankheitsbild und bringen uns in seiner Analyse weiter“ (SCHÖNFELD 1960: 125).

Es stimmt für Schönfeld so nicht. Durch seine Systematisierung von Tätowierten und Tätowierungen, durch seine teilweisen Zuschreibungen von Spleens, Exhibitionismus, Asozialität und Perversion und auch durch seine psychologischen Erklärungsversuche, etwa als Folge von Narzissmus und Autoerotismus, geschieht genau das: Er schreibt ein Charakterbild zu. Diese Zuschreibungen kommen quasi durch die „Hintertür“ bei ihm. Walther Schönfeld greift bei seinen Forschungen und Publikationen auf eben diese psychophysischen Korrelationen und Erklärungsmuster für Devianz und „normabweichendes Verhalten“ zurück. Diese Korrelatio-

nen werden auch in der Sammlung mit abgebildet. Schönfelds Zugang spiegelt über 40 Jahre ungebrochen diese Zuschreibungsmuster wider, die den vorherrschenden Diskurs bestimmten.

5. Die Folgen der Zuschreibung

Der Mordfall Schall sowie die Theorien von Alexandre Lacassagne und vor allem von Cesare Lombroso und seinen Schülern prägten den Diskurs für viele Jahrzehnte mehr oder weniger. Tätowierungen lieferten deshalb einen Vorwand, Menschen auszusortieren. Die konsequente Umsetzung dieser Vorstellung fand nicht nur in den nationalsozialistischen Eugenik-Debatten und ihren Vorläufern ihren Widerhall (vgl. HUTTON 2005, KLEE 2008, MITSCHERLICH & MIELKE 2004). Auch die Verfolgung von sogenannten „Asozialen“ oder „Arbeitsscheuen“, mit denen Tätowierte neben Kriminellen oft gleichgesetzt wurden, basiert auf Diskursen dieser Art (vgl. SOMMER 2009).

Es gibt jedoch nur wenige direkte Hinweise auf Tätowierte und ihre „Zwangsbehandlung“ oder Ermordung im „Dritten Reich“. Einzig der Fall von Erich Wagner, des Jenaer SS-Lagerarztes im KZ Buchenwald, der an 800 tätowierten Häftlingen Untersuchungen für seine Dissertation vornahm, ist bekannt. Er ist wissenschaftsgeschichtlich – und menschlich – ein Sonderfall. Seine Dissertation mit dem Titel *Ein Beitrag zur Tätowierungsfrage* über den Zusammenhang von Tätowierungen und Verbrechen wurde in Wahrheit durch den KZ-Häftling Paul Grünewald und nicht von Wagner selbst verfasst (vgl. BODE 2007: 105ff).

Wagner hat für seine Dissertation mit großer Wahrscheinlichkeit viele Tätowierte umbringen lassen. Er ist ein Extrembeispiel nationalsozialistischer Perversion. Trotz seiner äußersten Brutalität ist Erich Wagner eher Symptom als Ursache für den Umgang mit Tätowierten und Tätowierungen im Nationalsozialismus. Nicht nur der nationalsozialistische, sondern auch der bürgerliche und der wissenschaftliche Blick auf Tätowierungen blieben weiterhin deutlich negativ (vgl. etwa OETTERMANN 1994: 63ff). Durch das Ende des Zweiten Weltkrieges ändert sich diese Sichtweise nur bedingt graduell (*ebd.*). Viele Jahrzehnte Vorurteile und Stigmatisierungen wirkten sich aus. Tätowierungen blieben negativ besetzt. Sie waren nicht mehr unbedingt mit Kriminalität verbunden. Sie galten und gelten jedoch als primitiv,

als eine Unterschichtpraxis – und auch als kriminalitätsnah.

Ähnlich äußert sich auch Christa Ruhnke in ihrer medizinischen Dissertation *Die Tätowierung. Eine sozio-kulturelle und medizinische Betrachtung* von 1974: „Sobald sich die Objekte der Triebbefriedigung entziehen, geht das Individuum zur Rebellion über und zeigt das sogenannte ‚abweichende Verhalten‘. Es bleibt nun die Möglichkeit zur Abgrenzung aufgrund der narzißtischen Kränkung entweder den Rückzug in die Isolation zu wählen oder aber, sich aus der einen Gruppe, z.B. der ‚Gesamtgesellschaft‘, zurückzuziehen und sich abzugrenzen durch Identifikation mit (den Normen) einer anderen Gruppe, z.B. einer Randgruppe. Der Tätowierte neigt eher zu letzterem Verhalten. Sonst hätte er keine Tätowierung. Sie ist Signal für andere, die sich ebenfalls abgrenzen wollen oder müssen, sich mit ihm zusammensetzen – Symbol seiner persönlichen Dialektik von Abgrenzung und Identifikation“ (RUHNKE 1974: 81f). Die Arbeit von Christa Ruhnke kann als weitgehend beispielhaft angesehen werden. Tätowierungen werden als Zeichen von deviantem Verhalten oder Kriminalität gesehen. Marie-Luise Klees-Wambach fasst den vorherrschenden Diskurs zusammen: „[...] Erstens ist es anhand entsprechender Untersuchungen bewiesen, daß sehr viele Tätowierungen während eines Gefängnisaufenthaltes erworben wurden, zweitens kommen sowohl die meisten Kriminellen als auch die Tätowierten aus der gleichen Schicht, drittens sind bestimmte Persönlichkeitszüge bei Kriminellen und Tätowierten vorhanden. Aus diesen Tatsachen kann keineswegs geschlossen werden, daß alle Tätowierten kriminell wären oder alle Kriminellen tätowiert. Daraus kann nur vorsichtig gefolgert werden, daß bestimmte Umstände externer und interner Art sowohl zu kriminellem Handeln als auch zu Tätowierungen prädestinieren und deshalb der Personenkreis identisch sein könnte“ (KLEES-WAMBACH 1976: 148f).

Durch die Popularisierung der Tätowierung gehen diese theoretischen Ansätze leicht zurück. Sie verschwinden jedoch nicht. Ansätze der Pathologisierung und Kriminalisierung finden sich als Thema oder als Überbleibsel in nicht wenigen Studien (vgl. FRIEDERICH 1993, SULLIVAN 2001, SCHUH 2004, STIRN *et al.* 2006, KASTEN 2006, KOSUT 2006b, BAMMANN 2006b, WOHLRAB *et al.* 2009, PRÜWER 2012, BORKENHAGEN *et al.* 2014 etc.). Auch in der Kriminalistik spielen Tätowierungen weiterhin eine Rolle. Gerhard

Schmelz etwa untersuchte 2009 in einer Studie für den Polizeidienst *Tätowierungen und Kriminalität*. Er kam zu folgenden Ergebnissen: „Insgesamt wurde das Projektziel insofern erreicht, als im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten festgestellt werden konnte, dass Tätowierungen in bestimmten Fällen von kriminal- und ermittlungstaktischer Bedeutung sein können und in Einzelfällen zur Klärung tätertypologischer, phänomenologischer oder ätiologischer Ansätze/Hintergründe/Problemstellungen beitragen können“ (SCHMELZ 2009: 91).

Auffällig ist, dass die Untersuchung von Gerhard Schmelz eher kriminalistische als kriminologische Ansätze verfolgt. Nicht die Ursachen von Verbrechen allgemein werden untersucht, sondern vorwiegend die mögliche kriminalistische Relevanz bei (einzelnen) Verbrechen. Das heißt auch, für ihn sind nicht die Tätowierten, sondern nur kriminelle Tätowierte wesentlich. Das ist ein Fortschritt. Lombroso, Lacasagne und Co gelten schon zwar schon lange als widerlegt. Dennoch wirken und wirkten sie in Ansätzen zum Teil noch immer nach. Die Studie von Gerhard Schmelz dürfte im deutschsprachigen Raum eine der letzten gewesen sein dieser Art gewesen sein. Die Untersuchung wurde sehr heftig kritisiert. Viele Kritikpunkte wurden in einer Replik in der Fachzeitschrift *Kriminalistik* thematisiert. Schmelz wurden unter anderem schwere inhaltliche Fehler vorgeworfen, die dazu führen würden, dass in – nicht ganz so seltenen – Ausnahmefällen ein Zusammenhang von Tätowierung und Kriminalität konstruiert wird.⁷ Nach Gerhard Schmelz kann eine „Tätowierung aus kriminalistischer Sicht aufgrund ihres *Einmaligkeitsscharakters* (Individualidentifizierung) von großer Bedeutung sein“ (SCHMELZ 2009: 89f). Er sieht dies vor allem in einigen Fällen im Bereich der organisierten Kriminalität, der Bandenkriminalität, bei politisch motivierter Kriminalität (wie bei Rechtsradikalen), bei Gewalttätern, wie Hooligans, bei Aussiedlergruppen und in geringerem Umfang bei Prostituierten oder Drogenabhängigen als gegeben (vgl. ebd.). Damit kommt durch die „Hintertür“ in – wenn auch geringen – Ansätzen wieder die Verbindung von Tätowierung und Kriminalität.

Ganz abwegig scheint die kriminalistische Erfassung von Tätowierungen in Datenbanken für die Polizei nicht zu sein. Noch 2012 stellte das *Biometric Center of Excellence* (BCOE) des FBI eine Anfrage an Universitäten, Industrie und die Polizei, um Material für eine Datenbank über Tätowierun-

gen zu sammeln (vgl. BCOE 2012)⁸. Dabei scheinen vor allem jedoch Einzelfälle oder Fallgruppen und nicht Tätowierte als solche im Mittelpunkt zu stehen. Die Zeit der kriminologischen Untersuchungen von Tätowierten ist vorbei. Zuschreibungen von Atavismus, „geborenem Verbrechertum“ oder Degeneration sind schon lange Zeit obsolet. Zur Identifizierung von Menschen oder als erkennungsdienstliche Maßnahme werden sie weiter eingesetzt. Ob Tätowierungen ansonsten über kriminalistische Einzelfälle hinaus noch eine Rolle spielen werden, ist mehr als fraglich.

7. Kriminalitätszuschreibungen für Tätowierte heute

Damit unterscheidet sich die Bewertung der Tätowierung von der im medizinisch-psychologischen Bereich. Bei psychologischen, psychiatrischen und medizinischen Studien unterscheidet sich die Beurteilung von Tätowierungen und Tätowierten von den bekannten kriminalistischen Ansätzen. Rückschlüsse von Charaktereigenschaften durch Tätowierungen sind bis heute nicht unüblich. Teilweise werden diese Rückschlüsse nicht durch die Tätowierungen selbst, sondern durch ihre Anzahl, Platzierung, Größe oder durch ihre Motive vorgenommen. Als Begriffe und Zuschreibungen werden Devianz, „Asozialität“ oder „Abnorm[al]ität“ meistens vermieden. Sie hinterlassen jedoch ihre Spuren in diesen und ähnlichen Studien.⁹ Diese Begriffe werden zumeist durch Zuschreibungen von „risikofreudigem Verhalten“ oder „sensation seeking“-Faktoren ersetzt. Die Zuschreibungen sind oft abgeschwächt. Vor allem im klinischen Kontext gelten sie als gegeben: “the major reasons for body modification practices in the German population appear to be negatively perceived conditions of life, reduced social integration, and increased sensation-seeking behavior” (STIRN, HINZ & BRÄHLER 2006: 531). Nach dieser und vergleichbaren Studien bedeutet das, dass Tätowierte tendenziell weniger Selbstwert, dafür mehr (ungeschützten) Sex haben, häufiger Sexualpartner wechseln und auch zu Drogenkonsum und zu Risikosportarten neigen. Sie tendieren damit auch stärker zu Kriminalität oder pathologischem bzw. pathologisierendem Verhalten. Das trifft bis zu einem gewissen Grad auf diesen Kreis der Tätowierten zu. Rückschlüsse von psychischer Erkrankung auf bestimmte Tätowierungen, Platzierungen oder die Anzahl der Tätowierungen *kann* seine Berechtigung

haben. Alle Rückschlüsse bleiben gerade bei der Anzahl der Tätowierten in der Bevölkerung, der gestiegenen bzw. steigenden Verbreitung der Tätowierung, sowie bei der handwerklichen und künstlerischen Weiterentwicklung in den letzten Jahren dennoch tendenziell eher fragwürdig.

Nicolas Guéguens Studien liefern prominente, in vielen Medien zitierte, Beispiele für diese Art Diskurs (2012; 2013a, b). In seinem Artikel *Effects of a Tattoo on Men's Behaviour and Attitudes towards Women. An Experimental Field Study* kommt er 2013 zum Ergebnis, dass tätowierte Frauen zumindest fragwürdige Signale aussenden. Er fasst das Ergebnis in seinem Abstract zusammen: "These results were discussed with respect to men's possible misinterpretation of women wearing tattoos and the risks associated with this misinterpretation" (GUÉGUEN 2013a: 1517). Nicolas Guéguen sieht sogar eine Korrelation zwischen sexueller Gewalt an Frauen und Tätowierung. Er äußert in Bezug auf seine Studie über freizügige(re) Kleidung und ihre Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit von Vergewaltigungen: "Thus [Verständnis für sexuelle Gewalt – d. Verf.], the same effect may occur with women who display tattoos on their body. This should prove a worthwhile topic to explore in future studies" (GUÉGUEN 2013a: 1523).

Bei diesen ganzen Studien bleibt – wie schon bei Cesare Lombroso, Alexandre Lacassagne oder Walther Schönfeld – oft unzureichend geklärt, ob Tätowiert-werden risikofreudiges Verhalten, Devianz oder Kriminalität auslöst. Möglicherweise ist es auch umgekehrt: Bestimmte Charaktereigenschaften führen bei manchen Menschen zu Tätowierungen. Da Tätowierungen mittlerweile stark von Mode und Trends beeinflusst sind, gelten einigen Studien zufolge diese Zuschreibungen vor allem für Starktätowierte oder Tätowierte im klinischen oder Gefängnis-kontext (vgl. PÖHLMANN *et al.* 2014). Auch hier stellt sich die Frage, ob das klinische oder das Gefängnis-Setting zuerst vorhanden bzw. ausschlaggebend sind – oder die Tätowierung.

Andere Forscher sehen bei Tätowierungen eher bzw. verstärkt selbstwertsteigernde Chancen oder Möglichkeiten der Selbstpflege im Vordergrund. TOBIAS LOBSTÄDT etwa betont, dass Tätowierungen auch als „semiotische Vermeidungsstrategie seelischer Krankheit“ (2012: 248) angesehen werden können. Andere, wie Margot Mifflin etwa, beginnen seit einigen Jahren erstmals therapeutische Aspek-

te von Tätowierungen zu erforschen. Sie geht beispielsweise von therapeutischen Möglichkeiten nach einer Amputation bei Brustkrebs aus (vgl. MIFFLIN 2013).

Wie weit in Zukunft mit möglicherweise noch steigender Verbreitung der Tätowierung, einer weiter zunehmenden Kommerzialisierung und einer stärkeren Verbindung von Tätowierungen mit Kunst und hochspezialisiertem Handwerk überhaupt Rückschlüsse auf Charaktereigenschaften gezogen werden können, bleibt unbeantwortet. Das klinische oder Gefängnissetting bildet möglicherweise eine Ausnahme, wie auch PÖHLMANN *et al.* betonen (2014). Doch auch in diesem Kontext bleibt die von Lombroso, Kurella, Lacassagne oder Schönfeld und Anderen nicht aufgelöste Frage offen, was Ursache und was Folge ist. Was zuerst war, ist zumeist nicht beantwortbar. Die Gefahr jedenfalls besteht, dass sich wie bei Schönfeld die Kriminalisierung durch die Hintertür – wenn auch in abgeschwächter Form – niederschlägt.

Anmerkungen

1. Zum Einfluss von Lacassagne und Lombroso auf die Kriminologie vgl. CASTIGLIONE 1970, STRASSER 2005, KUNZ 2011: 44ff, HORN 2003, MADIFS 2012. Zum Einfluss auf die Tätowierungsforschung vgl. etwa DEMELLO 2014: 157f, ANGEL 2013.
2. Für Lombroso neigen tätowierte Indigene wie auch Geistesranke oder tätowierte, „geborene Verbrecher“ an einer ausgeprägten Form der Schmerzlosigkeit (vgl. HORN 2003: 50f). Indiz dafür ist die Tätowierung.
3. Zum Einfluss von Lacassagne und Lombroso auf die Kriminologie vgl. CASTIGLIONE 1970, STRASSER 2005, KUNZ 2011: 44ff, HORN 2003, MADIFS 2012. Zum Einfluss auf die Tätowierungsforschung vgl. etwa DEMELLO 2014: 157f, ANGEL 2013.
4. Das thematische Spektrum der SSH reicht von der Frühgeschichte, der Entstehung und Entwicklung der Tätowierung, der Seefahrt, der Verbindung zu Brandmarken und Körperbemalen, der Verknüpfung von Tätowierung mit Kriminalität und Devianz, über Tätowieren als Strafmaßnahme, die Zeit der Jahrmärkte und Schaubuden, die tätowierten SchaustellerInnen, die Aristokratie, die Zeit im endenden 19. Jahrhundert, bis ins 3. Reich und dem allmählichen Wiederaufkommen der Tätowierung seit den 1960er Jahren.
5. Für Lombroso neigen tätowierte Indigene wie auch Geistesranke oder tätowierte, „geborene Verbrecher“ an einer ausgeprägten Form der Schmerzlosigkeit (vgl. HORN 2003: 50f). Indiz dafür ist die Tätowierung.
5. International wären etwa die Kobel Collection in Florida, die Cindy Ray Collection in Australien (vgl. Spider WEBB 2002) oder die Sammlung des Amsterdamer Tattoo Museums bzw. von Henk SCHIFFMACHER (2005b; 2010) zu nennen. Im deutschsprachigen Raum sind das die Sammlung des Tätowierers Christian Warlich (1891–1964) im Museum für Hamburgische Geschichte, die Sammlung des Warlich-Schülers Herbert Hoffmann (1919–2010) im schweizerischen Appenzell Auserrho-den und die komplett unerschlossene Sammlung des Volkskundlers Robert Herbert Bellmann (1903–1961) im Dresdner Grassi-Museum.
6. Das thematische Spektrum der SSH reicht von der Frühge-

schichte, der Entstehung und Entwicklung der Tätowierung, der Seefahrt, der Verbindung zu Brandmarken und Körperbemalen, der Verknüpfung von Tätowierung mit Kriminalität und Devianz, über Tätowieren als Strafmaßnahme, die Zeit der Jahrmärkte und Schaubuden, die tätowierten SchaustellerInnen, die Aristokratie, die Zeit im endenden 19. Jahrhundert, bis ins 3. Reich und dem allmählichen Wiederaufkommen der Tätowierung seit den 1960er Jahren.

7. Die Vorwürfe reichen vom Aufbau der Studie, der Logik, Stichprobenfehler, über die Verbindung von Tätowierung und Kriminalität selbst, bis zu den ausgewählten Bildmotiven, die – zurecht – als überholt bzw. als gängige Mode und deshalb für die kriminalistische Fallanalyse ungeeignet zurückgewiesen werden (vgl. BENECKE, RÖDEL & WAWRZYŃIAK 2010). Es ist zu überlegen, ob man im Einzelfall die eher psychoanalytischen Ansätze der Fall- und Täteranalyse über symbolische Handlungen bzw. über Symbolik, auf spezielle persönliche und individuelle Tätowierungen nutzen kann (vgl. HOFFMANN & MUSOLF 2000: 94ff). Diese Möglichkeit kann sich aber seriös, auf spezielle Fälle und ganz spezielle, individuelle Tätowierungen beziehen.
8. Ich konnte bisher keine weiteren Informationen über diesen Versuch des FBI herausfinden.
9. Einen Überblick bieten etwa vgl. etwa PÖHLMANN *et al.* (2014). Bemerkenswert ist die direkte und unmittelbare Gleichsetzung von Tätowierung mit Krankheit bei Cindy Rosar. Sie benutzt ausgehend von ANDREAS SALCHERS Buch *Der verletzte Mensch* von 2009 den Begriff der „seelischen Tattoos“, den sie direkt mit seelischen Verletzungen bzw. Folgen von seelischen Verletzungen gleichsetzt. Damit wirken Tätowierungen entweder wie die Wunde selbst oder wie Narbengewebe auf einer Wunde (vgl. ROSAR 2010: 14ff).

Zitierte Literatur

- ANGEL G. 2012. The Tattoo Collectors. Inscripting Criminality in Nineteenth Century France. In HELBIG J. (Hg.) *Bildwelten des Wissens. Präparate. 9.1. Bildwelten des Wissens. Kunsthistorisches Jahrbuch für Bildkritik*. Berlin: Oldenbourg Akademie-verlag: 29–38.
- ANGEL G. 2013. Atavistic Marks And Risky Practices. The Tattoo in Medical-Legal Debate, 1850-1950. In ANGEL G. *A Medical History of Skin. Scratching the Surface*. London: Pickering Chatto: 165–179.
- ARNING E. 1916. Klinische und histologische Beobachtungen an Tätowierten. *Archiv für Dermatologie und Syphilis* 83/2 (Sonderdruck): 225–242.
- BAMMANN K. 2006. Eine kurze Geschichte der Tätowierungen im Lichte der kriminologischen Forschung. In BAMMANN K & STÖVER H. (Hg.) *Tätowierungen im Strafvollzug. Haftverfahren, die unter die Haut gehen*. (Schriftenreihe Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Bd.13). Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg: 39–54.
- BAMMANN K. & STÖVER, H. (Hg.). 2006. *Tätowierungen im Strafvollzug. Haftverfahren, die unter die Haut gehen*. Volume 13. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- BEERMAN H. & LANE R. A. G. 1954. Tattoo. A Survey of some of the Literature concerning Medical Complications of Tattooing. *American Journal of the Medical Sciences* 227, 4: 444–464.
- BENECKE M., RÖDEL D.-B. & WAWRZYŃIAK E. 2010. Replik und Erweiterung. Diskussion zu „Tätowierungen und Kriminalität“ von Gerhard Schmelz. *Kriminalistik* 2/2010: 102–110 u. *Kriminalistik* 5/2010: 315–316.
- BERGER [o.A.] 1901. Tätowierung bei Verbrechern. *Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen* 22, 3: 56–62.
- BODE C. 2007. *Zur Geschichte der Gerichtlichen Medizin an der Universität Jena im Zeitraum von 1901 bis 1945*. Dissertation. Medizin, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- BORKENHAGEN A., STIRN A. & BRÄHLER E. (Hg.). 2014. *Body Modification. Manual für Ärzte, Psychologen, Berater. Tattoo, Piercing, Botox, Filler, ästhetische Chirurgie, Intimchirurgie, Genitalchirurgie, Implantate, Amputation, Bodybuilding, ästhetische Zahnheilkunde*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- BCOE (BIOMETRIC CENTER OF EXCELLENCE des FBI). 2012. Tattoo/symbol image database. In AUUIL C.D. & FBI (Ed) [o.A.] Clarksburg, West Virginia: Biometric Center of Excellence (BCOE), Federal Bureau of Investigation (FBI).
- BRADLEY J. 2000. Body Commodification? Class and Tattoos in Victorian Britain. In CAPLAN J. (Ed). *Written on the Body. The Tattoo in European and American History*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- BRÄHLER E. & HOFMEISTER D. 2009. *Verbreitung von Tätowierungen, Piercing und Körperhaarentfernung in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Deutschland im Mai und Juni 2009*. Pressemitteilung Universität Leipzig. Universität Leipzig.
- CAPLAN J. 2000. „National Tattooing“. Traditions of Tattooing in Nineteenth-century Europe. In CAPLAN J. (ed). *Written on the Body. The Tattoo in European and American History*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press: 156–173.
- CASTIGLIONE T. 1970. *Lombroso und die Heutige Kriminologie. (Kriminologische Schriftenreihe aus der Deutschen kriminologischen Gesellschaft, Bd. 50)* Hamburg: Kriminalistik Verlag Hamburg.
- CATTANI P. 1922. Das Tatauieren. Eine Monographische Darstellung vom psychologischen, ethnologischen, medizinischen, gerichtlich-medizinischen, biologischen, histologischen und therapeutischen Standpunkt aus. Basel: Benno Schwabe und Co. Verlag.
- DELLA CASA P. 2013. Matters of Identity. Body, Dress and Markers in Social Context. In DELLA CASA P. & WITT C. (eds), op.cit.: 9–14.
- DELLA CASA P. & WITT C. (eds) 2013. *Tattoos and Body Modification in Antiquity. Proceedings of the sessions at the EAA annual meetings in The Hague and Oslo, 2010/11*. (Zurich Studies in Archaeology, Vol. 9.) Zürich: Chronos Verlag.
- DEMELLO M. 2000. *Bodies of Inscription. A Cultural History of the Modern Tattoo Community*. Durham/London: Duke University Press.
- 2007. *Encyclopedia of Body Adornment*. Westport, CT: Greenwood Press.
- 2014. *Inked. Tattoos and Body Art around the World*. Volume 1–2. Santa Barbara, CA.: ABC-CLIO.
- EBERHARD I. 2012. *Pimp My Körper! Arbeiten über Tätowierungen*. München: AVM.
- 2013. „Unserer heutigen Welt ist es fremd geworden“. Zur theoretischen Konzeption von Tätowierungen am Beispiel der Darstellung Tätowierter bei Walther Schönfeld. *Curare* 26, 1+2: 46–63.
- 2015a. Dr. Schönfelds Kuriositäten. Über das Sammeln von Tätowierungen und die Problematik der *tattoo narratives* am Beispiel der Sammlung Walther Schönfeld.
- 2015b. Tätowierte Kuriositäten, Obszönitäten, Krankheitsbilder? Die Heidelberger Sammlung Walther Schönfeld unter besonderer Berücksichtigung von Tätowierungen und ihren *tattoo narratives*. (Institut für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien und Sankt Pölten, NÖ Institut für Landeskunde/Verband Österreichischer Historiker und Geschichtsvereine: 381–396.
- ECKART W.U. 2007. *Schönfeld, Walther Heinrich Paul*. In H.K. d. b. A. d. Wiss. (Hg). *Neue Deutsche Biografie (NDB)*, Vol. 23. München: Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften: 409f.

- ECKART W. Uwe. 2012. *Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen*. Wien, Köln: Böhlau.
- FEIGE M. 2000. *Das Tattoo- und Piercing-Lexikon*. Kult und Kultur der Körperkunst. Berlin: Lexikon Imprint Verlag im Schwarzkopf und Schwarzkopf Verlag.
- . 2003. *Ein Tattoo ist für immer. Die Geschichte der Tätowierung in Deutschland*. Berlin: Schwarzkopf und Schwarzkopf Verlag.
- GILBERT S. 2000. *Tattoo History. A Source Book*. New York: Juno Books, powerHouse Books.
- GUÉGUEN N. 2012. Tattoos, Piercings, and Sexual Activity. *Social Behavior and Personality: An international Journal* 40, 9: 1543–1547.
- . 2013a. *Effects of a Tattoo on Men's Behaviour and Attitudes Towards Women*. An Experimental Field Study. *Archives of Sexual Behaviour* 2013, 42: 1517–1524.
- . 2013b. Tattoo, piercing, and adolescent tobacco consumption. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 25, 1: 87–89.
- HABERLANDT M. 1885. *Über die Verbreitung und den Sinn der Tätowierung, Versammlung am 14. April 1885*. (Separatdruck). Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien 1885(XV): 1–14.
- HAMBLY W.D. 1925. *The History of Tattooing and its Significance. With some account of other forms of corporal marking*. London: H. F. & G. Witherby.
- HERZ A. 1900. *Tätowierung. Art und Verbreitung*. Dissertation, Philosophie, Königl. Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen.
- HOFFMANN J. & MUSOLF C. 2000. *Fallanalyse und Täterprofil. Geschichte, Methoden und Erkenntnisse einer jungen Disziplin*. (Kriminalistisches Institut, Bd. 52.) Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- HORN D.G. 2003. *The Criminal Body. Lombroso and the Anatomy of Deviance*. New York, London: Routledge.
- HUTTON C. M. 2005. *Race and the Third Reich. Linguistics, Racial Anthropology and Genetics in Dialectic of Volk*. Malden, MA; Cambridge, UK: Polity Press.
- JOEST W. 1887. *Tätowieren. Narbenzeichen und Körpermalen. Ein Beitrag zur vergleichenden Ethnologie*. Berlin: Verlag A. Asher.
- KASTEN E. 2006. *Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen*. München: Reinhardt.
- KATTERBACH R. 1969. *Tätowierungen bei Gefangenen. Untersuchungen in Gefängnissen d. Raumes Düsseldorf*. Unveröffentlichte Dissertation. Dissertation, Medizin, Universität Düsseldorf.
- KLEES-WAMBACH M.-L. 1976. *Kriminalologische und kriminalistische Aspekte des Tätowierens bei Rechtsbrechern*. Unveröffentlichte Dissertation, Jura, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- KOSUT M. 2000. Tattoo Narratives. The Intersection of the Body, Self-Identity and Society. *Visual Sociology* 15: 79–100.
- . 2006. Mad Artists and Tattooed Perverts. Deviant Discourse and the Social Construction of Cultural Categories. *Deviant Behaviour* 27, 1: 73–95.
- KRUTAK L. 1998a. *One Stitch At A Time. Ivalu und Sivuqaq Tattoo*. M. A. Thesis, Dep. of Anthropology, Univ. of Fairbanks, Alaska.
- . 1998b. St. Lawrence Yupik Tattoo. Body Modification and the Symbolic Articulation of Society. *Chicago Anthropology Exchange Winter* 27: 54–82.
- . 2007. *The Tattooing Arts of Tribal Women*. London: Bennett and Bloom/Desert Hearts.
- KUNZ K.-L. 2011. *Kriminologie*. Bern: Paul Haupt Verlag UTB.
- KURELLA H. 2006 [1893]. *Naturgeschichte des Verbrechers. Grundzüge der kriminellen Anthropologie und Criminalpsychologie. Für Gerichtsärzte, Psychiater, Juristen und Verwaltungsbeamte*. [Reprint] Boston: Adamant Media Corporation.
- LACASSAGNE A. 1881. *Les Tatouages. Étude Anthropologique et Médico-Légale*. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils.
- LANDEFESTER U. 2005. Gestochen scharf. Die Tätowierung als Erinnerungsfür. In BORGARDS R. & OETERLE G. (Hg.) *Schmerz und Erinnerung*. München: Fink: 83–98.
- . 2012. *Stichworte. Tätowierung und europäische Schriftkultur*. Berlin: Matthes und Seitz.
- LAUFFER Otto. 1914/1915. Über die Geschichte und den heutigen volkstümlichen Gebrauch der Tätowierung in Deutschland. *Wörter und Sachen* 6: 1–14.
- LAUKÖTTER A. 2013. Gefühle im Feld. Die „Sammelwut“ der Anthropologen in Bezug auf Körperteile und das Konzept der „Rasse“ um die Jahrhundertwende. In STOECKER H. *et al.*, a.a.O.: 24–44.
- LAUMANN A. E. & DERICK A.J. 2006. Tattoos and Body Piercings in the United States. A National Data Set. *JAM ACAD DERMATOL* 55, 3: 413–421.
- LEPPMANN A. 1894. Die kriminalpsychologische und kriminalpraktische Bedeutung der Tätowierung der Verbrecher. *Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen* 8, 2: 193–218.
- LIERSCH, o. A. 1901. Zwangstätowierung zur Wiedererkennung von Verbrechern. *Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen* 21, 3: 73.
- LOBSTÄDT T. 2011. *Tätowierung, Narzissmus und Theatralität. Selbstwertgewinn durch die Gestaltung des Körpers*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- LOMBROSO C. 1887. *Genie und Irrsinn in ihren Beziehungen zum Gesetz, zur Kritik und zur Geschichte*. Leipzig: Philipp Reclam jun.
- . 1894. *Neue Fortschritte in den Verbrecherstudien*. Leipzig: Verlag von Wilhelm Friedrich.
- . 1896. The Savage Origin of Tattooing. *Popular Science Monthly* 48: 793–803.
- . 2006 [1876]. *Criminal Man*. Durham, NC: Duke University Press.
- LOOS A. 2012 [1908]. *Ornament und Verbrechen*. Wien: Metroverlag.
- MADIFS E. 2012. Across Crimes, Criminals and Contexts. Traps Along the Troubled Path Toward's a General Theory of Crime. *Critical Criminology. An International Journal* 20: 429–445.
- MIFFLIN M. 1997. *Bodies of Subversion. A Secret History of Women and Tattoo*. New York: Juno Books. (3rd ed. 2013 by powerHouse Books, Brooklyn, NY).
- MITSCHERLICH A. & MIELKE F. (Hg.) 2004 [1960]. *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. Herausgegeben und kommentiert von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke. Frankfurt am Main: Fischer.
- NEMETZ C. 2004. *Walther Schönfeld und die Geschichte der Hautklinik Heidelberg von 1935–1959*. Dissertation, Medizin, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- NEUMANN I. 1893. Das Tätowieren vom medizinischen und anthropologischen Standpunkte. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 43, 27–30): 1170–1172, 1217–1220, 1255–1257, 1300–1301.
- OETTERMANN S. 1994. *Zeichen auf der Haut. Die Geschichte der Tätowierung in Europa*. Hamburg: EVA.
- PARRY, Albert. 2006 [1933]. *Tattoo. Secrets of a Strange Art*. Mineola, NY: Dover Publ.
- PÖHLMANN K. *et al.* 2014. Tätowierungen. In BORKENHAGEN A., STIRN A. & BRÄHLER E. (Hg.) *Body Modification. Manual für Ärzte, Psychologen, Berater. Tattoo, Piercing, Botox, Filler, ästhetische Chirurgie, Intimchirurgie, Genitalchirurgie, Implantate, Amputation, Bodybuilding, ästhetische Zahnheilkunde*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 1–20.
- PRÜWER T. 2012. Stigma Tattoo. Pseudowissenschaftliche Vortragskonstruktion. *Novo Argumente* 114, II/12 & Novo Argumente online 23.04.2012 Zum Text (Frankfurt am Main).

- PUTZI J. 2006. *Identifying Marks. Race, Gender and the Marked Body*. Athens, GA: University of Georgia Press.
- RIECKE E. 1925. *Das Tätowierungswesen im heutigen Europa*. Jena: Verlag G. Fischer.
- ROOK A. J. & THOMAS P. J. B. 1952. Social and Medical Aspects of Tattooing. *The Practitioner* 169 (July): 60–66.
- ROSAR C. 2010. *Logopädie und Glücksforschung. Gibt es einen Zusammenhang zwischen logopädischer Therapie bei Kindern mit SSES (Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen) und mehr Lebenszufriedenheit?*, o.A., Master of Science (MSc) Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung, Graz, Schloss Seggau.
- RUHNKE C. 1974. *Die Tätowierung. Eine sozio-kulturelle und medizinische Betrachtung*. Dissertation, Humanmedizin, Philipps-Universität zu Marburg.
- SCHUECH C. 1997. *Geschichte des Tätowierens in Europa Diplomarbeit*. Geisteswiss. Fak., Univ. Wien.
- SCHIFFMACHER H. 2005. *1000 Tattoos*. Köln: Taschen Verlag.
- 2010. *Encyclopedia For The Art And History Of Tattooing*. Amsterdam: Uitgeverij Carrera/Dutch Media Uitgevers BV.
- SCHMELZ G. 2009. *Tätowierungen und Kriminalität*. (Polizeiwissenschaftliche Analysen/Schriftenreihe der Hessischen Hochschule für Polizei und Verwaltung, Bd. 11.) Wiesbaden: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- SCHÖNFELD W. 1939. Dermatologische und volkscundliche Nachlese zu Tätowierungen. (Sonderdruck). *Dermatologische Wochenschrift* 109, 4: 1255–1263.
- 1941 Brandmarken und Tätowierungen als Erkennungs- und Strafzeichen bei europäischen Völkern. (Sonderdruck). *Dermatologische Wochenschrift* 113, 51: 1037–1044.
- 1950. Brandmarken und Tätowierungen Europas in ihrer ärztlichen und kulturgeschichtlichen Spiegelung vom frühen Mittelalter bis zur frühen Neuzeit. *Der Hautarzt* 1, 9: 412–418.
- 1951a. Einige medizinische Tätowierfolgen. *Der Hautarzt* 2, 5: 208–211.
- 1951b. Körperbemalen, Brandmarken und Tätowieren im schöngeistigen Schrifttum der Römer. *Der Hautarzt* 2, 4: 175–179.
- 1953. Körperbemalen, Brandmarken, Tätowieren in Europa. Beweggründe und Bildgut. *Der Hautarzt* 4, 4: 169–173.
- 1955. Tätowierte Frauen um und nach der letzten Jahrhundertwende. *Der Hautarzt* 6, 11: 487–490.
- 1963. Der Sinn des Brandmarkens und des Tätowierens in der griechischen und römischen Antike. In MOTHES K. (Hg). *Festschrift für Professor Dr. Rudolph Zaunick zum 70. Geburtstag am 26. VIII 1963* (Nova Acta Leopoldina, NF 127, Bd. 27.) Leipzig: J. A. Barth: 505–508.
- 1960. *Körperbemalen, Brandmarken, Tätowieren. Nach griechischen, römischen Schriftstellern, Dichtern, neuzeitlichen Veröffentlichungen und eigenen Erfahrungen, vorzüglich in Europa*. Heidelberg: Hüthig.
- SCHUH Sabine. 2004. *Einfluss Impliziter Persönlichkeitstheorien auf Einstellungen Zu Tätowierungen*. M.A. Thesis, Fakultät für Psychologie, Universität Wien.
- SOMMER R. 2009. Zur Verfolgungsgeschichte „asozialer“ Frauen aus Lagerbordellen *Ausgegrenzt*. In KZ-GEDENKSTÄTTE NEU-ENGAMME (Hg). „Asoziale“ und „Kriminelle“ im nationalsozialistischen Lagersystem. (Beiträge Geschichte der nationalsozialistischen Verfolgung in Norddeutschland, Nr. 11). Bremen: Edition Temmen: 111–127.
- SPAMER A. 1993 [1934]. *Die Tätowierung. Ein Versuch zur Erfassung ihrer Formen und ihres Bildgutes*. Mit einem Beitrag von Werner Petermann und einem Verzeichnis deutscher Tätowierstudios. Hg. von Markus Eberwein und Werner Petermann. München: Trickster Verlag.
- STIRN A., HINZ A. & BRÄHLER E. 2006. Prevalence of Tattooing and Body Piercing in Germany and Perception of Health, Mental Disorders, and Sensation Seeking among Tattooed and Body-Pierced Individuals. *Journal of Psychosomatic Research* 60, 2006: 531–534.
- STOECKER H., SCHNALKE T. & WINKELMANN A. (Hg). 2013. *Sammeln, Erforschen, Zurückgeben? Menschliche Gebeine aus der Kolonialzeit in akademischen und musealen Sammlungen*. Studien zur Kolonialgeschichte, Bd. 5.) Berlin: Ch. Links Verlag.
- STRASSER P. 2005. *Verbrechermenschen. Zur kriminalwissenschaftlichen Erzeugung des Bösen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- SULLIVAN N. 2001. *Tattooed Bodies. Subjectivity, Textuality, Ethics and Pleasure*. Westport, CT: Praeger.
- SWAMI V. & FURNHAM A. 2007. Unattractive, Promiscuous and Heavy Drinkers. Perceptions of Women with Tattoos. *Body Image* 2007, 4: 343–352.
- TRAMPISCH H. J. & BRANDAU K. 2014. *Tattoos und Piercings in Deutschland. Eine Querschnittsstudie*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum (als PDF im Internet).
- WETZEL R. F. 2000. *Inventing the Criminal. A History of German Criminology 1880-1945*. (Studies in Legal History.) Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- WOHLRAB S. 2007. *The Signaling Function of Artificial Ornamentation in Humans*. Dissertation, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät, Georg-August-Universität zu Göttingen.
- WOHLRAB S., FINK B. & KAPPELER P. M. 2005. Menschlicher Körperschmuck aus evolutionärer Perspektive. Diversität und Funktionen von Tätowierungen, Piercings und Skarifizierungen. *Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien* 134/135: 1–10.
- WOHLRAB S. et al. 2009. Perception of Human Body Modification. *Personality and Individual Differences* 46, 202–206.
- WOHLRAB S., STAHL J. & KAPPELER P. M. 2007. Modifying the Body. Motivations for Getting Tattooed and Pierced. *Body Image: An International Journal of Research* 4, 1: 87–95.
- WUNDT W. M. 1904. *Völkerpsychologie. Eine Untersuchung der Entwicklungsgesetze von Sprache, Mythos und Sitte*. Kunst. (3. Bd. von Bde. 1–6.) Leipzig: Engelmann.
- WÜTTKE H. 1872. *Die Entstehung der Schrift. Die Verschiedenen Schriftsysteme und das Schrifttum der nicht alphabetisch schreibenden Völker*. Leipzig: Ernst Fleischer Verlag.



Igor Eberhard forscht und lehrt am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien. Er hat über Tätowierungen in der medizinhistorischen Sammlung Schönfeld promoviert. Derzeit forscht er im Rahmen eines Stipendiums im Wiener „Narrenturm“. Eberhard ist Mitglied im Advisory Board des „Center For Tattoo History And Culture“ und Koordinator der „AG Hautbilder“.

e-mail: igor.eberhard@univie.ac.at
<https://kaltfronten.com/ag-hautbilder/>

“State of the art” oder “the art of medicine”? Wahrnehmungen multipler Biomedizinen nigerianischer Ärzte in den USA*

JUDITH SCHÜHLE

Das diesjährige Konferenzthema sehr wörtlich nehmend, veranschaulicht diese Präsentation wie sich nigerianische Ärzte, die in die USA migriert sind, Unterschiede medizinischer Handlungen und Sprache in Nigeria und den USA bewusst werden: während sie sich den Spezifika des amerikanischen Kontexts des Arztberufs anpassen, den viele als den “State of the art” ihres Berufes ansehen, fühlen sich viele nigerianische Ärzte anfänglich unsicher in diesem hochtechnologisierten biomedizinischen Umfeld. Was in ihrem Berufsleben in Nigeria als höchste Auszeichnung angesehen wurde – die “art of medicine”, d. h. herausragende Anamnesefähigkeiten und das Vermögen, Krankheiten ohne oder nur mit wenig investigativen Geräten zu diagnostizieren, spielt in ihrem neuen beruflichen Umfeld keine Rolle mehr und Kollegen sehen teilweise auf sie herab, da sie in einem ressourcenarmen Kontext ausgebildet wurden. Letztendlich verstehen die nigerianischen Ärzte ihre Versiertheit in verschiedenen lokalen Biomedizinen jedoch nicht als Nachteil, sondern als Vorteil, aus dem sie berufliches Selbstbewusstsein schöpfen, wenn sie sich auf einer globalen biomedizinischen Landschaft verorten. – Diese Präsentation trägt somit zu einer Diskussion über vielfältige Biomedizinen bei, die in lokale kulturelle, soziale und ökonomische Systeme eingebettet sind, indem sie die Diskurse migrierter Ärzte in den Fokus rückt. Sie trägt zu einem besseren Verständnis darüber bei, wie migrierte Ärzte aus dem „globalen Süden“ den vorherrschenden öffentlichen Diskurs der Überlegenheit einer Biomedizin aus dem „globalen Norden“ umwenden.

“State of the art or the art of medicine?” Perceptions of multiple biomedicines by Nigerian physicians in the US

Taking this year’s conference theme quite literally, this presentation looks at how Nigerian trained physicians who have migrated to the US become

aware of differences in practicing medicine and medical language in Nigeria and the US: in transition to adapting to the American way of practicing biomedicine described by many as the professional state of the art, many Nigerian physicians initially feel insecure in a highly technologized biomedical setting. Mastering what in their Nigerian professional lives used to be regarded as the pinnacle of their careers—the “art of medicine,” that is excellent history taking skills and the ability to diagnose conditions with little or no investigative tools—no longer matters in their new professional environment where colleagues might look down on them for having trained in a “resource-poor setting.” Eventually however, Nigerian physicians understand being well-versed in different local biomedicines not as a disadvantage but as an advantage from which they draw professional self-esteem when they position themselves on a global biomedical landscape. This presentation thus adds to the discussion on multiple biomedicines as embedded in local cultural, social and economic systems by focusing on the narratives of migrating physicians. It contributes to a better understanding of how migrating physicians from the “global South” invert the dominant public discourse in global health on the supremacy of biomedicine from the “global North.”



Judith Schühle, M.A., Ethnologin, war von 2013–2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Sozial- und Kulturanthropologie der FU Berlin. Im Rahmen des von der DFG geförderten Projekts “African Medical Migration: Nigerian Doctors in the USA between Conflicting Priorities of Moral, Economic and Professional Commitment” beschäftigte sie sich mit in den „globalen Norden“ migrierenden Ärzten und deren Erfahrungen als hochqualifizierte Migranten in lokalen biomedizinischen Kontexten. Derzeit ist sie Kuratorin am Museum Europäischer Kulturen (MEK) der Staatlichen Museen zu Berlin.

e-mail: j.schuehle@fu-berlin.de

* Aus dem Programm der 29. Fachkonferenz Ethnomedizin *Medizinethnologie 2016: The State of the Art*, Heidelberg, 17.–19.06.2016. Ausführliche Veröffentlichung der Autorin zum Thema, siehe: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2017.1337799>.

Rückblick und neue Standortbestimmung der „Operativen Medizin“ in sogenannten Entwicklungsländern im Kontext der heutigen Global Health Care Agenda*

RÜDIGER FINGER

„Für alle an jedem Ort“: Operative Medizin im Kontext der Global Health Care Agenda

Ich bedanke mich bei Matthias Siebeck für seinen ausgewogenen, gut belegten wie spannend zu lesenden Kommentar*. Er gibt mir die Gelegenheit, zum einen die meisten der von ihm auf den heutigen Stand gebrachten Positionen zum Thema Chirurgische Versorgung in LMICs (Lower and Middle Income Countries) zu bestätigen und zum anderen aus der Sicht des inzwischen 47 Jahre mit der Thematik befassten Praktikers mit weiteren Punkten zu ergänzen, dies besonders im Hinblick auf gravierende Versäumnisse der globalen Entscheidungsträger bzgl. der zunehmenden, überwiegend armutsbedingten mangelhaften Gesundheitsversorgung vor allem in Afrika und Süd-Ostasien.

Aktuelle Bestandsaufnahmen des realen, bislang stark unterschätzten chirurgischen Bedarfs in den LICs (Lower Income Countries) sind so alarmierend, dass „Exotik“ als Betrachtungsweise als völlig unangemessen erscheint, selbst als wohlwollende Umschreibung des für volontierende Kollegen aus HICs (High Income Countries) in den LMICs des Südens nach wie vor erlebbaren Kulturschocks. Dagegen sind Lern- und Änderungsbereitschaft bzgl. defizitärer chirurgischer Versorgung in LMICs inzwischen noch sehr viel dringlicher angezeigt. Bereits anlässlich des 1. internationalen Symposiums der DTC (Deutsche Tropenchirurgische Gesellschaft) 1995 in Bonn wurde die weltweite Verwirklichung des Menschenrechts auf Zugang zu adäquater chirurgischer Versorgung, zumindest im lebensbedrohlichen Notfall oder in Fällen, wo ohne operativen Eingriff schwerste Behinderung droht, als ein bislang übersehener zentraler Bestandteil primärer Gesundheits-Fürsorge vehement eingefordert.

Primary Health Care (PHC) wird heute zunehmend im Rahmen von *Global Health* (GH) bzw. *Universal Health Coverage* (UHC) im Sinne von umfassender Gesundheitsfürsorge für alle an jedem Ort thematisiert. Wird sie dadurch ohne eine Änderung der globalen politischen und ökonomischen Strukturen und Interdependenzen sowie der konventionellen EZ (Entwicklungszusammenarbeit) auch weltweit effizienter werden?

1980, bereits zwei Jahre nach der Alma Ata-Konferenz mit ihrer Deklaration zu *Primary Health Care*, kritisierte der damalige Generaldirektor der WHO Halfdan Mahler diese bereits heftigst, weil die Einbindung der chirurgischen Versorgung als essentielle Komponente der PHC nicht vorgenommen wurde. Dieser damalige Ausschluss eines kurativen Medizin-Sektors, der durch seine Relevanz für einen zunehmenden Anteil an den inzwischen als Standard-Parameter eingeführten Konzepte des *Global Burden of Diseases* (GBD) und *durch Tod oder Behinderung verlorene gesunde Lebensjahre* (DALY, disability-adjusted life year, 1993) an Bedeutung gewann, wurde auch in der Folgezeit nicht mehr hinterfragt oder nachkorrigiert. Er hatte für die von Gesundheitsplanern, welche einem zu einseitig präventionsorientierten Verständnis von PHC anhängen, beeinflussten LMICs z. T. fatale Folgen.

Es ist zu hoffen, dass jetzt die neue Perspektive von GH und UHC auch eine weitere Kursänderung signalisiert: Würde mit UHC auch die überfällige Aufkündigung der durch die dominierende PHC-Policy verursachte Spaltung in Präventiv- und Kurativmedizin mit einbezogen? Kaum ein LMIC und auch nicht die internationale EH/EZ (Entwicklungshilfe/Entwicklungszusammenarbeit) haben diese unselige Trennung nicht mitvollzogen.

* Ergänzende Anmerkungen zu MATTHIAS SIEBECKS Kommentar in *Curare* 40(2017)1+2: 17–20 zum Reprint meiner Veröffentlichung aus *Curare* 3(1980)3:153–158 in *Curare* 40(2017)1+2: 11–16: „Operative Medizin in Entwicklungsländern – Exotik oder Lernbeispiel“.

Matthias Siebeck weist in diesem Zusammenhang auf eine in Fachkreisen sonst noch wenig verinnerlichte, aber ganz zentrale Erkenntnis hin: Während Dritte-Welt-Enthusiasten wie ich 1980 noch der damals unumstrittenen Lehrmeinung anhängen, dass der Präventivmedizin und damit auch allen PHC-Maßnahmen ob ihrer nach damaliger Beurteilung deutlich höheren sozialen und humanitären Relevanz und Kosteneffizienz der absolute Vorrang einzuräumen und Chirurgie wegen des mit ihr verbundenen, teuren technischen Aufwands und der Absorption von knapper ärztlicher Manpower eigentlich nur als Notfallchirurgie zulässig sei, wurde diese Sichtweise aufgrund neuerer und nun realistischerer Berechnungen sehr deutlich in Richtung Gleichwertigkeit mit anderen PHC-Maßnahmen inklusive ihrer Kosteneffizienz-Ratio (CER) korrigiert.

Das Ausmaß der Fehleinschätzungen

Erst vor wenigen Jahren wurde mittels unabhängiger Recherchen begonnen, das Ausmaß der über Jahrzehnte fortgesetzten Fehleinschätzung des chirurgischen Bedarfs und seiner Relevanz zunehmend mit Datenmaterial zu erhärten. Die WHO wies schon vor über zehn Jahren auf die deutlicher werdende Verschiebung des Anteils der CDs (communicable diseases) zugunsten der NCDs (non-communicable diseases) hin. Dabei sind besonders chirurgische und psychiatrische Erkrankungen neben den von den Vereinten Nationen als NCDs klassifizierten Krankheitsgruppen COPDs (chronic obstructive pulmonary diseases), CVDs (cardiovascular diseases), Krebs und Diabetes in den Vordergrund gelangt. Erst neuerdings wird statistisch auch berücksichtigt, dass eine Vielzahl typischer Infektionskrankheiten sich oft auch zu chirurgischen Indikationen entwickelt.

Die Lancet Commission hat in ihrem aktuellen Bericht *“Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare and economical development”* u. a. die folgenden Untersuchungsergebnisse veröffentlicht (2016), womit die bisherigen *felt needs* durch harte, ja schockierende Fakten abgelöst wurden:

- 5 Milliarden der Weltbevölkerung haben keinen Zugang zu einer adäquaten chirurgischen Grundversorgung (davon annähernd 1 Milliarde Schwangere ohne Geburtshilfe)
- 17 Millionen (33%) der weltweiten Todesfälle

sind durch chirurgisch behandelbare Erkrankungen – in der Regel Notfälle – bedingt (im Vergleich: 3,9 Mio. durch die Infektionskrankheiten HIV/Aids, TB, Malaria zusammen).

- 77 Millionen DALYs pro Jahr könnten durch effektive Basis-Chirurgie-Versorgung verhindert werden.

Inzwischen ist der GBD-Anteil für chirurgische Indikationen von früher ca. 14 auf bereits 30% angestiegen, Tendenz weiter steigend.

Von den weltweit jährlich durchgeführten 313 Mio. operativen Eingriffen entfallen auf die Bevölkerung der ärmsten Länder (= 38% der Weltbevölkerung) nur 6%. Um den dringenden Bedarf zu decken, wären zusätzliche 143 Mio. Eingriffe pro Jahr erforderlich. Dazu müssten ca. 1,2 Mio. Chirurgen zusätzlich ausgebildet bzw. vorgehalten werden. Damit dürfte trotz der Priorisierung von Nachhaltigkeit (sustainability) und Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit (self reliance) der Bedarf an operativ versierten Kollegen, die vom Norden in den Süden migrieren müssten, eher wieder zunehmen. In manchen LICs gehört es schon zur Normalität, dass die chirurgischen Versorgungsdefizite, die oft erst anlässlich kriegerischer Konflikte oder Naturkatastrophen zu Tage treten, von Nothilfe-Organisationen (z. B. ICRC, MSF u. ä.) temporär, aber zunehmend auch auf längere Dauer notdürftig und meist parallel zu den existierenden lokalen Gesundheitseinrichtungen überwiegend mit Personal und Logistik aus HICs und somit bezüglich Nachhaltigkeit kontraproduktiv ausgeglichen werden. Somit scheint Mangelversorgung sich in den LMICs zu einem Dauer-Notfall zu entwickeln.

Ohne die Vorhaltung bzw. Gewährleistung einer Chirurg/Bevölkerungs-Relation von eins zu 50 bzw. 100 Tausend und die dazu nötige Mittelbereitstellung bis 2030 (Ziel) entstehen neben den menschlichen Tragödien wirtschaftliche Verluste von 12 Billionen US\$. Jährlich riskieren 33 Mio. Menschen, die sich eines (ggf. lebensrettenden) Eingriffs unterziehen müssen, den finanziellen Ruin ihrer Familie. Ein Viertel davon erleidet ihn tatsächlich.

“Expenses for medical care is a major source of impoverishment worldwide” (Lancet Commission)

Die ungeheure Fehlplanung mit den jetzigen nur langfristig kompensierbaren Defiziten findet ihre Erklärung in der seitens der Gesundheitsplaner einseitig nach epidemiologischen Disease-Control-

Methoden vorgenommenen Bearbeitung der Gesundheitsdaten, ohne dass der realistische Bedarf für den operativen Sektor (Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie als Haupt-Teilgebiete der operativen Medizin) eingeschätzt wird. Essentiell sind aber auch Traumatologie, Orthopädie, Ophthalmologie, Urologie, Neurochirurgie, Kinder- und plastische Chirurgie. Eine exakte Bedarfsberechnung ist besonders wegen Fehlens einer universellen Nosologie für chirurgische Indikationen zugebenermaßen schwierig.

Der Ausgleich des beklagenswerten globalen sozialen Ungleichgewichts – nämlich eine konsequente und nachhaltige Armutsbekämpfung – wird nur mit maximaler internationaler Kooperation gelingen. Dabei müssen zugleich Aspekte wie Regulierung der globalen Arbeits- und Marktbedingungen, der Sozialstandards, der Stopp von Landraub und Spekulation mit Grundnahrungsmitteln, die Einrichtung eines internationalen Gesundheitsfonds (= Globalisierung des Solidarprinzips), kompensierende globale Ausgleichszahlungen und dergleichen mehr mit eingeschlossen werden.

Zur Notfallchirurgie zurück

Lebensbedrohliche Situationen wie Geburtskomplikationen sind durch PHC-Massnahmen wie systematisches Schwangerschafts-Screening – so zentral wichtig dies ist – weder sicher vorzubeugen noch vorhersehbar, und die Überlebenschancen reduzieren sich im Notfall mit der Entfernung zu einem kompetenten und sofort aktionsfähigen OP-Team inklusive Blutbank. Ebenso relevant ist die Finanzierbarkeit einer Not-Operation. Wundert es also, dass sich trotz aller auch vertikalen Programme von Public Health (PH) die peripartale Mortalität nur in einigen LICs in den letzten Dekaden wirklich deutlich vermindert hat?

Ähnliches gilt für die in erschreckendem Ausmaß zunehmenden schweren Unfallverletzungen wie meistens die RTA (Road Traffic Accidents), für welche es – zumindest in Afrika – bislang nur wenig effektive Präventionsmaßnahmen noch flächendeckende Rettungsdienste, noch entsprechend Bevölkerung- und Verkehrsdichte vorgehaltene Notfalldienste, Trauma- und Rehabilitations-Zentren gibt. Periphere Hospitäler sind mit dem zunehmenden Anfall von Polytraumatisierten – falls solche noch lebend ein Krankenhaus erreichen – und Patienten mit komplizierten Frakturen i. d. R. hoffnungslos

überfordert. Ich habe entsprechend betroffene Patienten und ihre Röntgenbilder nach Behandlungsversuchen (selbst von renommierten Kliniken) vor Augen, welche hierzulande Entsetzen auslösen würden. Traumatologen gibt es allenfalls in großen Städten. Die allgemein-chirurgische Ausbildung, welche in den LICs per se schon sehr limitiert ist, beinhaltet i. d. R. keine Frakturbehandlung.

Zum Thema EH/EZ macht Siebeck u. a. zu Recht deutlich, dass es sich hierbei um eine Erfindung der kulturell, technologisch und ökonomisch dominierenden HICs handelt. Diese folgt dabei mit Ausnahme vielleicht der kirchlichen EZ weniger einem altruistisch, solidarischen Impetus – *One World* – als einem systemimmanenten globalen ökonomischen Expansionszwang, welcher die wodurch auch immer bedingte real existierende Armut nicht – wie oft vorgegeben – wirklich auszugleichen versucht, sondern de facto vergrößert bzw. eher dazu tendiert, die immense Kluft beizubehalten, so z. B. zum Erhalt von Standortvorteilen für das global sich mehr und mehr ausbreitende liberalisierte, sprich deregulierte Marktsystem. Dass hierbei trotz verstärkter Forderungen nach Umsetzung der Menschenrechte dies eher immer weniger geschieht, ist besonders enttäuschend und folgenschwer.

„Development means choosing“ (J. Nyerere)

Mit Siebecks Feststellung, dass die technologisch-ökonomische Entwicklung in den HICs in den letzten 37 Jahren wesentlich rasanter verlief als in den LMICs, wird unterstrichen, dass diese wachsende technologisch-ökonomische Kluft die HICs mehr und mehr disqualifiziert, nach ihrem technologischen Status und kulturellen Background Rezepte vorzugeben, wie die wachsenden Bedürfnisse in den LICs in einem angemessenen Zeitrahmen und mit akzeptablen Standards zu befriedigen sind. Auswahl- und Adaptations-Prozesse, die einen notwendigen, sinnvollerweise nur selektiven Technologie-Transfer betreffen, müssen indes von den LMICs selbst gewollt, initiiert und nach eigener Wahl durchgeführt und sollten möglichst von der oft dirigistisch-opportunistischen Nord-Süd-Beratung frei gehalten werden.

Die früheren, aus HIC-Sicht zweifellos folgerichtigen Bemühungen der WHO und verschiedener NGOs, mit dem ATH-Programm (Appropriate Technology for Health-Programm) in den Jahren der Inauguration des PHC-Konzepts angepasste

Gesundheitstechnologie zu entwickeln und einzuführen, konnten nichts nachhaltig bewirken, weil mit diesen Top-Down-Maßnahmen keine Bewusstseinsänderung bewirkt und kein Autonomisierungsprozess initiiert werden konnte. Dabei wäre ein von der WHO gut koordiniertes, bilateral abgestimmtes ATH-Programm gerade heute enorm hilfreich und zukunftsweisend, besonders, wenn sich die nationalen MoHs (Ministeries of Health) sowie alle NGOs und besonders die privaten Firmen und Akteure an vorgegebene ATH-Richtlinien halten müssten.

Verlorene Dekaden

Eine frühere (z. B. ab 1978) konsequente Einbindung der operativen Medizin in das PHC-Konzept kombiniert mit einem Empowerment-Ansatz, wie ihn jetzt nach fast vier Jahrzehnten globaler Gesundheitsplanung quasi ohne Chirurgie die Lancet-Commission als unabhängige NGO mit der Erarbeitung von nationalen chirurgischen Bedarfsplänen und Indikatoren unter Federführung der nationalen Gesundheitsministerien durchführt, hätte in den vergangenen Jahrzehnten neben einer konsequent länderspezifisch autonomen Chirurgenausbildung in der Tat auch eigenständige, angepasste chirurgische Infrastrukturen schaffen können. Die ausgeprägten innovativen und adaptiven Fähigkeiten der afrikanischen und asiatischen Kolleginnen und Kollegen hätten in Surgical Skills Labs, Hospital Technical Workshops und internationalen, interkollegialen Vernetzungen und Partnerschaften intensiver genutzt und weiterentwickelt werden können. Es ist ermutigend, zu erfahren, dass einzelne in LMICs entwickelte operative Innovationen unter dem Anpassungsdruck technologischer und finanzieller Defizite entstanden sind und sich später auch in HICs durchgesetzt haben. Auch ich habe Manches in den LICs Gelernte – nicht nur den sparsamsten Umgang mit Ressourcen – nach Deutschland mitnehmen und in meine Tätigkeit hier integrieren können.

Die immer noch höchst schädliche ärztliche Süd-Nord-Migration und der innerhalb der LMICs stattfindende Brain-Drain (u. a. Wechsel qualifizierter Jungärzte von einer praktisch-klinischen Tätigkeit in den administrativen PH-Sektor mit seinen Dank der mehrfach höheren Budgetierung besseren Arbeitsbedingungen) hätte mit einer primär anderen Strategie aufgehalten werden können.

Angepasste operative Methoden, ggf. unter Einbeziehung bzw. Perfektionierung und vergleichen-

den Effizienzstudien traditioneller Techniken wie das Bone-Setting und dergleichen, und eigenes, im Land herstellbares chirurgisches Equipment und Instrumentarium hätten resultieren und die LMICs von unnötigem Import bzw. von den oft konkurrierenden Gebern aus dem Norden und dem Osten unabhängig machen können. Frühere Bemühungen der GTZ etwa fanden im Zusammenhang mit der Erarbeitung und Finanzierung des 3-bändigen Kompendiums “Primary Surgery” (1984) statt, die sehr bunte und manchmal chaotische Hospitals-Technik zu katalogisieren und auf überschaubare Standards zu reduzieren, und zwar idealerweise nach einer “Essential Surgical Equipment List” analog zur “Essential Drug List” der WHO. Diese sind im Ansatz stecken geblieben ebenso wie Ansätze zur Etablierung von angepassten Hospital-Maintenance-Units. Auch die wenigen von der GTZ betriebenen Hospital-Technician-Training-Centres – mir sind in Afrika nur zwei bekannt – wurden nach einiger Zeit als wohl nicht mehr sinnvoll angesehen und geschlossen.

Dagegen machen die zunehmend im asiatischen Raum beheimateten Herstellerländer von Medical Equipments großzügige Geschenke oder Angebote zu Dumpingpreisen, um langfristig als Handelspartner engagiert zu werden. Das macht Reparieren manchmal unrentabel. So wird das Spektrum des Equipments, insbesondere in der Addition mit geschenktem, oft unbrauchbarem Material immer größer und damit auch die Herausforderungen an die wenigen Hospital-Technicians, falls solche überhaupt verfügbar sind bzw. bemüht werden.

Die große Kluft in den chirurgischen Qualitätsstandards

Inzwischen folge ich auch weitgehend der Forderung Siebecks, dass eine adäquate, verantwortungsvolle chirurgische Versorgung auch in den LMICs nicht zu unterschreitende minimale Standards erfordert: sichere Anästhesie, effektive nicht auf Zeremonien bzw. spirituelle Kräfte sich verlassende Sterilisation/Asepsis, funktionierende Instrumente (einfache Standard-sets, wie bei Nothilfe-NGOs üblich, sind besser als verbrauchte Luxus-Sammelsurien), adäquate Beleuchtung und natürlich auch Operateure mit ausreichender fachlicher Erfahrung. Für Improvisationen und ungeprüfte alternative Kompromisslösungen bleibt nur wenig Spielraum. Es gilt: je weniger Erfahrung umso weniger Kompromisse!

Andererseits ist es besser weil ggf. lebensrettend – vorhandene Grundkenntnisse vorausgesetzt – den Mut aufzubringen, Notfallpatienten ad hoc vor Ort, wenn auch mit fragwürdigen technischen Standards, zu operieren als solche Eingriffe mangels perfektem Equipment und Personal abzulehnen oder Patienten dem Risiko eines ggf. langen Transports in ein Krankenhaus mit evtl. höherem Level auszusetzen. Es ist tragisch, wenn ein Notfalleingriff nicht durchgeführt wird, weil z. B. der Patient vom Tarif überfordert ist oder das Geld für den Kauf von Diesel für den Generator fehlt. Wer trägt für solche Defizite die Verantwortung? Und auch für die sehr hohe perioperative Mortalität (“silent epidemic”) – von den sicheren Todeskandidaten, welche erst gar keiner Operation zugeführt werden, ganz zu schweigen?

Immer noch um 80 % aller Notfalleingriffe müssen in Afrika etwa entsprechend der Bevölkerungsverteilung in meist peripheren Distriktkrankenhäusern von den oft nur unzureichend ausgebildeten Junior-Doktoren und unter risikoreichen sonstigen Bedingungen durchgeführt werden. Der „harte und schmutzige Job“ wird gerne an die schwächsten Glieder der Medizinerhierarchie delegiert, und systematische Anleitung (falls erfahrenere Kollegen überhaupt verfügbar und dazu bereit sind oder eine Art Supervision oder systematische *post mortem* Studien zur Ursachenklärung und Dokumentation finden nur ausnahmsweise statt. Warum? Dies wäre u. a. auch eine soziokulturelle Frage.

Schlimmer noch: Wenn keine halbwegs kompetenten Operateure verfügbar sind – das können auch operativ ausgebildete Clinical Officers oder dgl. sein – oder wenn nicht- bzw. unterbezahlte Pfleger, Krankenschwestern und Hebammen finanzschwache Patienten überreden, sich doch besser von ihnen zu Mini-Tarifen am besten bei ihnen zu Hause in der Hütte (“Private Clinic”) und mit aus dem Hospital besorgtem Material operieren zu lassen, gehen meist alle Vorstellungen von chirurgischen Minimal-Standards verloren. Diese informellen grauen Märkte breiten sich in manchen afrikanischen Ländern aus, nicht immer nur, weil es keine besseren Behandlungsmöglichkeiten gibt und sich der Paramedical Staff des ärztlichen Vakuums bemächtigt hat, sondern, weil qualifiziertere und manchmal nur in Privat-Kliniken erhältliche Eingriffe oft die Zahlungsfähigkeit armer Patienten übersteigen. Bekanntermaßen findet medizinische Behandlung in den LMICs auch im Notfall nur gegen Voraus-

zahlung statt. Sog. Social Fonds funktionieren mehr schlecht als recht. Flächendeckende Versicherungssysteme (Mutuels de Santé) als m. E. einzig weiterführende und politisch! zu initiiierende und staatlich (mit-) zu finanzierende Lösung werden wohl noch lange auf Einzelbeispiele beschränkt bleiben. Sie führen in kurzer Zeit zu positiven Effekten. So konnte z. B. in Ruanda nach Einführung eines solchen Versicherungssystems und der Verbesserung der medizinischen Infrastruktur die peripartale Mortalität ganz deutlich gesenkt werden.

Dilemma der Kürzungen: Das Beispiel Uganda

Einige Jahre nach Erscheinen des GTZ-finanzierten 3-bändigen Handbuchs *Primary Surgery* (1984) und mit der Implementierung des “Integrated District Health Concepts” wurde folgerichtig ein neu zu schaffendes Curriculum “District Surgeon” (Afrika) propagiert. Nach jahrelangen Verhandlungen mit mehreren Gesundheitsministern aus Ost- und Westafrika gelang es der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC) mit Unterstützung der DSE (Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung, seit 2002 mit der Carl-Duisberg-Gesellschaft [CDG] verbunden zur InWent GmbH) und des Berliner Senats in Uganda (Mbarara-University) einen 3-jährigen Masterkurs dieser Art zu initiieren. Kurz vor Kursbeginn (2000) wurde vom ugandischen Gesundheitsministerium (MoH, Ministry of Health) das ursprünglich rein operative in ein multi-funktionales, mehr General Practice und PH-orientiertes Curriculum umgewandelt (MMCP: Master of Medicine in Community Practice) und auf 18 Monate verkürzt. Für ein Ausbildungsprojekt in einem kurativ-medizinischen Fach war eben nicht mit längerfristiger finanzieller Unterstützung zu rechnen. Für das Fach Chirurgie standen dann im MMCP-Kurs nur noch 6 Monate zur Verfügung.

Nach dem Abschluss des 1. Kurses (9 Absolventen Dez. 2002) kam es nochmals zu einem 2. Kurs (nur 5 Teilnehmer, da mit dem MMCP-Diplom keine Karriere-Vorteile resultierten). Danach endete die m. E. gute Initiative mangels weiterer Finanzierung und Interesse der deutschen EZ sowie mangels Bereitschaft des ugandischen MoH, die Versorgungs- und Berufsstrukturen anzupassen und sich an den Ausbildungskosten angemessen zu beteiligen. Auch ein für die Kurs-Absolventen von mir bzw. der DTC 2003 intendiertes Follow-up-Programm zur fachlichen Weiterbetreuung (Backing-Up) der Kollegen

in ihren meist peripheren, z. T. zu rehabilitierenden Hospitälern kam mangels Finanzierung bzw. Einsicht der deutschen Entscheidungsträger in die Relevanz des Projekts leider nicht zustande.

Eine solche m. E. wegweisende Initiative und ein Modell zur Schaffung einer eigenen nationalen, angepassten „surgical workforce“ wurde leider auch in der Folgezeit von der deutschen EH/EZ nicht wieder aufgegriffen. Indien trägt seit Jahren mit einem offiziellen Ausbildungsgang „Rural Surgery“ und einer Fachgesellschaft (ARSI, Association of Rural Surgeons of India) der eklatanten chirurgischen Mangelversorgung der peripheren Bevölkerung Rechnung. Nachdem sich ein bedarfsgerechter Nachschub von akademisch ausgebildeten Fachärzten in Afrika keineswegs abzeichnet, gibt es neuerdings auch dort bescheidene Ansätze zum staatlich autorisierten „Task Shifting“. Matthias Siebeck hat bereits die Recherche von Th. Wilhelm aus Malawi als Beispiel für die Gleichwertigkeit von „Hilfsschirurgen“ erwähnt. Es gibt weitere Beispiele:

Die norwegische NGO CapaCare betreibt seit 2009 einen nichtakademischen, 3-jährigen Ausbildungsgang für Community Medicine mit einem Jahr chirurgischer Ausbildung in Sierra Leone. Praxisorientiert gut ausgebildete Hilfsschirurgen für die Belange der Versorgungsebene des District Hospital mit einem nur im Ausbildungsland gültigen Diplom scheint m. E. der sinnvollste Ansatz zur möglichst schnellen Deckung des riesigen Bedarfs zu sein. Vielleicht kann die IFRS (International Federation of Rural Surgeons), zu welcher auch Fachgesellschaften aus HICs wie die DTC zählen, hier global eine stärkere Bewusstseinsänderung mit weiteren entsprechenden Initiativen dieser Art bewirken.

Wie kann die „Operative Chirurgie“ in EWL adäquater gestaltet und vorgebracht werden?

Die EZ-Policy in Deutschland und anderen HICs zur Verbesserung des Zugangs der armen Bevölkerungsschichten in LMICs zu adäquater chirurgischer Versorgung folgt weiter willfährig der lange überholten Forderung der Weltbank, die mit den Programmen der Strukturanpassung aus den 80er Jahren eine Verschiebung des operativ-medizinischen Sektors in den Bereich der städtischen (Privat-)Kliniken bewirkte. Finanzielle Förderung können überwiegend nur Krankheitskontroll- und PHC-Projekte erwarten. Obwohl es inzwischen selbst bei der Weltbank globalisierungskritische Stimmen

gibt – u. a. geht von dort aktuell die Forderung nach einem internationalen Ausgleichsfinanzierungssystem aus –, boomen die sich vermehrenden Privatkliniken in den Zentren der Schwellenländer, aber auch der LMICs. Sie sind zu hoch frequentierten Zielen des globalen Nord-Süd-Medizintourismus geworden. Die Reichen des Südens bevorzugen allerdings die renommiertesten Uni-Kliniken des Nordens. Vielleicht könnte für diese verquere Welt mit einer Medizin als globalisierte Ware die Bezeichnung „Exotik“ noch zutreffen.

Ebola-Epidemie und Flüchtlingskrise, Terror, Kriege und Bedrohungsszenarien der Klimafolgen haben in den HICs, auch in Deutschland, wieder mehr Interesse für die Bedürfnisse der LMICs besonders in Afrika geweckt. Auch hier sind die Beweggründe weniger Altruismus oder Solidarität als Ängste, brüske Abwehr, Verteidigung des Wohlstands und der Sicherheit („Festung Europa“). Dabei sind die meisten Krisen in Afrika – beginnend mit der Kolonialzeit – mitverursacht und waren seit langem vorauszusehen.

Die lange überfällige Erkenntnis „wir müssen etwas mehr tun“ initiiert aber nicht etwa Selbstkritik und Suche nach Wiedergutmachung durch wirklich wirksame Armutsbekämpfung und Kooperationsprogramme für die „Eine Welt“, sondern mündet in stereotypen Absichtserklärungen wie: „Wir müssen mehr private Investoren für die armen, bisher von der Globalisierung noch nicht richtig erreichten Länder finden“. Diese sollen die Märkte dort anheizen. Arbeitslosigkeit, Armut und Unterversorgung reduzieren sich dann automatisch von selbst. Diese illusionäre Beelzebub-Taktik hält sich penetrant, obwohl spätestens seit Einstein deutlich geworden sein müsste, dass sich Missstände nicht mit derselben Denkweise und Praxis beheben lassen, mit der sie entstanden sind.

Die Ziele der Deutschen Tropenchirurgischen Gesellschaft

Die zeitweise entmutigte, aber niemals resignierende DTC repräsentiert als Fachgesellschaft wohl den größten spezifischen Erfahrungs-Pool in Deutschland, ist aber – wen wundert es? – trotz ihres 25-jährigen Bestehens bisher nur wenig bekannt und einflussreich. Die ca. 300 Mitglieder, meist Rückkehrer, verstehen sich neben ihrer primären Funktion als Multiplikatoren der fachspezifischen Besonderheiten und Erfahrungen in regelmäßigen

Symposien, Workshops, dem permanenten Update und der Vorhaltung des Handbuchs *Primary Surgery* im Internet wie auch in konkreten, oft wiederholten „Go South!“-Engagements Einzelner oder Teams auch als Pressure-Group.

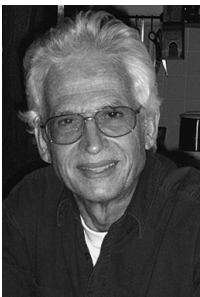
Anlässlich des diesjährigen Münchner Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) am 23.3.17 konnte sie zusammen mit deren Arbeitskreis Entwicklungsländer (CAEL) einen Nachmittag mit vollem Vortragssaal zu den Themen „Globale Chirurgie, eine Option für arme Länder?“ und „Notfallversorgung unter einfachen Bedingungen“ gestalten. Hierbei wurden u. a. die aktuellen Zustandsberichte der Lancet-Commission zu den gravierenden Defiziten der chirurgischen Versorgung in LMICs und ihre weiteren Aktivitäten dargestellt sowie zukünftige Kooperationsmöglichkeiten, u. a. BMZ-finanzierte Klinik-Partnerschaften (Deutsches Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) aufgezeigt. In einer Zusammenfassung haben wir – quasi als Zeugen und Mahner – einen dringlichen Appell an die Entscheidungsträger in Nord und Süd gerichtet, sich wirtschafts-, sozial- und gesundheitspolitisch mehr nach menschlicheren Maßstäben auszurichten und sich bei allen globalen Entwicklungsaktivitäten prioritär für die Durchsetzung der Menschenrechte einzusetzen und jeglicher Regression in ausgrenzende Apartheid eine Absage zu erteilen.

Ausblick

Die große Frage bleibt: Wie sollen trotz der jahrzehntelangen EZ und vieler zum Teil sehr beachtenswerter zivilgesellschaftlicher Bemühungen für solidarisches, humanitäres, karitatives und kollegiales Handeln seitens der unzähligen NGOs, Kliniken, Kirchen, Vereinen und Einzelpersonen der weiter gewachsene Nachholbedarf gestillt und die nun aufgelegten “National Surgical Plans” konkret politisch, finanziell und personell möglichst schnell umgesetzt werden? Werden z. B. Aspekte der operativen Medizin und ihres Nachholbedarfs Eingang in die Curricula der Global Health Kurse an allen deutschen Hochschulen finden? Was werden die nächsten Jahrzehnte bzgl. der Erreichbarkeit der Millenniums-Ziele wie der Emanzipation des Südens, Entwicklung des Nord-Süd-Verhältnisses und was wird die weitere Liberalisierung und Ausbreitung der Märkte bringen?

Für die Globalisierung, welche ein Zusammenwachsen der Menschheit zumindest topografisch und ökonomisch bereits bewirkt hat, wäre auch ein Wahrnehmungswandel dringlich in Richtung: Eine Welt = globale soziale Verantwortung und in der Konsequenz mehr Änderungsbereitschaft in Nord und Süd zu fordern. Oder sind die neuerlich wieder wachsenden nationalen Egoismen und weltweiten Krisen eher Zeichen für Rückschritttendenzen?

Remagen, im Herbst 2017



Rüdiger Finger, *1941, Dr. med., Arzt f. Chirurgie/Tropenmedizin, arbeitete als EH-Chirurg 1970–1972 (AGEH/Medicus Mundi) und 1976–1978 (DÜ) in Tansania und später im Rahmen der EZ im Kongo (Difäm), im SES (Senior Expert Service) in Indien, Indonesien, Kenia, Uganda, Kongo, Tansania, Benin), mit dem DAAD (Tansania) und in Nothilfe-Einsätzen mit dem MHD-Auslanddienst (Sudan, Ruanda), HELP (Ruanda), MSF (Shri-Lanka, Äthiopien, Sierra-Leone, Kongo, Haiti). Consulting für: GTZ (Kenia), KfW (Ruanda), DSE/InWEnt (Uganda), AüG (Architekten über Grenzen: Kongo), Coopération belge au développement (Ruanda), EPOS-Consulting (Senegal), Menschen für Frauen (Burkina-Faso).
Tätigkeit in Deutschland: 1984–2000 als Leitender Arzt der chirurgisch/unfallchirurgischen Abteilung (80 Betten) des Franziskus-Krankenhauses Linz am Rhein, seither private Praxis f. Tropen/Reisemedizin in Remagen. *Mitgliedschaften:* DTC (Deutsche Tropen-chirurgische Gesellschaft; Gründungsmitglied); MHD, MSF, Medico international, IPPNW, AK S-N, AEB (örtlicher „Arbeitskreis Entwicklungspolitische Bildung“).

e-mail: rmfingerrem@gmx.de

Fehler-Management in der Entwicklungszusammenarbeit. Welche Konsequenzen hat die Arsen-Katastrophe u. a. in Bangladesch?

HELMUT JÄGER

Lernen erfordert Fehler machen

Die Urform des Lernens beginnt bei Kleinkindern mit dem Ausprobieren spontaner Handlungen. Sie erleben die Auswirkungen ihres Tuns, besonders wenn etwas schief geht. Durch zunehmende Erfahrungen entwickeln sie dann Kompetenzen, die zu zielgerichteten Handlungen führen und so das Spektrum der möglichen Fehler begrenzen. Der Phase der unbekümmerten Ignoranz eines fröhlich krabbelnden Kindes folgt die frustrierende Erkenntnis der Inkompetenz nicht Stehen zu können. Das führt zu vielen schmerzhaft misslingenden Versuchen des Aufstehens. Bis die Phase der bewussten Kompetenz folgt (wackelig Stehen und torkelnd Gehen), die schließlich von der unbewussten Kompetenz abgelöst wird (Laufen und Rennen). Wollte man das Kind vor allen Fehlern schützen, würde es nie laufen lernen.

„Fehler machen“ ist also positiv. Allerdings müssen Fehler die richtige Größe haben, um von der Erfahrung des Misslingens profitieren zu können. Lernen erfolgt daher am besten in einem geschützten Rahmen, in dem etwas „Begrenzt und Kleines“ ausprobiert werden kann, das dann anschließend durch Selbstreflexion und Kommunikation analysiert wird. Bei vorsichtigen Lernprozessen bleiben Kurz- und Langzeitschäden begrenzt. Allerdings sollten sie aber auch nicht zu klein ausfallen. Denn erst wenn sie schmerzen, oder zu Frustration oder Ärger führen, erzwingen sie günstige Verhaltensanpassungen oder auch radikale Veränderungen.

Gefährlich sind unerwartet auftretende, schwere Fehler, die bleibende Folgeschäden nach sich ziehen. Treten sie dennoch auf, besteht die wesentliche Lernerfahrung darin, dafür zu sorgen, dass die gleiche Fehlerkonstellation nicht erneut geschieht. Dafür sollten solche Fehler bleibend im Gedächtnis verankert sein: Es ist schlimm genug, wenn die Titanic einmal sinken musste. In der technischen Industrie gehört Fehlermanagement daher zum selbstver-

ständlichen Alltag. Zum Beispiel führte die Analyse des Absturzes des Air France Fluges 440 im Jahr 2009 (BEA 2009) zu neuen Schulungsprogrammen: Piloten trainieren seither, wie sie auch dann besonnen handeln können, wenn Messinstrumente und Computer Blödsinn anzeigen. Wie sonst (ohne die Analyse dieser Crash-Katastrophe) hätten sie das lernen sollen?

Hochgefährlich ist es, katastrophale Fehler zu verdrängen. Denn dann werden sich die gleichen Fehlermuster auf „höherem“ Niveau erneut entwickeln. Zum Beispiel wurden über 40000 psychiatrisch kranke Menschen durch die von Dr. Freeman eingeführte „Frontale Lobotomy“ verstümmelt (mechanische Zerstörung des Frontalhirns durch Zugang durch den Nasenkanal). Diese Katastrophe hätte eigentlich zu einer weltweiten Ächtung der Psycho-Chirurgie führen müssen. Stattdessen wurde Freeman vergessen und seine grob-fehlerhafte Methode ebnete den Weg für immer feinere Fehl-Entwicklungen chirurgischer Eingriffe in die Psyche (MASHOUR 2005, LAPIDUS 2013, STONE 2008), die schließlich zu dem neusten Abenteuer einer Kopfranplantation führen könnten (REN 2017).

A carefully documented story ... described an „outbreak“ of stereotactic neurosurgery in China ... (in contrast to) ... the careful interdisciplinary screening procedures and limited use in model US programs ... with the money-driven exploitation in China. (STONE 2008)

Es wäre also wichtig, grobe Fehler beständig in Erinnerung zu halten, damit nachhaltig und weltweit radikal neue Wege beschritten werden. Allerdings reicht es nicht, alle die bisher bekannten Fehler zu vermeiden, indem man sehr genau (rückwärts gewendet) auf vergangene Erfahrungen (anderer) schaut, und daraus schließt, dass es nach vorne gerichtet keine Probleme gäbe.

Auf Fehlervermeidung basierende Sicherungen, die meist hintereinander geschaltet werden, stoppen zwar in einer Vielzahl von Fällen das Durchdringen

eines Risikos. Denn nach Überwindung des ersten Schutzwalls durch einen Fehler, beugt ein zweiter Wall weiteren Fehlern vor. Oft aber sind Sicherungen an bestimmten Stellen löchrig. Bei seltenen, aber dann besonders katastrophalen Ereignissen, lagen solche Löcher wie bei Scheiben von Schweizer Käse in einer Linie hintereinander, so dass eine Serie von Fehlern wie ein Pfeil alle Sicherheitshindernisse durchdringen konnte (REASON 2004). Es ist eine Illusion zu glauben, die Vermeidung alter Fehler schütze vor ungeahnten neuen Fehlern. Deshalb brauchen die Beteiligten „... Fähigkeiten, die ihre Wahrnehmung für Situationen schärfen, in denen es zu Fehlern kommen kann. Um effektiv zu sein, müssen diese Fähigkeiten regelmäßig trainiert werden (ebd. p. ii33).

Umgang mit Fehlern erfordert also mehr als ein standardisiertes, qualitätsgesichertes Vorgehen. Denn nur sehr selten sind es einzelne und einfache Fehler, die man künftig vermeiden könnte, wenn Handlungen in die Eigendynamik veränderlicher Systeme eingreifen, wie z. B. in einen lebenden Organismus oder ein soziales oder ein Ökosystem. Viel häufiger entwickeln sich plötzlich und lawinenartig vernichtende Großereignisse aus einem dreifachen Missverständnis (triplet of opacity, NICOLAS TALEB):

- Die Illusion, gegenwärtige Ereignisse nur aus ihrer bekannten Geschichte zu verstehen,
- Die Unterschätzung der Verzerrung vergangener Ereignisse durch den eingeschränkten Rückblick,
- Die Überbewertung der Sach-Information durch Expertinn/en, die in dem Spiegelsaal ihrer Theorien gefangen sind, und immer wieder neu, doch nur das gleiche sehen.

Die langfristigen, oft völlig überraschenden Folgen mechanischer Interventionen in komplexe Systeme wurden vor fast zwanzig Jahren von dem Psychologen DIETRICH DÖRNER in einem Computermodell der Entwicklung von einem fiktiven „Tana-Land“ simuliert. Schon damals war klar (was heute vielfach belegt ist): Häufig treten Katastrophen auf, wenn aus einem gestörten komplexen System-Zusammenhang (eines Ökosystems oder eines Menschen) ein einzelnes Problem heraus gegriffen und durch eine spezifische Intervention gelöst wird. Solche Eingriffe in eigendynamische Systeme sind zwar relativ kostengünstig und auch einfach abrechenbar. So als würde man bei einem maroden Segler ein schadhafte durch ein stabiles Tauwerk ersetzen.

Ob sich ein krankes System nach einem solchen Eingriff erholen (und entwickeln) kann, bleibt dann offen. Bei einem klapperigen Segler könnte es auch zum Mastbruch kommen (TENNER 1996).

Manchmal ist es zudem unbekannt, ob ein Zusammenhang relativ einfach ist, und damit einer zielorientierten Problemlösung zugänglich, oder ob zahlreiche unbekannte Faktoren in einem komplex unberechenbaren Wirkzusammenhang stehen. In diesem Fall gilt das Vorsorgeprinzip, das besagt, dass eine Intervention vor allen keinen zusätzlichen Schaden anrichten dürfe.

Vorsorge

“Community policy on the environment [...] shall be based on the precautionary principle.”
Article 174, Amsterdam Treaty of the European Union.

Nach dem Vorsorgeprinzip sollte man in unüberschaubar komplexen Situationen aufmerksam abwarten. Oder falls es zwingend notwendig erscheint, nur sehr vorsichtig, experimentierend und kontrolliert handeln. Damit man rechtzeitig umsteuern kann, wenn Gefahrenzeichen sichtbar werden. Das Vorsorgeprinzip ist ein nach internationalem Recht akzeptierter Teil des Entscheidungsprozesses bei Interventionen, die Auswirkungen auf die Umwelt haben könnten (MARTUZZI 2007). Deshalb müsste es bei Masseninterventionen der öffentlichen Gesundheitsdienste (GOLDSTEIN 2001) und ebenso in der Entwicklungszusammenarbeit angewendet werden.

In der *Medizin und in der Entwicklungszusammenarbeit* scheint es aber gerade unter dem Gesichtspunkt der Vorsorge häufig nötig zu sein, radikal zu handeln, und dabei ggf. auch Störungen und „geringe“ Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen. Denn „Gesundheit“ und „Entwicklung“ scheinen grundsätzlich positiv besetzt zu sein und können so als Werte nicht hinterfragt werden. Wird daher ein Problem in der Medizin oder der Entwicklungszusammenarbeit durch eine Diagnose benannt, werden umgehend die Vorteile seiner zielorientierten Beseitigung erwogen. Dabei spielen nicht nur wissenschaftliche Kriterien eine Rolle, sondern vieles andere wie Interessen, Vorgaben, Marktzwänge, Expertenmeinungen ... Wenn die mit einer wirtschaftlich vertretbaren Intervention verbundenen Risiken klein und kalkulierbar zu sein scheinen, wird das

Vorsorgeprinzip häufig in sein Gegenteil zu verwandelt, indem gerade „aus Gründen der Vorsorge“ (z. B. vor Zika-Infektionen) spezifische Interventionen empfohlen und (angesichts der Größe eines Problems) meist auch rasch genehmigt und umgesetzt werden. Die Langzeitfolgen solcher Maßnahmen sind dann oft völlig unbekannt (wie z. B. die experimentelle Impfung Schwangerer oder die Freisetzung gentechnisch veränderter lebender Organismen). Aber man schließt aus dem Fehlen des Wissens zu unbekanntem Neben-Wirkungen auf ein Fehlen von Risiken. Das täuscht: Erfahrungsgemäß kommt es bei der optimistischen Umkehr des Vorsorgeprinzips („Eingriff aus Vorsorge-Gründen!“) zur Rechtfertigung mutiger Interventionen immer wieder zu Problemen, weil dann komplexe, lebende System-Zusammenhänge fälschlicherweise für relativ einfach und berechenbar gehalten werden.

„There is always one more bug ... There are some things which are impossible to know, but it is impossible to know these things.“ Murphy's law

Das Beispiel: Arsen in Bangladesch

Für das Lernen aus Fehlern in der Entwicklungszusammenarbeit eignet sich besonders die Arsenkatastrophe, von der u. a. Bangladesch betroffen ist. Die Katastrophe ist massiv, bleibend und nicht umkehrbar (ATKIN 2006, LÖWENBERG 2016). Die kurz- und langfristigen Wirkungen und Folgen relativ einfach erscheinender Interventionen in komplexe Zusammenhänge sind über Jahrzehnte ausgiebig und detailliert erforscht und publiziert. Die Katastrophe eignete sich als Folge von Interventionen, die, ohne vordergründige Profitinteressen, in gutem Glauben durchgeführt wurden. Kurzfristigen Erfolgen stehen im Ergebnis unvergleichlich größere langfristige Schäden gegenüber, und alle bisherigen Interventionen zur (neuen) Problemlösung erwiesen sich als unbefriedigend oder extrem teuer. Die Beschäftigung mit dem Zusammenhang führt unweigerlich zu der Frage, was in der Entwicklungszusammenarbeit angesichts dieses unübersehbar massiven Problemzusammenhangs anders gemacht werden könnte? Und wie verhindert werden kann, dass sich das gleiche Problem sich in vielen anderen Weltregionen langsam nach ähnlichen Gesetzmäßigkeiten entwickeln wird?

Der Beginn

Die Geschichte des Arsenproblems beginnt mit dem Begriff der „Entwicklung“. Präsident Harry S. Truman definierte am 20.01.1949 eine neue internationale Strategie, die sich sowohl von der alten „kolonialen Zivilisierungsmission“ als auch von den sozialistischen „Befreiungsbewegungen“ abgrenzte: „Das Wachstum der Produktion (*der unterentwickelten Länder*) ist der Schlüssel für Wohlstand und Frieden“. Präsident John F. Kennedy präziserte dann am 20.01.1961: „Den Bewohnern von Hütten und Dörfern auf der Hälfte des Planeten, die dafür kämpfen, die Ketten des Massenelendes zu brechen, versprechen wir, unser Bestes zu tun, ihnen dabei heraus zu helfen, wie lange das auch immer braucht. [...], wenn eine freie Gesellschaft der Masse der Armen nicht helfen kann, kann sie die kleine Zahl der Reichen nicht retten.“ Nur wenige widersprachen damals wie der Theologe und Philosoph Ivan Illich, der Entwicklungspolitik eine fremdbestimmte „Modernisierung der Armut“ nannte und sie für gefährlicher hielt als die koloniale Missionierung (PAQUOTT 2017).

Im Rahmen der damals noch neuen internationalen Programme der „Entwicklungshilfe“ (insbesondere von UNICEF) wurden u. a. in Bangladesch Durchfallerkrankungen und Cholera als wesentliche Probleme erkannt, die zu hoher Kindersterblichkeit führten. Dieses Problem konnte relativ einfach technisch beseitigt werden, durch die Versorgung der Landbevölkerung mit Schwengel-Pumpen, die reines Wasser aus 50–80 m Bohrtiefe hervorförderten. Sobald dann reines Wasser aus den Rohren floss, sanken tatsächlich die Zahl der Magen-Darm-Infektionen und auch die damit verbundene Sterblichkeit. Das klare Grundwasser, das diese Rohrbrunnen zutage förderten, war unbelastet von Schadstoffen. Keimverseuchtes Oberflächenwasser konnte abfließen, ohne getrunken zu werden. Die Cholera-Epidemien schienen folglich besiegt zu sein. Und die beteiligten Organisationen, die Nutzer und die verantwortlichen Behörden freuten sich gemeinsam über einen großen Entwicklungsfortschritt.

Im Laufe der folgenden Jahrzehnte stieg jedoch im (weiterhin keimfreien) Trinkwasser vieler dieser Rohrbrunnen der Arsengehalt an. In Bangladesch fiel dieses neue Gesundheitsproblem einzelnen Wissenschaftlern etwa dreißig Jahre nach den ersten Brunnen-Bohrungen auf. Von den beteiligten Orga-

nisationen (u. a. UNICEF) und Behörden wurde es jedoch zunächst vehement bestritten.

Wie konnte es dazu kommen?

Der Grund für die zunächst fehlende, und dann unbemerkt schleichende Vergiftung lag daran, dass Arsen als chemisches Element in vielen Erdschichten in fester gebundener Form vorkommt. Die Ebenen am Fuß des Himalayas weisen in tieferen Lagen besonders viel Pyrit (Eisen-Schwefel-Kies) und Arsen-Pyrit auf. Diese Mineralien sind harmlos, solange aus ihnen Arsen nicht durch Gesteins-Verwitterung oder chemische Prozesse herausgelöst werden. Genau das geschah und geschieht in den Rohrburgen: In der Trockenzeit sinkt der Wasserstand in den tiefen Gesteinsschichten, wenn diese durch die Rohrburgen angezapft werden. Oder sie trocknen bei exzessiver Nutzung aus. Dann kommen arsenhaltige Kiesel mit Luft in Berührung und werden anschließend in der Regenzeit wieder geflutet. Zusätzlich sickern bei den üblichen geringen Bohrtiefen (50–80 m) Düngemittel oder Pestizide ein, die chemische Prozesse (z. B. Oxydation) beschleunigen. Außerdem dringen über die Rohrsysteme im Verlauf vieler Jahre eisenoxid-zersetzende Bakterien in die Grundwasserleiter vor und führen dort zur Freisetzung von wasserlöslichem Arsen. Das so allmählich mit Arsen verunreinigte Brunnenwasser wird nicht nur getrunken, sondern dient zugleich der Bewässerung der Reisfelder und anderer Nutzflächen. Und weil Wasser durch die Brunnen so leicht verfügbar war (und ist), stieg der Verbrauch allein in Bangladesch in den letzten zwanzig Jahren um mehr als sechzig Prozent. Folglich wurden die landwirtschaftlichen Nutzflächen bei Bewässerungsmaßnahmen auch intensiv mit Arsen belastet. Deshalb weist u. a. das Hauptnahrungsmittel Reis heute in vielen Regionen hohe Konzentrationen von Arsen auf.

Die Bodenverhältnisse verändern sich so rasch, dass wir einfach nicht Schritt halten können. Dipankar Chakraborti, Umweltchemiker der Universität Kalkutta

Die gesundheitlichen Folgen

Wasserlösliche Arsen-Moleküle wirken wie Zellgifte, zunächst in der Haut, dann aber allmählich auch in Gehirn, Herz, Immunsystem und Nieren. Arsen

ersetzt in Eiweißmolekülen das Element Phosphor, und stört damit ihre Funktion. Die veränderten Proteine werden zwar sofort abgebaut (und das Arsen damit auch wieder ausgeschieden), aber durch Zellfunktions-Störungen werden schließlich die Organe beeinträchtigt. U. a. kann sich auch Krebs entwickeln. Allein in Bangladesch sind mehr als 70 Millionen Menschen von erhöhten Arsenkonzentrationen betroffen, und bei über vier Millionen von ihnen ist die Belastung so hoch, dass schwere, behandlungspflichtige Erkrankungen auftreten, wie z. B. Amputationen von Gliedmaßen bei Hautkrebs. Die Gesundheitsdienste in dem ohnehin armen Land sind damit völlig überfordert.

Oft verschlimmern Mediziner das Problem zusätzlich noch, da die Patienten unter starkem Leidensdruck Behandlungen einfordern, die nicht möglich sind. Denn die verursachende Substanz Arsen ist bei Auftreten von Krankheitszeichen schon längst ausgeschwemmt. Häufig nachgefragte „Behandlungen“ mit Medikamenten, die Schwermetalle ausscheiden helfen (Chelat-Komplexe) nützen deshalb nichts. Auch die oft angebotenen „Naturheilpräparate“ sind nicht nur wirkungslos, sondern auch gefährlich, da sie in diesen Regionen oft mit Schwermetallen, Arsen und Pestiziden belastet sind. Und auch Placebo-Präparate („Beruhigungsmittel“) verschlechtern die Situation der Betroffenen, da sie deren Fähigkeit ihre Lage zu verstehen (und nach eigenen Wegen aus ihrer Krise zu suchen) weiter behindern.

Die Lösungsansätze sind schwierig

Die WHO hält Konzentrationen von 10 Mikro-Gramm Arsen pro Liter und mehr für eindeutig gefährlich. In Indien und in Bangladesch wurde deshalb, um das Problem schnell zu lösen, der gesetzlich erlaubte Grenzwert auf 50 Mikro-Gramm pro Liter heraufgesetzt. Die Arsen-Konzentrationen liegen aber örtlich bereits deutlich höher, und sie werden weiter steigen. Internationale Organisationen, die wie UNICEF das Problem mit-verursachten, versuchen relativ billige Haushaltsgeräte zu verteilen, die Arsen aus dem Wasser herausfiltern sollen. Der Aufwand des Wasserfilterns ist für die verarmten Frauen, die diese Aufgabe zusätzlich übernehmen müssen, sehr groß. Außerdem werden die Haushalts-Anlagen, wenn sie nicht ständig gereinigt werden, bakteriell besiedelt, so dass auch

bald die Zahl der Durchfallerkrankungen wieder zunehmen könnte.

Die Rückkehr zu der traditionellen Trinkwasseraufbereitung in Naturteichen (so genannten Ponds), die über Jahrtausende örtlich z. T. sehr erfolgreich betrieben wurde, ist nicht mehr möglich. Diese Teiche waren früher mit Schilf bewachsen und reinigten sich so selbst, sofern sie intensiv gepflegt wurden. Nach Anlage der Bohrbrunnen erschienen sie überflüssig zu sein. Sie wurden vollgemüllt oder zur Fischzucht genutzt oder durch die umliegenden Äcker mit Pestiziden oder Dünger belastet.

Möglicherweise könnten die geologische Kartierung des Untergrundes, großräumige Bodenanalysen und wasser-chemische Untersuchungen nützlich sein. Vielleicht auch Tiefbohrungen (>200m) zu Grundwasserleitern in Regionen, in denen die arsenhaltigen Kiesel nicht vorkommen, und von dort die Anlage eines weiträumigen Wasserleitungssystems. Tiefbohrungen an den Stellen kontaminierter oberflächlicher Brunnen wären dagegen ausgeschlossen, da dann (arsenhaltiges) Wasser von höheren Schichten in tiefere versickern würde.

Größter anzunehmender Unfall (GAU)

Bei der Arsenvergiftung handelt es sich um eine der weitreichendsten von Menschen verursachten Katastrophen. Verursacht wurde der GAU durch Interventionen, die erhebliche Gesundheitsprobleme lösen sollten, und die darin kurzfristig sehr erfolgreich waren. Langfristig erwies sich das entstehende neue Problem aber um ein Vielfaches größer als das, was beseitigt werden sollte.

Eine der beteiligten Organisationen, British Groundwater Survey (BGS), hat nach anfänglichem Leugnen und Beschwichtigen inzwischen vollumfänglich gelernt. Bei einer deutschen Organisation, der Gesellschaft für Internationale Entwicklung (GIZ), die überwiegend in Afrika Bohrbrunnen-Programme realisiert, fand sich am 17.01.2018 auf der Web-Site hingegen nichts zur Arsen-Problematik.

Das ist umso erstaunlicher, weil inzwischen bekannt ist, dass auch in bestimmten Regionen Afrikas (dem Kernkontinent der GIZ-Wasserabteilung) Bohrbrunnen, u. a. in Burkina Faso, in ähnlicher Weise belastet sind (BRETZLER 2017). Hohe Arsenkonzentrationen im Trinkwasser finden sich auch in der indischen Region Westbengalen, in Nepal, China, Mongolei, Kambodscha, Vietnam in

einigen Regionen Kanadas, der USA und in Argentinien.

Die GIZ müsste also eigentlich alle von ihr angelegten 50–80-Meter-Bohrbrunnen auf Arsen testen. Zusätzlich müssten Gesteins-Proben entnommen werden, um das Vorhandensein von Arsenkies in den Grundwasserleitern auszuschließen. Ggf. müssten alternative Wasserversorgungs-Konzepte entwickelt werden: Tiefbrunnen- und Wasserleitungssysteme. Zusätzlich müsste man die ökologischen und ökonomischen Zusammenhänge im Rahmen nachhaltig ökologischer Regionalentwicklung berücksichtigen. Und man müsste sich natürlich auch intensiv um die Betroffenen kümmern, deren Lebenssituation und Gesundheit durch Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit ggf. verschlechtert wurde.

Könnte Fehlerlernen die Praxis der Entwicklungszusammenarbeit verändern?

Um aus gescheiterten Interventionen in eigen-dynamischen Systemen zu lernen, müsste man Komplexität wahrnehmen und verstehen (JÄGER 2007). Lebende System-Prozesse, die durch viele Einflussfaktoren oder auch den Zufall beeinflusst werden, lassen sich nur begrenzt in Planungszyklen festschreiben. Denn eindeutige Beschreibung von Kausalzusammenhängen zwischen Ursachen und Wirkungen müssen in komplexen Systemen in die Irre führen, da lebende Beziehungsgeflechte durch Zufälle und noch unbekanntes Wirkzusammenhänge beeinflusst werden und sich verändern. Im Umgang mit Systemen ist es, ähnlich wie bei der Immunsystem- und Hirnentwicklung eines Neugeborenen, wichtiger, schützende, sichere Rahmenbedingungen für Gedeihen und natürliches Wachsen zu schaffen, als spezifisch und gezielt in die eigendynamische Entwicklungsprozesse einzugreifen.

Da aber die zuvor festgelegten Indikatoren der Steuerungswshops mit den Geldgebern als Erfolg abgerechnet werden müssen, fehlt systematisches „Fehler-Analysieren“ häufig. Stattdessen enthalten Publikationen der Entwicklungszusammenarbeit meist viele Beispiele „bester Praxis“ („Best Practice“), die beschreiben, wo und wie Projekte erfolgreich realisiert werden konnten (s. Stichwortsuche bei GIZ, WB, KfW, ...).

Lern-Hemmnisse in der Entwicklungszusammenarbeit

Entwicklungszusammenarbeit ist ein Markt, in dem (wie im Jahr 2016) etwa 143 Milliarden US\$ umgesetzt wurden. Für die Anbieter von Leistungen gibt es dort u. a. zwei Arten von Kunden:

1. die (schwachen) Zielgruppen im Gastland und
2. die (starken) Geldgeber im Herkunftsland.

Projekte müssen dann in erster Linie so gestaltet werden, dass die zweite Zielgruppe glücklich ist. Und das ist sie dann, wenn der einmal erstellte Plan erfüllt wird. Solche Planerfüllungen gründen sich auf Prognosen, die von vergangenen Erfahrungen abgeleitet werden. Sie schließen ein Verständnis für dynamische Systementwicklungen aus. Folglich werden die Zentralen der Geldgeber mit Papier beliefert, das geduldig ist.

Warum wird das Vorsorgeprinzip in der Entwicklungszusammenarbeit oft nicht angewendet?

Ich stimme Ihnen voll und ganz zu: Es ist wahn-sinnig schwer, genau dieses förderliche Lern-verhalten („... aus Fehlern Lernen ...“) in der Entwicklungszusammenarbeit zu finden. Auf Tagungen/Konferenzen kommt dieses Thema regelmäßig zur Sprache, mit viel genereller Zustimmung, aber meist ohne spezifische Kon-sequenzen. Bei einer Konferenz (...) wurde arg-umentiert, dass in der Wirtschaft 80% der Projekte scheitern – und es in der Entwick-lungszusammenarbeit auch nicht anders sei. Aber über Misserfolge und dem Umgang damit wird kaum berichtet. Traurig.

Persönliche Nachricht eines international tätigen Experten, Februar 2017

Wissenschaftstheoretisch ist gut belegt, was geschehen kann, wenn Interventionen in komplexe Systeme einwirken. Folglich wäre es (beim Umgang mit eigendynamischen Systemen) höchste Zeit, aus den vergangenen Fehlern zu lernen, und das Vorsorgeprinzip ernst zu nehmen. Dazu müsste man, nicht nur in der Physik, der Biologie, der Medizin, auch in der Entwicklungszusammenarbeit den geeigneten Umgang mit komplexen, sich in Beziehungen unberechenbar entwickelnden Systemen trainieren. Nur dann können sie mit möglichst schwachen und risikoarmen Eingriffen schonend und nachhaltig

günstig beeinflusst werden (TALEB 2014, CAPRA 2014, JANASOFF 2016).

Der Gedanke der Vorsorge („zuerst keinen Schaden anrichten“) ist weitergehend als die Prävention, die sich nur auf bekannte Risiken bezieht. Bei vorsorglichem Handeln wird zusätzlich bedacht, dass es durch das Zusammenwirken vieler Faktoren in komplexen Systemen und kommunizierenden Netzwerken Folgen geben könnte, die auf der Basis des bisherigen Wissens noch nicht erkannt, oder vielleicht auch nicht erahnt werden können.

Um zu bestimmen, wie strikt das Vorsorgeprinzip angewendet werden muss, reichen die zum Zeitpunkt des Eingriffs vorliegenden, in der Vergangenheit angesammelten, wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht aus, da sie sich nur auf die Bewertung historischer Erfahrungen beziehen können. Erfahrungsgemäß führt aber in Situationen, in denen Beweise für künftige Schäden fehlen, der Vorschlag, das Vorsorgeprinzip anzuwenden, meist zu Widersprüchen und Konflikten. Die Argumente der Kritiker von Interventionen sind naturgemäß (noch) schwach, weil ihnen die Studienergebnisse fehlen, die eindeutige Gefahren belegen könnten. Deshalb scheint es für die Befürworter relativ einfach zu sein von fehlenden Risiken auszugehen, wenn ein offensichtliches Problem kurzfristig durch eine massive Intervention gelöst werden könnte.

Für Entscheidungsträger, Politiker, Behörden, Finanzgeber, Unternehmen, und natürlich auch für Populisten und deren Zuhörer, ist die Anwendung des Vorsorgeprinzips daher ein störendes Hemmnis, eine bürokratische Blockade oder gar ein missbräuchlich angewandtes Werkzeug protektionistisch orientierter Interessengruppen (GOLDSTEIN 2007). Oder schlicht eine „dumme, ideologische, verbohrte“ Miesmacherei oder gar eine Verschwörungstheorie, die einen großen Fortschritt der Menschheit sabotieren soll. Und so kommt es immer wieder, manchmal erst nach vielen Jahren zu sehr überraschenden Ergebnissen, weil kein Wissenschaftler, der von den aktuell bekannten Grundannahmen ausgeht, ausschließen kann, dass niemals etwas eintreffen wird, das sein bisheriges Weltbild gefährden könnte (TENNER 1997, TALEB 2014, JANASOFF 2016).

Auch hinsichtlich der Arsenproblematik 1960 konnte niemand ahnen, dass sich Jahrzehnte später eine völlig neue Situation entwickeln würde. Denn nach damaligem Wissenstand, der auf vergangenen Erfahrungen beruhte, waren keine Probleme abseh-

bar. Aber man hätte, unter Anwendung des Vorsorgeprinzips wesentlich vorsichtiger und langsamer vorgehen, und historische gewachsene Wasseraufbereitungssysteme (Ponds) im Rahmen integrierter Regional-Förderung in die Lösungskonzepte einbeziehen müssen.

Es stellt sich auch die Frage, ob die Anwendung des Vorsorgeprinzips allein auf Grund der Tatsache erforderlich ist, dass die von einer bilateralen EZ-Maßnahme geschädigten Personen nach der derzeitigen Rechtslage in der Praxis keine Aussicht haben, ihren Schaden ersetzt zu erhalten.

Wissenschaft ist der Glaube an die Inkompetenz der Experten. Richard Feynman

Links zu Wasser (31.10.2017)

- British Groundwater Survey, BGS
www.bgs.ac.uk/arsenic/bangladesh
- Gesellschaft für Internationale Entwicklung (GIZ)
www.giz.de/fachexpertise/html/3722.html
- Global Arsenic probability map 2008:
www.eawag.ch/en/research/humanwelfare/drinkingwater/wrq/risk-maps/
- World Resources Institute: Water
<http://www.wri.org/our-work/topics/water>

Literatur

- ATKIN P. 2006. The world's worst environmental health hazard: arsenic in Bangladesh. *Geography Review* 19, 4: 14–17.
- BRETZLER A. *et al.* 2017. Groundwater arsenic contamination in Burkina Faso, West Africa: Predicting and verifying regions at risk. *Science of the Total Environment* Vol. 584–585: 958–970. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969717301572.
- BEA (BUREAU D'ENQUETES ET D'ANALYSES POUR DE L'AVIATION CIVILE) 2009: Final Report On the accident on 1st June 2009 to the Airbus A330-203 registered F-GZCP operated by Air

- France flight AF 447 Rio de Janeiro–Paris. www.bea.aero/docspa/2009/f-cp090601.en/pdf/f-cp090601.en.pdf.
- CAPRA F. 2014. *The Systems View of Life: A Unifying Vision*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DÖRNER D. 2003. *Die Logik des Misslingens*. Reinbek: Rowohlt.
- GIGNON M. *et al.* 2013. The Precautionary Principle: Is it safe? *European Journal of Health Law* 20, 3: 261–270.
- GOLDSTEIN B. *et al.* 2001. The Precautionary Principle Also Applies to Public Health Actions. *Am J Public Health* 91, 9: 1358–1361.
- GOLDSTEIN B. *et al.* 2007. Problems in applying the precautionary principle to public health. *Occup Environ Med.* 64, 9: 571.
- HOUBON M. 2003. Better Safe than Sorry. *CEPS Working document* 196, Nov. 2003 www.ceps.eu/system/files/book/1076.pdf.
- JÄGER H 2007: Einfache Intervention – komplexe Katastrophe. *Currare* 30, 2+3: 199–206.
- JANASSOF S. 2016. *The ethics of Intervention. Technology and the human future*. New York: Norton & Co.
- LAPIDUS K.A. 2013. History of psychosurgery: a psychiatrist's perspective. *World Neurosurg.* 80, 3+4: S27.e1-16.
- LOEWENBERG S. *et al.* 2016. Bangladesh, arsenic poisoning is a neglected issue. *The Lancet* 388(10058): 2336–2337.
- MARTUZZI M. *et al.* 2007. The precautionary principle: in action for public health. *Occup Environ Med.* 64, 9: 569–570.
- MASHOUR G.A. 2005: Psychosurgery: past, present, and future, *Brain Research Reviews* 48: 409–419. <http://med.stanford.edu/dura/Articles/Psychosurgery.pdf>.
- PAQUOTT T. 2017. *Ivan Illich Denker und Rebell*. München: Beck.
- REASON J. 2004. Beyond the organisational accident: the need for “error” wisdom on the frontline. *Qual Saf Health Care* 13 (Suppl II): ii28–ii33.
- REN X. & CANAVERO S. 2017. HEAVEN in the Making: Between the Rock (the Academe) and a Hard Case (a Head Transplant) *AJOB Neuroscience* 8, 4: 200–205. www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21507740.2017.1392372.
- STONE A. 2008. Psychosurgery: Old and new Psychiatric, *Psychiatric Times*: www.psychiatrictimes.com/articles/psychosurgery%E2%80%94old-and-new.
- TALEB N. 2017. Der schwarze Schwan (2007) – The Precautionary Principle (with Application to the Genetic Modification of Organisms) (2014). www.fooledbyrandomness.com.
- TENNER E. 1997. *Why Things Bite Back: Technology and the Revenge of Unintended Consequences*. New York: Vintage Books (ISBN: 9780679747567).



Helmut Jäger, *1952, Dr. med., ist Arzt für Frauenheilkunde, Taiji- und QiGong-Lehrer und systemischer Coach. Er arbeitete zuletzt als Oberarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Heidekreisklinikum Walsrode und ist selbständig beratend und lehrend tätig. Für den Deutschen Entwicklungsdienst (DED) arbeite er drei Jahre als Arzt an einem Krankenhaus in Tansania. Für die GIZ leitete er ein Projekt zur Prävention nosokomialer HIV-Infektionen in Kinshasa. Anschließend führte er im DED das Fachreferat Gesundheit und den Ärztlichen Dienst. Der Schwerpunkt seines anschließenden Engagements im deutschen Gesundheitsmanagement lag bei der Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation (insbesondere auch interkulturell), der Psychosomatik und der Stärkung der Position der Patientinnen.

Adresse: Hinter dem Amtshof 17 27356 Rotenburg
e-mail (BNI Hamburg): jaeger@bnit.de
e-mail-home: jaeger@medizinisches-coaching.net
www.medizinisches-coaching.net

Zur Komplexität der Beschneidungsdiskurse. Kasuistiken aus der Flüchtlingsberatung in Rotenburg

HELMUT JÄGER

Zur Lage in Deutschland

Genitale Verstümmelungen sind in Deutschland nicht meldepflichtig, daher ist unklar wie viele Frauen davon betroffen sind. Nach einer ersten empirischen Untersuchung sollen „in Deutschland knapp 50 000 Frauen leben, die Opfer einer Genitalverstümmelung wurden. Nach Schätzungen sind zwischen 1 500 und 5 700 Mädchen, die in Deutschland leben, davon bedroht“ (BMFSFJ 06.02.2017). Durch die Zuwanderung sei die Zahl der Mädchen und Frauen aus Ländern, in denen Genitalverstümmelung weit verbreitet ist, von Ende 2014 bis Mitte 2016 um 40 Prozent gestiegen. Die Zahl der Betroffenen in Deutschland habe sich seit 2014 um rund 30 Prozent erhöht.

Die Rechtliche Grundlage

In Deutschland hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (GG Art. 2.2). Das Strafgesetzbuch (StGB) verfolgt „Körperverletzungen“ (§ 223) und „Gefährliche Körperverletzungen“ (§ 224). Vor medizinischen Eingriffen muss deshalb eine genaue Aufklärung erfolgen und eine ausdrückliche (schriftliche) Einwilligung vorliegen. Bei Kindern oder Personen, die nicht einwilligungsfähig sind, entscheiden die Sorgeberechtigten. Nicht medizinisch begründete, körperliche Veränderungen an Menschen, die selbst in den Eingriff nicht einwilligen können, widersprechen dem Geist des Grundgesetzes und dem Gesetz zum Kinderschutz (insb. § 4 Kindeswohlgefährdung). Allerdings macht der § 1631d BGB die Einwilligung eines nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes bei bestimmten genitalem Eingriffen entbehrlich, und Beschneidungen dürfen auch Personen durchführen, „wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein ...“ Damit eröffnet sich ein Interpretationsspielraum für den § 226a StGB (Verstümmelung weiblicher Genitalien), der im Prinzip einen Straftatbestand beschreibt. Prof. Duttke (Uni. Göttingen) schrieb dazu im „Medizinrecht Kommentar“ (PRÜTTING 2016), dass der § 226a (weibliche Genitalverstümmelung) angesichts der Strafbarkeit von gefährlicher und schwerer Körperverletzung (§ 224

und § 226 StGB) eher als „symbolisches Strafrecht“ zu verstehen sei. Er verweist auf „verfassungsrechtliche Bedenken auch im Sinne des Gleichheitssatzes“. Der Begriff „Verstümmeln“ bedeute „jede mechanische Einwirkung auf den Körper, die zur Zerstörung, zum Verlust oder zur (erheblichen) Beeinträchtigung eines Organs“ führe. Deshalb gelte der § 226a nicht für „rein kosmetisch motivierte Eingriffe“ wie z. B. ein Intim-Piercing oder sonstige „Schönheitsoperationen im Genitalbereich“. Da im Bereich der kosmetischen Chirurgie hinsichtlich nicht einwilligungsfähiger Jugendlicher offenbar noch ein rechtsfreier Raum besteht und die entsprechende S4-Leitlinie der AWMF Minderjährige und deren Recht nicht erwähnt, wird es hier vermutlich zu „modernen“ Verstößen gegen das Recht der Unversehrtheit kommen.

Zielgruppen in Walsrode

Die Flüchtlingsberatung im Landkreis Walsrode arbeitet mit dem dortigen Heidekreisklinikum zusammen. Dies liegt in Nachbarschaft zu dem Ankunftszentrum Fallingbommel-Oerbke, dem größten seiner Art im Norden Deutschlands. Von der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung werden regelmäßig Frauen mit genitalem Vernarbungen gesehen und in enger Abstimmung mit Selbsthilfe, Frauengruppen und Behörden beraten und betreut. Im Krankenhaus betreut oder beraten werden Frauen oder minderjährige Mädchen, die

- eine klassischer FGM (Grad 1–3) nach Verstümmelungen im Ausland erlitten haben. Häufig stehen bei ihnen Probleme der Reproduktion im Vordergrund: schwanger werden und auf natürlichem Wege gebären,
- ein Mädchen geboren haben, das durch Beratung und Aufklärung vor FGM geschützt werden muss,
- vor drohender (ggf. erneuter) FGM geflohen sind,
- die auf der Flucht Gewalt erfahren haben, und durch die Misshandlung nicht nur psychisch, sondern oft auch körperlich traumatisiert wurden,

- in Deutschland sexuelle Gewalt erlebt haben oder missbraucht oder verletzt wurden, und deren Traumatisierungen (auf Wunsch auch ohne Hinzuziehung der Polizei) im Rahmen des Netzwerkes ProBeweis gerichtsverwertbar dokumentiert werden können.

Kasuistiken in Stichworten

Allgemein fällt es betroffenen Frauen schwer, sich bezüglich eines tabuisierten Bereiches zu öffnen. Bei niedergelassenen ÄrztInnen können sie ihre Sorgen häufig nicht thematisieren, weil diesen nicht nur Kultursensibilität und Sprachkenntnisse fehlen, sondern oft auch Interesse, Empathie, Zeit und vor allem auch anatomische Kenntnisse. Zum Beispiel ist vielen nicht bekannt, dass es sich bei der Klitoris um ein großes Organ handelt, dessen Spitze zwar gekappt, aber das nicht ohne Weiteres in toto entfernt werden kann. Daraus ergibt sich, dass jede Frau nach FGM optimal durch einen chirurgisch-plastischen Eingriff so versorgt werden kann, dass die Qualität ihres Lustempfindens deutlich gesteigert werden kann. Das ist für die Mehrzahl des betreuenden Fachpersonals zunächst erstaunlich unbekannt.

29 jährige Frau (1 Gravida 0 Para) aus der Elfenbeinküste

Sie wird von der Frauenärztin in der Nähe der Aufnahmeeinrichtung von Örbke eingewiesen, weil „es sich wohl um ein FGM-Problem handele“. Sie lebt seit einem Monat in Oerbke und hatte die Ärztin wegen „Unterleibs-Schmerzen“ aufgesucht. Die Kommunikation mit ihr kann ohne Dolmetscher in Französisch erfolgen. Nach Vertrauens-Aufbau schildert sie, dass sie Schmerzen beim Sex empfinde. Sie habe hier einen Partner kennengelernt, den sie vielleicht wieder verlieren wird, weil ihm der Sex mit ihr keinen Spaß mache. Ihre eigentliche Angst sei es aber, nicht schwanger werden zu können, „weil das Sperma nicht nach innen komme und wieder herauslaufe“. Befund: FGM 2. Grades. Die Klitoris-Spitze ist unter einer Narbenplatte verborgen, die Urethra durch Vernarbungen zur Seite verzogen. Der Introitus ist sehr straff, narbig und nur für 1,5cm durchgängig. Der Befund wird ihr anhand von Zeichnungen ausführlich erklärt. Dabei stellt sich heraus, dass sie weder lesen noch schreiben kann und keine Schule besucht hat, d. h. anatomi-

sche Vorstellungen ihres Beckens hat sie nicht. Sie versteht, dass in ihrem Fall durch eine plastische Rekonstruktion, z. B. im Desert Flower Center in Berlin, eine gute Chance bestünde, befriedigendere Sexualität zu erfahren. Ihre Behandlungsziele formuliert sie jetzt als: „Kein Schmerz beim Sex, Partnerbindung durch Spaß am Sex, schwanger werden und normale Geburt erleben“. Ihr werden dann Kontaktadressen des Netzwerkes gegeben, die ggf. für das weitere organisatorische Vorgehen unterstützen können. Dann beginnt sie zu weinen und schildert ihr Trauma: mit 23 Jahren hätten die Mutter, der Stiefvater und eine unbekannt alte Frau sie nachts, als sie schlief, überfallen und mit Stahlseilen an das Bett gefesselt. Die Vernarbungen der Schnürstellen an beiden Handgelenken und ein Verletzung an der linken Brust in Folge der Bedrohung mit einem Messer sind, wie sie demonstriert, bis heute sichtbar. Nach der Ankettung erfolgte die Verstümmelung, durch „alle drei“. Sie war bis dahin verschont geblieben, sollte aber offenbar durch ihre Eltern an einen alten Mann verheiratet werden, dessen Familie eine FGM einforderte. Seither sei sie auf der Flucht. Ein Familienkontakt bestünde nicht mehr. Sie erhält einen Arztbrief an Ihre Frauenärztin, die alles weitere veranlassen soll und verabschiedet sich.

24 jährige Frau aus der Elfenbeinküste

Um 23:00 des gleichen Tages wird wieder eine Frau aus der Elfenbeinküste mit einem Rettungswagen gebracht. Sie leide unter starken Bauchschmerzen und wird zunächst einem Chirurgen vorgestellt. Der findet keinen Hinweis für eine Blinddarmentzündung und schickt sie zum gynäkologischen Assistenzarzt. Der ruft wegen des Befundes, den er bei der vaginalen Untersuchung sieht, seinen Hintergrund (mich). Bei der Anamnese in Französisch schildert sie, dass sie immer wieder unter Unterbauchbeschwerden leide. Sie habe sich abends mit der anderen Frau aus der Elfenbeinküste ausgetauscht, und die habe sie ermutigt, doch mal ins Krankenhaus zu gehen, da dort nette Ärzte seien. Auch sie litt unter Schmerzen beim Sex bei FGM 2. Grades (durchgeführt im Alter von 3–4 Jahren). Die Klitoris-Region ist vernarbt, der Introitus etwa 2cm offen. Ihr Fluchtgrund sei eine Zwangsverheiratung gewesen. Alte Frauen der Familie des künftigen Ehemanns hätten sie untersucht und befunden, dass die erste FGM nicht ordentlich durchgeführt worden sei, und hät-

ten eine Re-Verstümmelung gefordert. Die sei aber nicht erfolgt, weil sie weglief. Unterwegs auf der Flucht habe sie dann Sex gehabt, nie mit Spaß und oft gewaltsam. Die Ursache ihrer Schmerzen bestand in einer chronischen Eileiterentzündung (ggf. einer Chlamydieninfektion), die nach der Beratung behandelt wurde.

42 jährige Frau (Para 5) aus Äthiopien

Normale Geburt bei Zustand nach FGM Grad 3 mit starken Vernarbungen (Eröffnung vor dem ersten Sex und anschließend vier Spontangeburt). Die Frau spricht nur ihre Heimatsprache. Der Vater des letzten Kindes ist ein Somalier, der hier Aufenthaltsstatus genießt und arbeitet. Das Ehepaar versorgt 3 liebenswerte Mädchen und das jetzt neugeborene Mädchen. Bei dem Beratungsgespräch mit ihr und mit Ehemann bei Entlassung sagt sie, dass sie verstehe, was eine Klitoris-Rekonstruktion sei, aber das wolle sie nicht, ggf. aber später eine Sterilisation. Beide lehnen eine FGM bei Ihren Töchtern vehement ab. Er versichert sehr spontan und bestimmt: „Wenn die alten Frauen bei uns zu Besuch kommen, werde ich meine Kinder schützen!“

28 jährige Frau (Gravida 1) aus Äthiopien unter der Geburt

Sie wird nachts mit einem Rettungswagen gebracht, weil sie unter der Geburt ist. Papiere wie Mutterpass besitzt sie nicht. Sie spricht keine Fremdsprache und Dolmetscher sind nicht erreichbar. Ihr Ehemann radebrecht in Englisch. Die Hebamme findet die Herztöne des Kindes und legt ein CTG an. Sie versucht, die Frau vaginal zu untersuchen, die aber überkreuzt ihre Beine. Nach geduldigen Zureden willigt sie doch in die Untersuchung ein und man darf auch einen Arzt (mich) dazu holen. Befund: der Kopf befindet sich im Becken und wird nur durch Vernarbungen nach FGM 2–3 Grades zurückgehalten. Es kann so nicht geboren werden. Die Frau macht panische Abwehr-Zeichen, die vielleicht signalisieren sollen: „Keine Vagina-Eröffnung“. Der Mann dagegen macht abwechselnd Zeichen, die vielleicht ein Messer oder Schere symbolisieren sollen. Er zeigt mit seiner Scherengeste nach unten in die Afterregion, und bedeutet: „Nicht nach oben!“. Er wird gebeten, sich in den Hintergrund zu setzen. Beim nächsten Pressen erfolgt die scharfe Eröffnung der Narbenspange nach oben unter Befreiung der Urethra-öffnung. Der Damm bleibt durch

die Geburt intakt. Als die atraumatischen Nähte für die Vulva-Verletzung vorbereitet werden, fragt der Mann, ob seine Frau jetzt auch wieder zugenäht werde. Das entschiedene „Nein!“ scheint die Frau, die ihr Kind (ein Mädchen) kuschelt, zu beruhigen. Jedenfalls lächelt sie. Am nächsten Morgen lassen sich beide gegen ärztlichen Rat ins Aufnahmelager zurückbringen.

24 jährige Frau (Gravida 1) aus Somalia in der 22. Schwangerschaftswoche

Die Frau stellt sich zu einem von ihrer Hebamme vereinbarten Beratungstermin wegen FGM und Geburtsplanung vor. Eine Dolmetscherin des Krankenhauses für Arabisch ist anwesend, ferner der Ehemann und zwei ältere Begleiterinnen. Der Grund ihres Besuches ist: Sie wolle normal ohne Kaiserschnitt gebären. Zunächst erfolgen eine Aufklärung zu einer Untersuchung und das Einverständnis. Befund: FGM II-III, Öffnung 2 cm, sehr straff, Urethra bedeckt, starke Vernarbungen und Verziehungen. Sie wird beraten, dass so eine vaginale Geburt risikoreich sei, und es wird vorgeschlagen, den Introitus durch eine De-Infundibulation zu eröffnen und die groben Narbenplatten zu beseitigen. Alle Beteiligten stimmen zu, und es wird ein Termin vereinbart. Die Hebamme erwirkt wenig später die Zustimmung des Sozialamtes zu Kostenübernahme. Der niedergelassene Frauenarzt, der die Einweisung hätte veranlassen müssen, lehnt gegenüber der Hebamme ab. Der Eingriff sei teuer und überflüssig. Man könne genauso gut eine „großzügige Episiotomie schneiden, ggf. beidseits“. Er vereinbart dazu einen Termin in einer anderen Geburts-Klinik. Dort Spontangeburt mit einer (nach Angaben der Hebamme) „sehr ausgedehnten medio-lateralen Episiotomie, die mit Einzelknopfnähten versorgt wurde“. Die Narbenplatte über der Urethra war erhalten geblieben. Als die Hebamme mit der Frau alleine zu kommunizieren versuchte, teilten ihr die beiden älteren Frauen mit, dass sie nicht mehr gebraucht werde.

24 jährige Gravida 1, 22 J. aus Gambia in der 16. Schwangerschaftswoche

Stationäre Aufnahme wegen Schwangerschaftserbrechen, das sich immer wieder verschlimmert, wenn ihr Mann aus Sierra Leone sie besucht. Während er fordernd, ungeduldig und latent aggressiv wirkt, ist sie ausgesprochen unzugänglich, still,

wortkarg. In ihrem Mutterpass, in dem drei Ultraschalluntersuchungen dokumentiert sind, steht „keine Besonderheiten“. Bei einem sehr vorsichtigen Versuch, Kontakt aufzubauen, öffnet sie sich zunächst nur wenig. Dann äußert sie, dass sie Angst vor einem Kaiserschnitt habe. Sie ist mit einer vaginalen Untersuchung einverstanden, bei der sich dann eine FGM zeigt; vermutlich 3. Grades, die vor oder während des ersten Sexes (ggf. mit einem Messer) gesprengt wurde. Die Urethra liegt unter einer Narbenspange verborgen. Der Introitus ist nur etwa für 2 cm offen. Sie wird beraten, dass es günstig sei, vor Geburt die Narbenspannen zu entfernen (De-Infundibulation), und es wird ein Termin acht Wochen vor der Geburt vereinbart. Der Eingriff wird dann wie geplant komplikationslos durchgeführt, und später entbindet sie spontan und ohne Verletzungen. Bei Geburt war ihr Mann nicht anwesend, nähere Informationen zu ihrem Schicksal oder ihrer aktuellen Situation gab sie aber nicht preis. Aber sie willigte ein, in der Aufnahmeeinrichtung von einer Hebamme betreut zu werden.

Links

- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) www.awmf.org/leitlinien/de/tail/anmeldung/1/II/009-019.html.
- BILDUNGSPORTAL KUTAIRI www.kutairi.de/.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/erste-studie-mit-zahlen-zur-weiblichen-genitalverstuemmelung-fuer-deutschland/-113908.
- INTEGRA Dt. Netzwerk zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung. Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. 14.01.2017: www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm.
- MEDIZINISCHES-COACHING (Links zum Recht auf Unversehrtheit, Beratung und Versorgung) www.medizinisches-coaching.net/fgm_in_dtschl.html.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, FGM Data 2017 www.prb.org/pdf17/FGMC%20Poster%202017.pdf.
- PROBEWEIS www.probeweis.de.
- PRÜTTING D (Hrsg): Medizinrecht Kommentar. 4. Auflage 2016 (3412 Seiten), Luchterhand, ISBN 978-3-472-08662-8.
- REFUSHE (Wegweiser bei Gewalt, Zwang, Sexualität, FGM, Diskriminierung, Zukunftsgestaltung) als App bei Google PlayStore erhältlich.
- SHE DECIDES www.shedecides.com/the-manifesto/.
- UEFGM (United to end FGM) <https://uefgm.org/>.
- ZANZU (Aufklärung in zwölf Sprachen) www.zanzu.de/de/Wahl-der-Sprache

Helmut Jäger, Dr. med., ist Arzt für Frauenheilkunde und blickt beruflich auf ein breites Spektrum des Wirkens im Rahmen der medizinischen Entwicklungshilfe.

Hinter dem Amtshof 17, 27356 Rotenburg
e-mail (BNI Hamburg): jaeger@bnitm.de
e-mail-home: jaeger@medizinisches-coaching.net
www.medizinisches-coaching.net

Forum

Migration • Gesundheit • Integration

herausgegeben von:

Ramazan Salman • Dr. Thomas Hegemann &
Prof. Dr. İlhan Kızıllan

Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland.
J. COLLATZ, W. HACKHAUSEN & R. SALMAN (Hg.)
Band 1 • 267 Seiten • ISBN 978-3-86135-290-7

Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung
THOMAS HEGEMANN & BRITTA LENK-NEUMANN (Hg.)
Band 2 • 197 Seiten • ISBN 978-3-86135-291-4

GERTRUD WAGEMANN

Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen.
Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer
Band 3 • 123 Seiten • ISBN 978-3-86135-292-1

Sonnenberger Leitlinien.

Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa
WIELANDT MACHLEIDT, RAMAZAN SALMAN & IRIS T. CALLIESS (Hg.)
Band 4 • 302 Seiten • ISBN 978-3-86135-293-8

RAMAZAN SALMAN

Interkulturelle Gesundheitsmediatoren.
Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems.
Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg
Band 5 • 86 Seiten • ISBN 978-3-86135-294-5

JAN İLHAN KIZILHAN

Depresyon ve Psikolojik Ağrılar. Hastalığı Yenmenin Yolları
Depression and somatoforme Schmerzen.
Wege aus der Krankheit
Band 6 • 144 Seiten • in türkischer Sprache
ISBN 978-3-86135-295-2

Gesunde Kinder. Ein Handbuch für die Interkulturelle Gesundheitsförderung in Erziehung, Pädagogik und Beratung
DRK, LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE E. V.
& ETHNO-MEDIZINISCHEN ZENTRUM E. V.
Band 7 • 192 Seiten • ISBN 978-3-86135-296-9

JAN İLHAN KIZILHAN

Kultursensible Psychotherapie.
Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze
Band 8 • 176 Seiten • ISBN 978-3-86135-297-6

JAN İLHAN KIZILHAN

Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen.
Transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Fraue aus dem Irak
Band 9 • 160 Seiten • ISBN 978-3-86135-329-4

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung
www.vwb-verlag.com

So kostbar wie eine Organspende. Die Teilnahme an einer klinischen Studie verlangt von den Patienten Opferbereitschaft*

WERNER GOLDER

Die Patienten sind die mit Abstand wichtigsten Partner im Ensemble klinischer Studien. Die Teilnahme ist mit einer Reihe von Belastungen verbunden. Nicht selten schließen sich an das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt komplementäre diagnostische Maßnahmen an. Zum objektiven Erwartungsdruck treten die mit Fortschreiten der Studie wachsenden subjektiven Befürchtungen. In der Nachbeobachtungsphase wird die Bereitschaft zu Kontrollen in mehr oder weniger großen Abständen verlangt. Studienpatienten erklären sich mit ihrer Zusage gewissermaßen zu Dienstleistern für die anonymen Nachfolger in der gleichen gemeinsamen Krankheit. Die von den Teilnehmern für die forschende Medizin erbrachten Opfer und Leistungen können ihrer Bedeutung nach der Organspende an die Seite gestellt werden.

Es kommt nicht oft vor, dass die Autoren einer klinischen Studie den Patienten, die daran teilgenommen haben, wenigstens im Nachwort, wo Sponsoren, Schreiber- und studentische Hilfskräfte jeweils feste Plätze haben, ihren Dank aussprechen. Diese Beobachtung kann man in allen Disziplinen machen, diese Beobachtung wird mit jeder neuen Nummer jeder Zeitschrift im deutsch- wie im fremdsprachigen Raum bestätigt. Nur gelegentlich entscheiden sich Studienärzte zu einer derartigen Geste der Würdigung. Aber selbst dann werden selten mehr als ein paar kurze Zeilen daraus. Ehrliche, von Herzen kommende Wertschätzung liest sich anders. Dabei hätten die mit Abstand wichtigsten Partner eines derartigen Projekts in jedem Fall besondere Anerkennung verdient. Doch niemand fordert den Beifall ein. Während die Industrie, das Verlagswesen, die Mediziner und die Institutionen, denen sie angehören, mit klinischen Studien jeweils feste Geschäftsmodelle verbinden, fehlt den Patienten eine vergleichbare professionelle Orientierung.

Studienpatienten haben gemeinsame Interessen, aber sie verfügen nicht über eine Interessen-

gemeinschaft. Kranke erhalten keine Prämien oder Honorare; nur in Probandenstudien wird eine Aufwandsentschädigung gezahlt. Die Leistungen, die die Patienten erbringen, werden nach dem Prinzip Zufall und Hoffnung vergütet.

Rekrutierung und vorbereitende Maßnahmen

Man braucht gar nicht so weit gehen und auf die neue EU-Initiative für eine Veränderung der Verordnung zu Medikamentenversuchen am Menschen hinweisen, mit der die bisher üblichen strengen Verfahrensregeln aufgeweicht werden sollen, um beurteilen zu können, was den Studienteilnehmer jetzt und in Zukunft erwartet. Schon das Rekrutierungsverfahren ist verletzend. Nicht, dass nicht eine unabhängige Ethikkommission um Zustimmung zu dem Projekt gefragt worden wäre und die Genehmigung erteilt hätte, nicht, dass die Selbstbestimmung des Kranken nicht ausreichend geachtet würde, nein, aber bereits der erste Kontakt mit dem Studienarzt kann Kummer bereiten. Da wird der Kandidat mit akademischer Präzision auf seine Diagnose angesprochen, da werden ihm die Mängel der bisher üblichen und möglicherweise auch bei ihm bereits angewandten diagnostischen und therapeutischen Verfahren dargelegt und da wird ihm anschließend das neue Produkt bzw. Verfahren vorgestellt, das im Dienste der klinischen Forschung erprobt werden soll. Mag der Patient dem Fortschrittsdenken in der Medizin gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen sein und dem Arzt, der ihm gegenüber sitzt, persönlich vertrauen, so wird ihm doch in dieser Situation unmissverständlich klar, dass er an einer für die Wissenschaft interessanten Erkrankung leidet bzw. das Stadium der Erkrankung, in dem er sich befindet, für die Wissenschaft interessant ist und er deshalb als „interessanter Fall“ von den forschenden Ärzten begehrt wird.

Anschließend erfährt der Patient, dass für die Erfüllung der Aufnahmekriterien möglicherweise

* Another way of Organ Donation. Enrollment into a Clinical Study Demands Patients' Willingness to Make Sacrifices.

nicht nur die Mitteilung zusätzlicher anamnestischer und klinischer Details, sondern auch komplementäre diagnostische Maßnahmen erforderlich sind. Von diesem Zeitpunkt an weiß er, dass er mit seiner Zusage nicht nur zu einem darstellenden Mitglied des Forschungsbetriebs wird, sondern sich in dieser Rolle auch zu bewähren hat und dass die dafür kausal verantwortliche Krankheit von seinem ärztlichen Partner auf eine besondere Art und Weise nutzbar gemacht wird. Dieser Eindruck verfestigt sich, wenn es im weiteren Verlauf des Gesprächs um die Organisation der Studie und die Zuordnung der Teilnehmer zu den verschiedenen Gruppen geht. Auch wenn der Patient bis dahin noch nie etwas von „Studienarm“ oder „Kontrollgruppe“ gehört hat, erkennt er bei der Lektüre des Aufklärungsbogens und ggf. des Studienprotokolls, dass das Vorhaben für einige Teilnehmer möglicherweise nicht frei von unerwünschten Wirkungen ist. Durch die Medikamenten-Beipackzettel sind Patienten an solche Warnungen gewöhnt. Die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Risiken sind freilich anders als die Nebenwirkungen zugelassener Pharmaka ihrem Wesen nach zumindest teilweise unbekannt und potenziell größer. Nicht nur deshalb kann der Patient jederzeit das Recht für sich in Anspruch nehmen, auch ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile befürchten zu müssen, die Einwilligung zur Teilnahme zurückzuziehen.

Objektive Erwartungen

Die Verpflichtungen, die der Patient mit seinem Ja zum Angebot des Studienarztes für eine mehr oder weniger lange Zeit eingeht, legen sich wie eine zusätzliche Bürde auf das Joch der Krankheit. Die Teilnahme an der Studie verlangt viel Zeit und viel Geduld – bei den An- und Abfahrten, in den Wartezimmern, bei den Gesprächen, bei den Tests, bei den Behandlungen, bei der Dokumentation. Manchmal wird aus Gründen des Studiendesigns der Verzicht auf die Fortsetzung der Einnahme bisher verwendeter Medikamente und/oder die Unterbrechung der bisherigen therapeutischen Maßnahmen gefordert.

In der Nachbeobachtungsphase kommen fakultativ Telefongespräche, Fragebogenaktionen und Kontrolltermine in mehr oder weniger langen und regelmäßigen Abständen hinzu. Auch wenn der Arzt im Detail erläutert, ob die begleitenden körperlichen und/oder instrumentellen Untersuchungen studienbedingt sind, d. h. deshalb indiziert werden, weil sonst der Zweck des Projekts möglicherweise

verfehlt würde, oder auch sonst sinnvoll und notwendig gewesen wären, erhöht jeder einzelne Test die physische und psychische Belastung des Patienten und schafft zusätzliches Warten und Bangen vor der Mitteilung des Resultats und den möglichen Konsequenzen. Die Intensivierung der somatischen Überwachung allein bringt es mit sich, dass der Kranke trotz der vielfältigen organisatorischen Vorteile, in deren Genuss er durch die Teilnahme kommt, von seinem Leiden noch stärker vereinnahmt wird, als es ohnehin der Fall ist. Das hohe Ziel der ärztlichen Kunst, den Patienten durch die Therapie – sei sie kausal und/oder symptomatisch – in die Lage zu versetzen, seinen Zustand so lange bzw. so oft wie möglich zu vergessen und so weit wie möglich aus dem Bewusstsein zu verdrängen, rückt dadurch konzeptionell in die Ferne. Für viele Studienpatienten stellt die temporäre Vereinnahmung durch die forschende Medizin und die damit verbundene Erhöhung des Leidensdrucks eine außerordentliche Belastung dar. Als bedrückend kann auch empfunden werden, dass – von Notfällen abgesehen – während der Studienperiode zusätzliche Behandlungsmaßnahmen nur nach Rücksprache und im Einvernehmen mit dem Prüfartzt ergriffen werden dürfen. Der Kranke, der sein Leiden der Wissenschaft für eine gewisse Zeitspanne zur Verfügung stellt und so in einer bizarren Kreuzung aus Mitwirken und Mitleiden etwas für die Forschung leistet, muss so unter Umständen mehr ertragen als jener, der nur nach den Regeln der ärztlichen Kunst bzw. leitliniengerecht im medizinisch notwendigen Umfang behandelt wird.

Subjektive Befürchtungen

Zum objektiven Erwartungsdruck kommen die mit Fortschreiten der Studie unweigerlich wachsenden subjektiven Ahnungen und Befürchtungen. Jeder Studienteilnehmer bringt einen natürlichen, in jeder Hinsicht verständlichen Egoismus in das Projekt ein. Er hofft auf Linderung, Besserung, vielleicht sogar Heilung durch die Teilnahme an der Studie und als Belohnung für die Entbehrungen, die er dafür auf sich nimmt. Es ist ihm nicht anzulasten, wenn er den potenziellen Eigennutzen mit der Leistung, die er für Wirtschaft und Wissenschaft erbringt, verrechnet und danach fragt, was er persönlich vom Ergebnis der Studie zu erwarten hat, und aus dem Studienziel individuelle Zuversicht ableitet. Doch der Optimismus der Startphase ist vielfach von begrenzter Dauer.

Nach einer mehr oder weniger langen Frist stellt sich immer drängender die Frage: Welcher Gruppe gehöre ich an – der, die den Nutzen hat, oder jener, die auf den zweiten Platz kommt?

Die Qualen der Ungewissheit über die Bilanz des Projekts sind eine beständig wachsende Belastung, die durch die Gespräche zwischen den Studienteilnehmern verstärkt wird und auch durch die Hilfeleistungen speziell ausgebildeter, gesprächsbereiter und aufopferungsvoller Studienschwestern und Studienpfleger kaum wirkungsvoll gelindert werden kann, ganz zu schweigen von der für alle Beteiligten schrecklichen Situation, dass die Studie womöglich abgebrochen werden muss, weil die negativen Effekte bereits frühzeitig überwiegen. Das Verbot, andere/zusätzliche Behandlungen durchführen zu lassen bzw. überhaupt vom Protokoll abzuweichen, wird zur Zerreißprobe, wenn es dem Patienten unter der Studienbehandlung nicht gut geht. Aber auch ohne eine solche dramatische Zuspitzung wächst die Erkenntnis, dass die Studie nicht nur den von allen Seiten erhofften Erfolg produzieren wird, sondern dass es auch mehr oder weniger große Verlierer geben kann und wahrscheinlich geben wird. Je besser das Studienergebnis und je höher daher der Gewinn für jene ausfällt, die zu den Siegern angehören, desto höher sind, somatisch wie psychisch, die Einbußen der Verlierer. Dieses Dilemma, so sieht der Kranke schließlich ein, hat er durch seine primäre Teilnahmezusage selbst zu verantworten. Aus der bitteren Erkenntnis kann er das Gefühl entwickeln, sich durch seine Opferbereitschaft um eine bei schulmäßiger Behandlung gegebene realistische Besserungs- oder Heilungschance gebracht zu haben. Zu diesem Zeitpunkt nicht mit dem selbstgewählten Schicksal zu hadern verlangt außerordentliche menschliche Größe, vor allem dann, wenn die Studie lange gedauert hat, die Teilnahme entbehrungsreich war und die Nachteile für die eigene Person erst spät sichtbar werden.

Leiden für die Nachfolger in der gleichen Krankheit

Studienpatienten erklären sich mit ihrem Ja gewissermaßen zu Dienstleistern für das Ergehen anonymer Nachfolger in der gleichen gemeinsamen Krankheit. Als ob das Tragen und Ertragen des Leidens nicht schwer genug und die Not, in die sie die Krankheit gestürzt hat, nicht bitter genug wären, stellen sie ihr beschädigtes Leben für einen Versuch zur Verfügung, verinnerlichen sie sich, dass dabei von ihrer Person krankheitsbedingt eine außergewöhnliche Leistung erwartet wird, nehmen sie den zusätzlichen Erwartungsdruck, der ihnen mit der Rolle des Forschungsobjekts zugefallen ist, auf sich und gehen die von dem einen als mehr, von dem anderen als weniger bedrückend empfundene Verpflichtung ein, in und mit und durch die Krankheit einen Beitrag zum Fortschritt der Medizin zu leisten. Man ist berechtigt, ja verpflichtet zu sagen, dass sie damit eine Art Organspende erbringen, eine Organspende, bei der ihnen zwar nicht vitales Gewebe entnommen wird, in deren Rahmen sie aber von ihrer ohnehin reduzierten Existenz ein weiteres Stück abgeben. Die Übernahme einer derartigen Verpflichtung und das damit verbundene anonyme Opfer für die forschende Medizin können unabhängig von den individuellen Studienbedingungen grundsätzlich und uneingeschränkt nicht anders als heldenhaft bezeichnet werden. Doch während den Organspendern goldene Kränze geflochten werden, bleiben die Studienpatienten im Schatten des Kollektivs verborgen.

Gerade dann, wenn die Teilnehmer im Anhang wieder einmal nicht dankend erwähnt werden, sollten nicht nur die Leser und Nutznießer jeder einzelnen Studie, sondern auch die Initiatoren laufender und geplanter klinischer Prüfungen daran voll Beschämung, Bewunderung und Dankbarkeit denken.



Werner Golder, Prof. Dr. med., ist Arzt für Radiologie. Er hat zwei Jahrzehnte an deutschen Universitätskliniken gearbeitet (München, Berlin) und ist jetzt in Frankreich tätig. Neben Medizin hat er Klassische Philologie und Vorderasiatische Archäologie studiert und u. a. eine Monographie über Hippokrates und das Corpus Hippocraticum veröffentlicht.

e-mail: werner.golder@orange.fr

“Doing Sex: Men, Masculinity and Sexual Practices.” Report on the conference at Newcastle University, July 13–14, 2017

ANNIKA STRAUSS

From the 13th until the 14th July 2017 the conference “Doing Sex: Men, Masculinity and Sexual Practices” took place at Newcastle University in the United Kingdom. The three organizers FRANK G. KARIORIS, Assistant Professor of Sociology & Director of the Center for Critical Gender Studies, American University of Central Asia, Kyrgyzstan, JONATHAN A. ALLAN, Canada Research Chair in Queer Theory Brandon University, Canada, and CHRIS HAYWOOD, Reader in Critical Masculinity Studies, Newcastle University, are experienced researchers in the area of men and masculinity studies. The conference aimed to bring together the study of sexual practices and desires and critical studies of men and masculinities. The origins of the conferences are based on discussions that took place at a recent conference on men and masculinity when the organizers found themselves frustrated due to the noticeable absence of discussions on men, masculinity and sex. Men doing sex is a marginalized topic, mostly located at the fringes of conferences. With this event they attempted to increase the visibility about men and sex in academic research.

The conference took up some of the provocations of sexology in the twentieth century to think through men’s sexuality today. According to Alfred Charles Kinsey there is an inherent paradox in “man’s absorbing interest in sex and his astounding ignorance of it; his desire to know and his unwillingness to face the facts.” The organizers stressed in the CFP, that despite some of the failings and problematics in Kinsey, Masters & Johnson, and other Sexologists, it is critical to reflect not simply as criticism of these, but also what they are suggestive and enlightening of. The emphasis of the conference was therefore supposed to be on “practices.” What do men doing sex look like beyond the common ascriptions and assumptions? What do men *actually* do sexually? To ask, explore and answer those ques-

tions honestly though, may challenge some conventional gender, queer or feminist politics.

The conference programme included presentations from diverse areas of inquiry, with speakers from a range of different backgrounds and perspectives. It was opened by a session trying to give *Directions Forward for Men and Masculinity Studies*. MARK MC CORMACK, Professor of Sociology at the University of Roehampton, London, spoke on *Querying “not gay” theorizing in masculinity studies: The contributions of “mostly straight” research to the debate*. He was followed by SERENA PETRELLA, Assistant Professor and Chair, Sociology; Gender & Women’s studies, Brandon University, and her talk on “*Ethical “Doms and Ambivalent Bottoms: Desire, Mastery and Surrender in the Power Play of Male Kinksters*.” The last speaker of the panel was MARK LIMMER, Lancaster University, Centre for Health Inequalities Research, who talked about *Young Masculinities and Pornography—Disrupting the Public Discourse in the UK*. These talks were an adequate kick-off for the conference as they touched on some of the key issues that were discussed during the coming two days: challenging the bipolar categorization of heterosexual and homosexual orientation, understanding local cultures and epistemologies of kinky sex and men’s relation to and interaction with porn and social media like dating apps. The following panels were organized multiple track with two sessions taking place at a time.

13th July

The *panel themes* on Thursday comprised *Exploring New Sex Practices and Their Impact* (Peter Kaiser: Sodomasochism as a means for male to transcendent post-modern gender roles and equality; Carl Bonner-Thompson: Anticipating touch: haptic geographies of Grindr* encounters; Belia B. Schuurmann & Iris Poelen: Tales of Desire, Deceit and Demasculinization: Online Representations by Sex Tourist), *Men, Masculinity and Global Transformations* (Annika Strauss: Doing Gay and Feeling Female—A Queer Narrative from a Psychiatric Setting in Mumbai, India; Valeria Quaglia: Understanding the intersection between masculinity construction, sexuality practices and men’s health: An Italian Study; Tyrone Ali: Love, Intimacy and Sexuality: A Gendered Analysis Among Caribbean

Men), *City and Sex* (Luisa Schneider: Bambrusing*, bassing, sexing, romancing: masculinities and sexual practices among young men in Freetown, Sierra Leone; Jamie Hakim: Chemsex and the city: queering collectivity in neoliberal London; Justin Hunt: Comedown with me), *Being Male, Becoming Male* (Katherine Jones: Mutuality Reframed: The Family Planning Association's "Men Too" Campaign, 1984–1985; Catherine Gallais: The "sex talk:" paternal masculinities and ideas of male sexuality; M. F. Ogilvie: The Homoerotic Tendencies of Elite Male Athletes), *The Viral/Virile* (Colin R. Johnson: Fuck My Wife; or, the Erotic Logic of Cuckoldry; Jaime García-Iglesias: Viral Masculinity: Who are the "Real Men" Who Want to Get HIV?; João Florêncio: Dark Ecology, HIV and CUMmunity* in Bareback Porn) and *Literary Sex* (Stian Kristensen: Becoming Sex: Abjection and Subjection; Samuel Williams: Inclusive Masculinity (or Not Quite) in Bill Konigsberg's "Openly Straight;," Jonathan Allan: Foreskin Fictions: On Missing Out in Lisa Braver Moss's "The Measure of His Grief").

In the evening the keynote event took place at "The Roxy," a small, picturesque movie theatre, in the Tyneside Cinema, Newcastle. Here Prof. CLARISSA SMITH, University of Sunderland, gave her talk titled *Sex is the stimulus of life, and my daily caffeine: on being a regular consumer of pornography*. Smith is a founding co-editor of *Porn Studies* and a member of the editorial boards of *Journal of Gender Studies*, *Sexualities* and *Participations*.

In her talk she gave accounts of her current research that is concerned with sexual media and representations. Her interest lies in how people access and engage with pornographic materials and with other forms of sexualized products. In her talk it became clear that public perceptions of porn and representations in the media often are too stereotypic and one dimensional and furthermore often pathologize the consumption of porn. In contrast Smith illustrated with different quotes from a questionnaire of a broad study on porn consumption which various meanings porn can adopt for its consumers. The first conference day concluded with participants having a fruitful exchange in "The Gallery" of the Tyneside Cinema, enjoying a street food buffet, wine and inspiring conversations.

14th July

On Friday, the following *panel themes* lead conference attendants through the day: *Viewing and Consuming Porn* (John Mercer: Gay Pornography: Modern Masculinities and Popular Culture; Mark Limmer & Rachel Eastman: Masculinities Performed in on-line heterosexual pornography; Gareth Longstaff: Bodies that Splutter—Jouissance, Memory, and the Dangerous Pleasures of Bare-Back and Chem-Sex Porn), *Mobile Sex/Sexualities* (Rebecca Plante: Sexing the Irishman: Explorations of Media and Masculinities; Lénica R. Cruz Manjarrez & Pilar Albertin Carbó: Men and masculinities in the online dating social networks; Paul Michaels: The usage and experiences of deaf gay men using dating apps), *Men and Sex Work* (Monique Huysamen: Paid sex as a safe space: Exploring men's constructions of paying for sex; Victor Sacha Cova: Indigenous travesti sex workers and their clients in the Ecuadorian Amazon; Sam Miles: "I've never told anyone this before:" Co-constructing fieldwork intimacy in sex and sexuality research), *Changing Masculinities* (Eric Anderson: Inclusive Masculinity Theory; Rory Magrath: The core of IMT: Jocks attitudes towards homosexuality; Zander West: Being a sexual minority in college; Lois Morales: Inclusive masculinities among: A diverse religious sample of American high school students; Campbell Williams: Turning towards inclusivity in Community Sports; Adam White: No Greater Love: Bromances* among University Men), *Sex and the Law* (Katherine Parker: Illicit Sex and the Homonormative Legal Landscape; Alexander Maine: Seamless Continuum: PrEP, the courts, and the recognition of gay sex; Antónia Barradas: Stop Throwing Stones at Geni: How is EU Parliament Resolution 2013/2103 Going to Make the Sex-Buyer Accountable?) and *Death to the one Time Rule of Homosexuality* (Mark McCormack: Non-exclusive hetero-sexualities and mostly straights; Carol Shepherd: Recognizing and Promoting Bisexuality; Ryan Scoats: Towards the Male-Male-Female Threesome; Liam Wignall: Eroticizing the straight male anus; Charlie Fiddler: Generational perspectives on IMT; Eric Anderson: Future Directions of Men's Gender).

The conference finally closed with some remarks from the organizers and subsequently with a wine reception at the conference venue, the Research

Beehive. As a conclusive socializing event the reception resulted in pulling participants one last time into interesting conversations, discussing conference contents and engaging into further networking.

As the organizers mention in their message in the conference handout, holding a conference on men and sex had its challenges: “We were refused financial support from University Faculties, Gender Studies groups declined to circulate the conference information, as well as experiencing vitriol from others along the lines of being rapists and torturers. That reminded us that something fascinating happens when the focus is on men, especially their sexual practices. We have found that that there is often a disquiet, a kind of suspicious curiosity that both queries the legitimacy of the attention, but also questions one’s academic integrity.” Fortunately Frank, Jonathan and Chris managed to fight these obstacles successfully and facilitated a conference that opened the scope to explore the diversity and complexity of male sexual practices. Men’s sexual practices, more often than not, are pathologized, diagnosed, managed, and treated. This conference provided a platform for those undertaking research

in the field of masculinity and sexual practices and drew a multifaceted picture of what men doing sex can look like.

Note:

- * Grindr = Grindr is a social network app that is designed to help gay and bisexual men to meet others in their area // Bambrusing = describes a particular kind of rough sex // CUMmunity = a group of men having sex with men who are ‘fluid bonded’, that means no condoms are used during intercourse to prohibit contact with others’ ejaculate // bromance = The term bromance is used to describe a close, emotional bond between two men that doesn’t include sexual interactions and is distinguished by a particularly high level of emotional intimacy.



Annika Strauss, is a doctoral candidate in Social Anthropology at the Institut fuer Ethnologie/Westfaelische-Wilhelms-Universitaet Muenster and since April 2012 lecturer in Social Anthropology. Her areas of interest include the social anthropology of psychiatry, social anthropology of organisations, gender and sexuality studies and methodological reflexivity and self-reflection in the context of social anthropological fieldwork and teaching.
e-mail: annika.strauss@wwu.de

“Encounters, Translations and Transformations.” 9th International Congress on Traditional Asian Medicine. Kiel, August 06–12, 2017

SABINE LENKE-VON HEIDENFELD

The International Association for the Study of Traditional Asian Medicine (IASTAM) and the China Center of the CAU led by Professor ANGELIKA MESSNER invited more than 350 scientists from 30 different countries to Kiel to discuss the future of Asian medicine in the global health care service. In 30 sections on various regional and specific healing topics, 11 keynotes, a roundtable and 13 workshops, the theme of the congress “Encounters, Translations and Transformations” was examined with regard to

curative, diagnostic, therapeutic, historical, philological and market-related topics and issues.

The spectrum of the congress included the following countries and their (traditional) medicines: China (TCM), Japan (Kampo Medicine), Taiwan, Korea, India (Ayurveda, Yoga), Tibet (Sowa Rigpa Medicine) and the Arab-Greek Unani Medicine. One of the 30 sections dealt with Jesuit colonial medicine in South America. The highlights at the end were the *Paul Unschuld-Fest-Symposium* and the Basham Medal Awards to Dr. *Shizu Sakai* (Emer. Professor of Medical History at Juntendo University, Japan) and to Dr. *Judith Farquhar* (Emer. Professor-Max-Palevsky Professor of Anthropology of Social Sciences in the College, Faculty Director of the University of Chicago Center in Beijing).

At this point, it is not possible to cover the thematic range even close, so in my report I will focus on the two plenary sessions and the round table concerning the relationship between medicine/healing

treatment and culture. I refer to the statement, which DETLEV GANTEN (President World Health Summit) expressed in his welcome note at the opening ceremony that health is about culture and education. It is more than medicine.

Further welcome notes were submitted: *Daniel Günther* (Minister President Schleswig Holstein), *Carsten Leffmann* (Ärztlicher Geschäftsführer AEKSH), *Anja Pistor-Hatam* (Vice President CAU), *Ulrich Stephani* (Dean of Medical School CAU), *Geoffrey Samuel* (Former President of IASTAM), *Angelika Messner* (Host and Co-Chair of ICTAM IX and President of IASTAM), *Michael Stanley-Baker* (Co-Chair of ICTAM IX), *Bernhard Schwarzländer* as a video message (WHO).

The first Opening Plenary Session *Studying and Practicing Traditional Medicines Today* (Chair: PAUL U. UNSCHULD, Director of Horst-Görtz-Stiftungsinstitut, Charité-Universitätsmedizin Berlin) started with the very interesting input “One simple question that could transform the study of Traditional Asian Medicine” by SHIGEHISA KURIYAMA (Reischauer Institute Professor of Cultural History at Harvard University). He pointed out, that much of life is habit. We need to scrutinize habits and so the question is: What matters matter most? What feelings affect a society most? For example, joy, happiness, anger, sadness or what tastes? Or which organs are the main focuses? The answer says something about the cultural imprint.

Following this motto, I will continue my report with the plenary session. The topic *Traditional Medicines and Global Health* was critically and constructively analyzed (Chairs: ANGELIKA MESSNER, MICHAEL SHI-YUN LIU (Joint Professor, National Cheng-Kung University, Taiwan). I have chosen two lectures, which demonstrate how this encounter could proceed on an equal footing.

DETLEV GANTEN lectured on the latest findings in epigenetics and the new branch of evolutionary medicine under the topic *A holistic concept of public/global health: Lessons learned from the molecular understanding of evolution*. According to epigenetics, external influence on the genome is greater than previously known. He asked what we can learn from evolution for medicine. Our body systems work like in former times, but there is a gap between biology and civilization. The reason is that these systems were not made for the life which we are now leading. To bridge this gap, the following

health formula is necessary: Health is constituted by the function of our biology, the environment and the life-style. Therefore it is necessary to incorporate holistic methods into Western medicine and to create dialogues. We must take in mind that we may be culturally diverse, but that we have equal rights.

At the beginning of his lecture, *Lost in regulation—the question of globalization in traditional medicines*, WHEN-HUA KUO (Prof. at the National Yang-University, Taiwan) critically examined the term traditional medicine. Why, he asked, don't we talk about Contemporary Chinese Medicine (CCM) or Modern Chinese Medicine (MCM). His answer was: Tradition seems to be authentic to us, but we forget, that the medical traditions are in a transforming process and are subject to evolution. When these so-called traditional medicines appear in the global market, questions arise, especially the question of regulation and of unification. Using the example of acupuncture, he made clear that it is necessary to standardize the meridian model, which differs from country to country. In addition, the nature of the needles (shape, material) must comply with ISO standards. This raises another question: Who is qualified to represent Asian medicine? To make the globalization of traditional medicines constructive, Prof. KUO pleaded for encounter and exchange of therapeutic traditions without them losing their autonomy.

In the ensuing discussion, DETLEV GANTEN pointed out that there are many commercial offerings purporting to be traditional without being. People turn to these offerings out of disappointment with the Western system, which they rate as impersonal. This deception is criminal, he claimed.

PAUL UNSCHULD referred to the problem of translating traditional medical texts. In ancient China political texts had a medical surface. In Chinese the same words are used for rule and cure: Order. In translation this meaning is destroyed and not transferable to our Western medical concept.

During the roundtable “Standardization, Evaluation, and Implementation of Asian Medicines in Global Health Settings,” implementation and standardization were discussed controversial.

First, I mention three examples for the successful implementation of traditional medicines and then I will go on with the problems of standardization.

NENAK KONSTANSJEK (WHO) underlined the importance of a common language and conditions for

diagnosis concerning the incorporation of traditional medicines into the digital ICD11. Especially in the field of mental health, terms and diagnoses must be the same.

CAROLINE HERR (Head of Occupational and Environmental Medicine / Epidemiology, Bavarian State Health and Food Authority Munich [LGL]) reported that yoga is suitable as a preventive measure in the workplace (study of the Bavarian State Health and Food Administration). HARUN BADAQSHI (Director of the Clinic for Clinical Radiation Oncology at the Ernst-von-Bergmann Medical Center, Assistant Professor at the Charité Medical Faculty of the Humboldt University Berlin) referred to the positive results in cancer patients through the application of “integrative medicine.”

ERICH STÖGER (Lecturer on Chinese Materia Medica, Universities of Vienna and Innsbruck, Founder of Plantasia, member of WP TCM of the European Pharmacopoeia, Vienna) highlighted the problems in the standardization of phytotherapy. Plants differ in their quality and the manufacturing processes differ also very much between China and Europe. STÖGER took the view that it was only possible to standardize the substance, but not the plant or the procedures.

In the ensuing discussion, various aspects of standardization of traditional medicine in patient safety were discussed. Security means that what is superfluous or dangerous is not standardized. If standardization allows traditional medicine to continue, then it makes sense. (VÖLKER SCHEID, Professor of East Asian Medicines and Director of the EAST medicine research unit at the University of Westminster, London).

PAUL UNSCHULD explained with his critical contribution from the audience that standardization was only one element of globalization. He pointed to the gradual evolution of (Western) medicine, from the healthcare system to the healthcare industry to industrial healthcare. One no longer speaks of the patient, but of the customer and health means a com-

mercial commodity. Marketing comes to the fore. Behind the standardization are economic interests. And as a result very few people are concerned about safety and better conditions of patients.

In the panels, these big global issues were discussed in detail and also topics beyond the hard facts found a forum.

ICTAM IX has shown me that the integration of Asian healthcare into global health care is not just recognition from Western medicine, but also regulation and standardization. The traditional medical procedures that exist on the world market and want to be recognized, must adapt to its rules. This can sometimes lead to a loss of unrecognized therapies. It seems that the West continues to set the standard, regardless of participatory discussions. Against this background, congresses such as the ICTAM are important in order to be able to discuss critically and at eye level in an open atmosphere. As a personal résumé, I would like to quote PAUL UNSCHULD, who in his public lecture on our Western fascination of Asian medicine in the Kunsthalle Kiel made clear the intertwining of culture and medicine: “The study of the reaction of a foreign culture to the challenges of disease as an existential crisis is the precondition for an understanding of the central elements of this culture.”

For more information:

www.ictam.de and www.iastam.org



Sabine Lenke-von Heidenfeld,
*1967, Dr. phil., Study of the Anthropology of the Americas (Altamerikanistik) and Religious Studies at the FU Berlin, yoga-teacher (BDY/EYU) and tutor in adult education. At ICTAM IX she held a lecture on the medical transfer between Guarani and Jesuits in the 17th century.

e-mail: sabine.lenke@web.de

9th Int. Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries,” in Munich, October 27–28, 2017.

GABRIELE ESCHEU

The 9th International Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries” end of October 2017 in Munich was hosted by The International Network for Cooperation in Mental Health (i.nez), the Global Mental Health Group from the Department of Psychiatry and Psychotherapy of the Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) Munich and the Center for International Health CIH-LMU. Since 2005 I have attended all the international symposia on “Global Mental Health – Mental Health in Developing Countries.” I enjoyed them all, but this year the organizers introduced a new format in two half days. This time the symposium was performed mostly interactive with workshops and poster presentations and gave space for a lot of exchange between the participants and everyone could be active.

About 120 physicians, psychiatrists, medical anthropologists, psychologists, researchers, occupational therapists, nurses, students and further interested persons from around the globe followed the invitation.

After a short introduction by *Peter Falkai* (Department of Psychiatry and Psychotherapy, LMU), *Matthias Siebeck* (Center of International Health, LMU), *Andrea Jobst* from the LMU-Global Mental Health Group and *Wolfgang Krahl* (i.nez e.V.) offered a warm welcome to the participants.

The first **keynote lecture**: *Mental Health Service Development in Low Income Countries—What is needed*, was presented by DAVID M. NDETEI¹. He is a Professor of Psychiatry at the University of Nairobi, Kenya, and the Founding Director of the Africa Mental Health Foundation. He stressed that in Kenya, like in most Low and Middle Income Countries, the treatment gap in mental health is about 85%. With only about 90 psychiatrists, for a population of about 44 million and less than 40 clinical psychologists, mostly based in urban settings, there is little hope that communities living in rural areas will have access to the specialized care. However, there are numbers of other healthcare providers available in those communities. These include those working in the formal health system (nurses, clinical officers and com-

munity health workers) and in the informal health system (traditional healers and faith healers). The traditional and faith healers are highly patronized by people seeking health services for various reasons. He pointed out that workshops were conducted to enhance access to mental healthcare. The government was lobbied to allocate funds for psychotropic drugs to the primary healthcare clinics. Support was gathered for continuous training and supervision of staff on psycho-social interventions using the WHO Mental Health Treatment Gap Intervention Guidelines. The findings suggest that it is possible to reduce the treatment Gap. There was a lively discussion after this keynote address.

A **poster session** followed, the presenters had 15 minutes time to present and discuss their posters about “Strengthening Evidence for the Scaling of Psychological First Aid in Humanitarian Settings” by *Kimberly Stam* et al. (Netherlands), “Teaching Mental Health—Dimensions of Reproductive Health in Low Income Settings” by *Rembrant Aarts* (Netherlands), “Mental Health care in Adumasa, Ghana” by *Kojo Koranteng* (Switzerland and Ghana), “Out-patient Addiction Rehabilitation Services in Mekelle/Ethiopia: Implementation and Preliminary Results” by *Etsdingl Hadera* et al. (Ethiopia), “Promoting Mental Health at Community Level” by *Beate Jakob* (Germany), “The MSc Course: Integrated Clinical and Community Mental Health” by *Kristina Adorjan* et al. (Germany). The new format of the poster session was well received by the presenters as well as the participants accompanied by lively discussions.

After the coffee break **workshops** about “Mental Health Service Implementation” (*Mohan Isaac*, India/Australia), “Addiction Services” (*Jessica Wong-Preuss*, Eschenburg, Germany), “Medical Education in Mental Health” (Rembrant Aarts, Netherlands), and “Trauma and its consequences (PTSD)” (*Andrea Jobst*, Munich) were well attended. In the workshop “Medical Education in Mental Health” we discussed different aspects of prevention on the whole and especially concerning women, who will teach and which skills are important. The day ended with workshop presentations moderated by Matthias Siebeck.

The next morning started with the **keynote lecture** by Professor WILLIAM S. SAX „Traditional Healing and Mental Health—A Medical Anthropologist’s View.” William has taught at Harvard, Christchurch, Paris, and Heidelberg, where he is Chair of Cultural Anthropology at the South Asia Institute. He pointed out that the term „traditional healing“ is problematic for many reasons. The first thing to note about forms

of “traditional healing” is that they are not isolated, monolithic “systems.” Almost everywhere they understand themselves—and should be understood as being—in a dialectical relationship with cosmopolitan medicine. The impressive spread of cosmopolitan medicine around the world has many causes, but surely one of them is its success in identifying and curing somatic ailments. The same cannot be said of the sub-field of psychiatry, which has been beset since its beginning by still-unresolved controversies regarding the nosology and aetiology of “mental illnesses,” and the best ways to treat them. By contrast, many forms of “traditional healing” for what we can provisionally call “mental illnesses” have relatively clear ideas about their causes and how to treat them, and there is much evidence that their methods are at least as effective as psychiatry. In any case, and unlike its somatically-oriented siblings, psychiatry has found little resonance outside the areas where it originated, and in this sense, it has remained “western,” and never become cosmopolitan. In Sax’s view, the Movement for Global Mental Health represents nothing less than an attempt to export (western) psychiatry to the countries of the South, despite its internal controversies. He argued that “traditional healing” should be taken seriously, and indeed valued, as an important resource for treating “mental illness.” He suggested that its value derives from the fact that it is embedded in and responsive to local contexts. An interesting partially controversial discussion followed.

“Traditional healing and mental health—A psychiatrist’s view” was the title of the *keynote lecture* by Professor MOHAN K. ISAAC from The University of Western Australia, Perth, and the National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India. Mohan has worked clinically for about three decades in India. He stressed the important role played by traditional healers in mental health care and that traditional healers form a major part of the “global mental health work force.” Traditional healers are filling the mental health “treatment gap,” particularly in low and middle income countries. Mohan explored the possibilities of collaboration between traditional healers. The unique skills and specific advantages traditional healers possess in managing certain types of mental disorders in specific cultural settings have been recognized for long. Mohan discussed critically the major barriers and challenges in collaboration between traditional healers and psychiatrists. Again a lively discussion followed exchanging different and controversial views.

After the coffee break the following *workshops* were offered: “Traditional Healing and Mental Health” (Martina Bungert, Kempten, Germany), “Mental Health Care Centre Adumasa—Tradition and Psychiatry: A practical approach” (Kojo Koranteng, Switzerland and Ghana), “Film: Ceremonial Spirit Possession—Subramaniam Temple Festival (Malaysia)” (Wolfgang Krahl, Munich) and “Ethics in Mental Health” (Herbert Steinböck, Munich). The participants in the workshop “Ethics in Mental Health” discussed different ethic problems like low resources, the role of corruption, the role of authorities and politics. The discussions were intense and lively. The Symposium ended with workshop presentations by the participants moderated again by Matthias Siebeck.

WOLFGANG KRAHL from *i.nez e.V.*² and main organizer of the symposium ended the symposium with a strong call for more cooperation between the countries in developing regions, especially the south-south cooperation. He pleads for giving mental health issues the adequate recognition and demands more clinical and context oriented research in developing regions. Such research should focus on cultural, economic, historical, psychological and social dimensions rather than involving in neurobiological research.

The 10th International Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries” will be held end of October 2018 in Munich³.

Notes:

1. David M. Ndeti has already published in *Curare*: NATO J., DECH H. & NDETEI D.M. 1997. “Psychiatric Morbidity in Gynaecological Out-patients in Kenya.” *Curare* 20, 2: 195–199.
2. <http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/inez.html>.
3. The programme will be announced on the AGEM website: www.agem-ethnomedizin.de



Gabriele Escheu is a consultant in neurology and psychiatry and working as a senior consultant in the Department of Neurology in Kaufbeuren. She is one of the founders of *i.nez*.

e-mail: gabriele.escheu@t-online.de

Filmrezension:

Besessen (Al-Mamsūsīn). Dokumentation
 von DALIA AL-KURY, Jordanien/Deutschland,
 2014/2015, 75 Min., Lichtblick Film,
 Lino Rettinger, Köln.¹

Die Dokumentation von DALIA AL-KURY widmet sich einem äußerst heiklen Thema: Der Besessenheit von Geistern – *Dschinn* (Arabisch: Geist) – im arabischen Raum, ein Thema, über das nicht gerne gesprochen wird und man dies bisher äußerst selten öffentlich tat bzw. tut. In der Regel wird darüber geschwiegen, weil es den Menschen vermutlich unangenehm bis peinlich ist. Al-Kury griff dieses Thema aufgrund eines aktuellen Mordfalles eines Familienvaters aus einer verarmten Bäckerfamilie in Amman auf, der seine vierjährige Tochter eines Tages als von einem bösen *Dschinn* besessen empfand und sie daraufhin tötete. Obwohl er bereits zuvor als ein Mensch mit psychischen Problemen behaftet bekannt war, rechnete man mit dieser Tat nicht: Er schlug seiner kleinen Tochter, die als sein Liebling bekannt war, den Kopf ab. Vorausgegangen waren ein Ehestreit und Eheprobleme über zwei Wochen, die er möglicherweise in Richtung seiner kleinen Tochter kanalisiert haben könnte. Zwar gibt es Psychiater und psychiatrische Kliniken im arabischen Raum, doch ist die Psychiatrie dort insgesamt unterentwickelt; man geht eher zu traditionellen religiösen Heilern, den Scheichs. Diese widmen sich dem Patienten und unternehmen nach Identifikation des *Dschinn* eine Behandlung in der Form und Art eines Exorzismus vor. Zum Zeitpunkt des Beginns ihrer Recherchen befand sich der mörderische Familienvater im Gefängnis; am Ende von Al-Kurys Arbeit war er auf Geheiß psychiatrischer Gutachten als „nicht krank“ eingestuft und wieder in Freiheit entlassen worden.

Al-Kury beginnt ihre Dokumentation mit der Schilderung persönlicher Kindheitserinnerungen, denn auch sie ist geprägt von den traditionell-religiösen Vorstellungen über die *Dschinnen*. Als Kind hatte sie nachts Angst davor, weil sie sie unter ihrem Bett liegend vermutete, und bekam zuweilen Alpträume. Als sie älter wurde, entkam sie schließlich deren magische Zugriffe, doch sie ist verstört darüber, dass Andere denen nicht entkamen. Diese persönliche Erfahrungseinbettung prägt ihre Vorgehensweise bei der Recherche, die sehr behutsam



und bemüht um Ausgewogenheit ist; zugleich unterstreicht dies ebenso wie die arabische Originalsprache (mit deutschen Untertiteln) die Vermittlungskraft ihrer Arbeit. Zunächst erhielt Dalia Al-Kury keinerlei Informationen über diesen Fall, die Familie verweigerte jeglichen Kontakt. Sie suchte die klinischen Pathologen auf, welche die Autopsie des Kindes vornahmen und traf schließlich eine Journalistin, die diesen Fall untersuchte – die einzige Person, die nach dem Mord mit der Ehefrau gesprochen hat. Sie schilderte die Vorgänge, soweit sie ihr bekannt waren: Zwei Wochen vor dem Mord begannen seine psychischen Probleme. Er begann, seine Frau und die Kinder zu schlagen. Am Tag des Mordes fesselte er seine Frau und die Söhne und verprügelte sie. Eine Schwester kam vorbei und half der Ehefrau und den Söhnen, sich zu befreien und zu entkommen. Nur das kleine Mädchen – die einzige Tochter – blieb mit ihrem Vater zurück. Er sah sie von einem *Dschinn* besessen, holte ein schwertartiges Messer und schlug ihr den Kopf ab. Dann wusch er seine Hände und rauchte eine Zigarette. Als er festgenommen wurde, sagte er: „Ich habe Satan getötet; Sie sollten mir dankbar sein“.

Al-Kury filmte im Armenviertel von Amman, ihrer Heimatstadt. Sie besuchte ihre Mutter und ließ sie schildern, wie diese selbst den Umgang mit den *Dschinnen* erlebte, wie diese ihr Leben beeinflussten und wie sie schließlich – durch gestiegene persönliche Religiosität – deren Einfluss mindern und kontrollieren konnte. Al-Kurys Mutter läuft regelmäßig mit einem Rauchgefäß durch das Haus und verteilt diesen, indem sie diesen Vorgang mit der Zitation von bestimmten Koranversen und religiösen Formeln begleitet. Dadurch fühlt sie sich sicher und wohl. Sie beschreibt ihre emotionale Integrität als Folge religionskonformen Lebens und aufrichtigen Glaubens, das sie als junge Frau und zu Beginn ihrer Ehe so nicht geführt hatte, da sie diesen damals nicht hatte. *Dschinnen* werden häufig mit familiären Problemen in Verbindung gebracht. Darüber spricht

man nicht. So bleibt den Betroffenen nur der Gang zum religiösen Heiler, einem Scheich, vor dem man offen sprechen und die Probleme schildern kann. Al-Kury zeigt derartige Exorzismen in ihrer Dokumentation. *Dschinnen* werden unter volksreligiöser „Hypnose“ vom Scheich befragt – nach ihrer Religion, ihrem Alter, ihrer Motivation, weshalb sie in den Körper des Betroffenen eindringen. Auf diese Weise wird er identifiziert, damit die richtigen religiösen Verse zur Besprechung angewandt werden können. Die Geister können Frauen und Männer, Erwachsene und Kinder behausen. Religiöse traditionelle Heiler und Scheichs sind zuständig für die Behandlung und Austreibung von bösen Geistern, den Bösen Blick, Schwarze Magie und *Dschinnen*.

Der arabische Titel der Dokumentation, *al-Mamsūsīn*, verweist auf die ursprüngliche Bedeutung: Es wird vom Verb *massa*² abgeleitet, welches bedeutet: betasten, anrühren, berühren, antasten (etwas Geheiligt), beiwohnen, treffen (Schaden, Unglück), im hier in der Ableitung vorliegenden 6. Stamm: sich gegenseitig berühren, in Kontakt miteinander sein. Damit hat der *Dschinn* den Charakter eines Mediums, das den betroffenen Menschen mit einer anderen Wirklichkeit oder Welt in Berührung bringt. Das Verbalnomen *massun* hat die Bedeutung von: Berührung, Kontakt, Unglück, Anfall, Wahnsinn, Verrücktheit, Besessenheit, Verletzung, Verstoß, Gefährdung der inneren Sicherheit. In der letztgenannten Bedeutung wird die politische Komponente der Bedeutungsmöglichkeiten angesprochen. Die Bezeichnung *mamsūsīn* bedeutet: die Berührten, die Fühlbaren, die Greifbaren, die Geistesgestörten, die Wahnsinnigen. Die sprachliche Bedeutung verweist auf Kontakt mit einem Medium, Geistwesen oder Ähnlichem.

Der Koran verhält sich in Sachen *Dschinnen* nicht eindeutig. So gibt es eine Fülle an volkstümlich-religiöser Literatur auf dem Markt, die Hilfe zur Behandlung und zum Umgang mit den *Dschinnen* anbietet, beispielsweise *Dschinn News* (Arabisch: *Ahbār al-ġinn*), Titel wie „Der Untergang der Welt“ und „Heilung durch religionsrechtlich konforme Bewegungen“ usw. Al-Kury sucht einen Freund des Mörders, YOUSSEF, in einem Café auf, um mit ihm zu sprechen. Er schildert seinen Freund HASHIM als rational-religiösen Menschen, der mehr über politische Ereignisse sprach, über den Tag der Auferstehung usw., aber nie über *Dschinnen*. Hashim habe den ganzen Tag den Sender *al-Ġazīra* geschaut, um

auf dem Laufenden zu sein. Al-Kury kontrastiert das Gespräch mit Aufnahmen von politischen Demonstrationen in Amman, die die Bereitschaft der Anhänger bis zum Tod – also grundsätzlich auch der Selbstopferung – zeigen und Aufnahmen von einer Moschee zur Zeit des Gebetsrufs. Sie erfährt von einem Flüchtling aus dem Irak, der Interesse zeigt, sich mit ihr zu unterhalten, als er davon erhört, sie interessiere sich für das Phänomen der *Dschinnen*. Er befindet sich in psychiatrischer Behandlung. Seine Überzeugung ist, dass *Dschinnen* ihn manipuliert haben. Jedes Mal, wenn er rauchte und begann, sich zu bewegen, explodierte eine Bombe in einem Auto. So verbot man ihm dies; der Aspekt einer zufälligen Koinzidenz wird überhaupt nicht in Betracht gezogen. Er ging zu Ärzten und Heilern, aber nichts half. Der Patient führt dies auf *Dschinnen* zurück: Sie kämen überall durch, selbst durch Risse im Glas. Er habe diese nachts befragt, woher sie kämen, sie antworteten: Israel. Er erhält Psychopharmaka. Seiner Meinung nach helfen diese aber nicht, da die Amerikaner Schuld seien an diesen Ereignissen. 99% der bösen Ereignisse würden von den Amerikanern verursacht.

Das vertrauliche Interview mit einem klinischen Psychiater, dem Chefarzt der Klinik, in welcher der Mörder HASHIM eingeliefert und behandelt wird anschließend, erläutert die Situation etwas genauer. Man spricht von *maġnūn* (Arabisch: verrückt), der Begriff Schizophrenie ist modern, westlich geprägt, bedeutet aber inhaltlich dasselbe: Man benennt damit geistig seelische Störungen. Auf Arabisch setzt man *maġnūn* auch mit dem „Verschwinden des Gehirns“ gleich, was schon sehr nach Kontrollverlust klingt. 1% der Weltbevölkerung leide unter Schizophrenie. Für Jordanien bedeutet dies: 90 000 Menschen. Dagegen stehen etwa 600 Betten zur Behandlung in psychiatrischen Kliniken bereit. So verordnet man hauptsächlich Medikamente. Behandelt werden Erscheinungsformen von Krankheitsbildern, die gemeinhin volkstümlich mit „Böser Blick“, „Besessenheit“, *Dschinn* bezeichnet werden. Es handelt sich um seelische Störungen unterschiedlicher Art, die kurz- oder langfristig sein können. Im Fall von Hashim handelte es sich offenbar um eine kurzfristige mental-psychische Störung.

Al-Kury sucht schließlich einen bekannten jordanischen Scheich auf, SCHEICH AYESH, der über 2 000 Behandlungen aufgezeichnet hat. Er ist gut informiert über die Wirkung elektromagnetischer Felder

und kennt sich auch in Reiki aus. Spirituelle Heiler wie er nutzen diese Fähigkeiten. Seine (Er-)Kenntnis ist, dass Muhammads Lieblingsdämon Männer und Frauen entzweit. So sind alle Probleme in der Familie zu suchen. Nach seinen Schilderungen und untersuchten Fällen sind Morde ein Ausdruck des absoluten religiösen Kontrollverlustes, der einem Menschen die Wut entgleiten und einen anderen verletzen lässt. Er hat viel Erfahrung und hält nichts von traditionellen Heilern, die häufig versagen. Allerdings hält er auch nicht viel von der Psychiatrie: Hier würden hauptsächlich Medikamente verordnet, die zu einer neuen Abhängigkeit führen und die alte nicht beseitigen würden. Daher plädiert er für kenntnisreiche Exorzismen; diese würden den Betroffenen eindeutig mehr helfen. Er selbst bildet sich offenkundig weiter und setzt sich mit moderner Psychiatrie auseinander; allerdings ist dieses Krankheitsphänomen auch ein großer Markt, der ihm durch seine erweiterten Kenntnisse das Einkommen und die Kundschaft sichert. Die Darstellung des Exorzismus eines Patienten, der von einem ungläubigen *Dschinn* besessen ist, zeigt eindrücklich, wie die Anwendung und Vermittlung des rechten Glaubens zur Austreibung desselben und damit zur – zumindest vorübergehenden – „Heilung“ zu führen scheint. Im Rahmen des exorzistischen Rituals wird ein Wassersprüher eingesetzt, wie man ihn aus jedem Haushalt kennt – in Anbetracht des trockenen Wüstenklimas Jordaniens sicherlich erfrischend und nicht gänzlich verkehrt zur allgemeinen Abkühlung.

Man sagt, *Dschinnen* bevorzugen einsame Orte; daher wohnen viele in der Wüste (dort können sie auch weniger die Ordnung stören). Al-Kury interviewt Beduinen in der Wüste, die offenbar gelassener mit den *Dschinnen* umgehen, da sie ständig in ihrer Umgebung leben. „Wir haben eigene Leute, die den Koran lesen können, wir gehen nicht ständig von einem Scheich oder Heiler zum anderen“. Die Beduinen scheinen sich nicht so bedroht zu fühlen von ihnen, obwohl sie ständig von den *Dschinnen* umgeben sind. Ein alter Herr schildert gelassen, wie sie einem erscheinen können: Als nackte Frau, als gesichtslose Figur usw. „Das sind Trugbilder“, sagt er. Natürlich, sie können einem gefährlich werden, wenn sie einem plötzlich nachts vor das Auto springen und man weder rechts noch links ausweichen kann. Aber im Allgemeinen lassen sich Beduinen und *Dschinnen* gegenseitig in Ruhe (in der Wüste ist auch mehr Platz für alle ...).

Erneut trifft sie die Journalistin, die den Fall sehr kritisch sieht. Beim gemütlichen Rauchen der Wasserpfeife im Café erzählt sie, dass der Mörder von den Psychiatern schließlich als „nicht krank“ eingestuft wurde. Was war das nun? War er „krank“ oder „besessen“? Ist das Liebe, wenn ein Mann seine Ehefrau verprügelt, sie misshandelt, fesselt und die Kinder ebenfalls prügelt? Für sie gilt dies nicht; das ist eine „bizarre Liebe“. Die Ehefrau hatte ihn jeden Tag im Gefängnis und in der Klinik besucht, um ihm Essen zu bringen. Sie hatte ihm wegen seiner Tat nicht ein einziges Mal einen Vorwurf gemacht.

Am Ende erlebt Al-Kury etwas Seltsames: Sie wacht jede Nacht morgens gegen vier Uhr auf und kann nicht weiterschlafen. Der Gedanke an *Dschinnen* verfolgt und beschäftigt sie. Als Antwort erfährt sie, dass die *Dschinnen* verärgert über sie sind, weil sie sich in deren Angelegenheiten einmische. Schließlich beschließt sie, Scheich Ayesh aufzusuchen, um mit ihm eine Sitzung durchzuführen. Sie verspürt tief in sich einen inneren Ort, der niemandem außer ihr gehört – und denen, die sie liebt. Sie verbringt beruhigende Stunden im Gespräch im Schoß ihrer Mutter, die sie zärtlich mit Koranversen beschützen möchte und den Kopf streichelt.

Am Schluss erfährt sie von der kritischen Journalistin, dass der Mörder frei gelassen wurde und wieder zuhause, in den Armen seiner Ehefrau, sei. Der mörderische Ehemann Hashim wurde, unter anderem auf Eingreifen, Vermittlung und Wunsch der Angehörigen der mit ihren verbleibenden sieben Söhnen restlos überforderten Ehefrau, wieder zurück nach Hause geschickt, weil sie ihre Söhne nicht alleine im Griff hatte; der Vater fehlte. Al-Kury zeigt Aufnahmen aus einem Kindergarten des Viertels, in dem die kleine Aya lebte. Die Kinder lernen dort, Koranverse auswendig zu lernen und vor allem denjenigen, dass Gott sie vor dem Satan beschützen möge, täglich zu rezitieren.

Diese behutsame Dokumentation verdeutlicht eindringlich, dass die Rolle der *Dschinnen* (die schon immer Zwischenwesen waren – Wesen zwischen der sichtbaren, erfassbaren und der unsichtbaren, nicht oder schwer erfassbaren Welt) auch heute noch eine große Rolle in weiten Teilen der Bevölkerung Jordaniens – aber insgesamt in der arabisch-islamischen Welt – spielen, ihre Funktion aber geändert zu haben scheinen. So besetzen die *Dschinnen* heute offenbar unter anderem die Rolle, für Verschwörungstheorien und ihre Verbreitung zuständig

zu sein, mit einer ungeheuer politisch-ideologisch aufgeladenen Rolle, in der unter anderem auch die weit verbreiteten antisemitischen Verschwörungstheorien in der arabisch-islamischen Welt transportiert zu werden scheinen. In einer Umgebung, in welcher man von klein auf damit aufwächst und von ihrer Existenz begleitet wird, erscheint es schwierig, ihnen zu entkommen, selbst wenn man rational veranlagt und modern erzogen ist. So sind die *Dschinnen* in der arabisch-islamischen Welt auf jeden Fall ein Ausdruck der gestörten Ordnung, die in vielschichtiger Weise auftreten kann: Als Krankheitsbild wie als politische Unordnung. Das Medium des *Dschinn* scheint die Störung als „von außen kommend“ aufzuzeigen, sodass die Verantwortung der Betroffenen denselben dadurch abgenommen und nach außen, auf einen Fremdeinfluss, verlagert wird. Für schwere psychiatrische Krankheitsbilder entspricht dies vermutlich in etwa der Tatsache, dass in bestimmten Fällen ein Mensch für sein daraus resultierendes Vergehen möglicherweise nicht zur Verantwortung herangezogen werden kann, da er sich im Moment der Tat „außer sich“ befand, was beispielsweise für schwere Psychosen gelten könnte (Grundsatz der „Schuldunfähigkeit“ zum Zeitpunkt der Tat). –

Die Durchführung der Dokumentation in modernem Hocharabisch mit deutschen Untertiteln macht sie zugänglich für einheimische wie arabische Fachleute. Gerade ihre Kontrastierung zwischen offizieller klinischer Psychiatrie und Medizin gegenüber Volksglauben, Volksmedizin und Heilertum erscheint äußerst aufschlussreich und vielschichtig. Al-Kury unterstreicht sie filmisch mit heftigen Bildkontrasten, die die Situation einer traditionellen, überwiegend armen Gesellschaft mit den Entwicklungen einer brachialen Moderne und schwelenden politischen Problemen verdeutlichen. Offene Fragen bleiben unbeantwortet stehen. Die Dokumentation erscheint daher für medizinisch-psychiatrische Kooperationen und Weiterbildungen auf diesem Gebiet – insbesondere vor dem Hintergrund der Zuwanderung von Flüchtlingen usw. – sehr geeignet.

ASSIA M. HARWAZINSKI, Tübingen

Anmerkungen:

- 1) (Engl. Erstausführung mit Originaltitel) *Possessed by Djinn*, April 28, 2015, Hot Docs Canadian International Documentary Festival in Toronto.
- 2) Vgl. S. 1203 in WEHR, HANS. 1985. *Arabisches Wörterbuch für die Schriftsprache der Gegenwart*. Wiesbaden: Harrassowitz.

Buchbesprechungen

LISA PEPPLER. 2016. *Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie*. (Göttinger Studien zur Generationsforschung. Veröffentlichungen des DFG-Graduiertenkollegs „Generationengeschichte“, Bd. 23.) Göttingen: Wallstein, 544 S.

Eine besondere und kaum beachtete Form der Einwanderung stellt die Migration türkischer Akademiker dar, die zur Elite mit Migrationshintergrund gezählt werden können. Die Kultur- und Geschichtswissenschaftlerin Lisa Pepler legt zu diesem Thema ihre beim Wallstein Verlag erschienene Dissertation vor. In einer qualitativen Untersuchung beleuchtet sie anhand Leitfadeninterviews mit offenem Erzählimpuls mit sieben Ärztinnen und 21 Ärzten türkischer Herkunft aus unterschiedlichen Generationen biographische Erfahrungen und gesellschaftliche Wandlungsprozesse im zeitlichen Verlauf. Sie berücksichtigt die Wechselwirkungen internationaler Migration und der Binnenmigration mit den beruflichen Positionierungsstrategien.

Die Arbeit wird mit einem ausführlichen Überblick über den aktuellen Forschungsstand eröffnet. In den 1960er Jahren kamen zahlreiche türkische Ärztinnen und Ärzte in die Bundesrepublik, um sich medizinisch fortzubilden. So arbeiteten 1968 mehr als ein Fünftel aller in der Türkei ausgebildeten Ärzte im Ausland. Heute leben und arbeiten geschätzt mehr als 2000 Ärzte mit türkischen Migrationshintergrund in Deutschland, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten migrierten oder bereits als Nachkommen in Deutschland geboren wurden, darunter auch zunehmend die zweite und dritte Generation der Arbeitsmigranten.

Pepler konzeptualisiert einen „Generationenbegriff, der die Rahmenbedingungen im Herkunfts- und Zielland, transnationale Austauschprozesse sowie die spezifische Bedeutung der Migration in den Relevanzsystemen der Akteur/innen berücksichtigt“ (S. 39). Dabei spielen auch Zugangsbeschränkungen und gravierende Veränderungen im Gesundheitssystem mit zunehmender Ökonomisierung und strukturellen Zwängen im Untersuchungszeitraum der vorliegenden Studie eine Rolle. Bei ihrer Analyse stützt sich Pepler vor allem auf

die Kulturtheorie Pierre Bourdieus mit den zentralen Begriffen von Habitus, Soziales Feld, Strategie und Sprache, die sie um Ethnisierungsprozesse erweitert. Der umfassend dokumentierte Forschungsprozess beschreibt den Zugang zum Feld, das Sample der Befragten, die eigene Rolle der Forscherin, das methodische Vorgehen und die Analyse der Ergebnisse. Die differenzierte Darstellung der türkisch-deutschen Medizinermigration bezieht sich immer wieder auf Interviewpassagen. Diese lebendige Präsentation erleichtert dem Leser den Einstieg in den Forschungsprozess.

Peppler identifiziert in einem vergleichenden Zwischenfazit drei Generationen, die sie als „migrierte ‚alte‘ Elite“, „migrierte ‚neue‘ Elite und „migrierte ‚globale‘ Elite“ bezeichnet. Erstere verfügte über ökonomische und kulturelle Ressourcen, ein Auslandsaufenthalt war aber nicht selbstverständlich. Für die zweite Gruppe war Reisefreiheit bereits normal, die finanziellen Mittel aber eher gering. Die globale Elite schließlich ist laut Peppler weitgehend unabhängig und kann potentiell „jederzeit (erneut) migrieren“ (S. 219), fühle sich dazu jedoch nicht gezwungen. Die Migration sei eingebettet in historisch spezifische Gelegenheitsstrukturen und Erwartungen. Dabei stelle der nationalstaatlich determinierte Arztberuf das zentrale Moment der Migrationen dar. Jeweils spezifische Verfasstheiten der medizinischen Felder beider Staaten wirkten sich dabei positiv oder negativ aus, transnationale wissenschaftliche Netzwerke seien förderlich, Ethnisierungsprozesse und strukturelle Exklusion würden erst nach der Migration relevant.

Die postmigrantischen Befragten belegen die soziostrukturelle Heterogenisierung migrierter Familien. Stammen sie aus „Nicht-Arztfamilien“, stellen sie als soziale Aufsteiger die habituell heterogenste Gruppe dar. Das erklärt Peppler u. a. mit jahrzehntelanger diskursiver Homogenisierung von Arbeiterfamilien.

Ergänzend zu den biographischen Analysen widmet Peppler ein Kapitel deutsch-türkischen Medizinervereinen zwischen transnationaler Ausrichtung und nationalstaatlicher Determinierung. Sie versteht diese nach Bourdieu als Netzwerke von Sozialkapitalbeziehungen. Bisherige Studien würden meist die Frage stellen, ob sie eher zu Integration in oder Ausgrenzung aus der Aufnahmegesellschaft führten. Die Assimilationsforschung sehe sie als Zeichen mangelhafter Integration, die Multikultura-

lismusforschung als Ressource zur Integration. Diese nationalstaatlichen Perspektiven ließen aber die transnationale Arbeitsweise der Vereine außer Acht.

Unter dem Schlagwort „Entdeckung des türkischen Patienten“ beleuchtet Peppler ein umfassendes Netz von Strukturen verschiedener Institutionen, die das „ethnisierte Arzt-Patient-Verhältnis“ zu einem spezifischen Segment im medizinischen Feld habe werden lassen „in dem Extraprofite durch Ethnisierungsprozesse erkämpft werden können“ (S. 401). Dem sei ein dominanter Diskurs vorausgegangen, der die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft ethnisiert und problematisiert habe. Mediale Vermittlung hätte die ethnisierte Gruppe dann gesellschaftlich sichtbar gemacht. So seien sie als unselbständige Opfer stilisiert und vielfach zu Patienten (gemacht) worden. Und türkischen Ärzten sei bis heute die Zuständigkeit für diese Patientengruppe zugeschrieben. Belegt durch einzelne Interviews des Samples beinhaltet dies, dass einige Ärzte ihre Herkunft „vorteilsorientiert einsetzen“ würden. Die selbst von ethnisierenden Zuschreibungen betroffenen Ärzte hätten aufgrund ihrer Definitionsmacht die Bevölkerung türkischer Herkunft problematisiert und sich selbst als „Lösung des Problems vorteilhaft“ (S. 465) positioniert.

Der Fachdisziplin Psychiatrie und namentlich der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP) wird besondere Bedeutung bei der Etikettierung von Migranten als Patienten zugewiesen. Unter Bezug auf die transnationale Antipsychiatrie-Bewegung und hier vor allem auf Foucault führt Peppler weiter aus, dass durch die Klassifizierung von Patienten als psychisch krank die „disziplinäre Macht“ der Psychiatrie manche Patientengruppen – und hier eben die „türkischen Patienten“ – als besonders gefährdet eingestuft habe.

In dem wichtigen Kapitel „Zwischen professionellem Habitus und ethnisierenden Zuschreibungen“ beschäftigt sich Peppler mit verschiedenen Aspekten einer sich verändernden Arzt-Patient-Beziehung. Die medizinische Expertise der deutschen Ärzteschaft türkischer Herkunft habe sich von der gesundheitlichen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung türkischer Herkunft gewandelt. Die türkischen Patienten würden ihren türkisch sprechenden Arzt primär als ein Mitglied ihrer ethni-

schen Gruppe identifizieren und ihnen gleichzeitig ein spezifisches Vertrauen schenken, das auf antizipierten kulturellen Gemeinsamkeiten beruhe. Peppler bezeichnet das als „ethnisierendes Vertrauen“, das mit der Hoffnung auf besonderes Verständnis verbunden sei. Das würden türkische Ärzte aber kaum erfüllen. Professioneller Habitus, Arbeitsüberlastung und auch eine soziale Distanz zu den Patienten, die aber kaum hinterfragt werde, seien wesentliche Gründe dafür, dass die Ärzte nicht gewillt seien, mit ihrer Klientel „dasselbe Spiel zu spielen“ (S. 421).

Die komplexen Positionierungen deutscher Ärzte türkischer Herkunft können in dieser Rezension nur angedeutet werden und erfordern die eigene Lektüre der lesenswerten Studie. Abgesehen von der holzschnittartig dargestellten Rolle der Psychiatrie ist die Untersuchung differenziert, kenntnisreich und berücksichtigt umfangreiche weiterführende Literatur.

ECKHARDT KOCH, Marburg

SHEILA COSMINSKY. 2016. *Midwives and Mothers—The Medicalization of Childbirth on a Guatemalan Plantation*. Austin, TX: University of Texas Press, 328 pp.

Englischsprachige Bücher von US-Anthropologen über ethnologische, oder hier besser: medizinethnologische Themen ausserhalb des englischsprachigen Raumes sind immer wieder ein Hingucker. So auch dieses Buch: von rund 530 zitierten Buch- oder Zeitschriftentiteln sind gerade mal 13 auf Spanisch, oder rund 2%. Geht das? Oder genauer: ist das akzeptabel und kann so auf irgendeine Weise Wirklichkeit nachgebildet werden? Bringt das den Guatemalteken in irgendeiner Weise etwas? Oder sind sie lediglich Illustrationsmaterial, vor denen die Folie der Medikalisation von Schwangerschaft und Geburt ausgebreitet wird?

Im Falle von SHEILA COSMINSKY geht das: seit den siebziger Jahren begleitet sie guatemaltekische Frauen in ihrem Alltag, in diesem Fall Mutter und Tochter, beide (nicht-medizinische oder sog. traditionelle) Hebammen, die auf einer früheren Kaffee-Finca leben und Frauen während Schwangerschaft und Geburt begleiten. Beide haben in unterschiedlichem Maße einen „Ruf“ einer höheren Macht (Gott) erhalten, wobei das Geschick der Mutter aus

einer Notsituation entstanden ist, als sie sich selbst alleine während einer Geburt ihres Kindes helfen musste. Die Tochter hingegen begleitete ihre Mutter und lernte auf diese Weise von ihr. Zusätzlich unterzogen sich beide staatlichen Fortbildungskursen für „traditionelle Hebammen“, um in Zukunft nicht illegal arbeiten zu müssen, denn im Zuge einer immer restriktiveren Politik der WHO und des guatemaltekischen Gesundheitsministerium stehen Nicht-Mediziner immer mehr Barrieren im Wege, wenn sie auf scheinbar „medizinisches Territorium“ treffen.

Cosminsky nennt die Medikalisation der Geburt. Sie zeigt auf, wie die hegemoniale Herrschaft von Medizinerinnen, und, da diese dort mehrheitlich männlich sind, von Männern, sich auf die Geburtskultur der Mayas und anderer indigener Gruppen auswirkt.

Während traditionell Körper und Geist als Einheit gesehen werden und Geburt als natürlicher Lebensvorgang, spalte die Biomedizin zwischen Körper und Geist auf und sieht Schwangerschaft und Geburt als Krise bzw. Krankheit, der mit biomedizinischen Mitteln entsprochen werden muss. Der Einsatz von Geräten (Blutdruckmesser, verschiedene bildgebende Verfahren etc.) zeichne davon ein genaues Bild.

Doña Maria, die Mutter, und Doña Siriaca, die Tochter, sind zwei von rund 23 000 *comadronas* („traditionelle“ Hebammen), die in Guatemala arbeiten und von denen bisher rund 16 000 eine Fortbildung in irgendeiner Form durchlaufen haben. Auch wenn das staatliche Gesundheitswesen versucht, so viele Frauen wie möglich während Schwangerschaft und Geburten zu unterstützen und dabei auch zu „gutgemeinten“ Zwangsregelungen greift, damit schwangere Frauen die Gesundheitseinrichtungen besuchen, bleibt doch immer noch ein recht grosser Teil von Frauen in den Händen der *comadronas*: Die einen aus Überzeugung und im Geiste eines Widerstandes, die anderen, weil sie keinen Zugang bekommen, z. B. weil die Einrichtung zu weit entfernt ist, die Behandlung und die Untersuchungen in der Regel Kosten verursachen, die von Transportkosten und Arbeitsausfällen weiter erhöht werden, sie nicht die gleiche Sprache sprechen, die Umgangsformen und die kulturellen Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt unterschiedlich sind, männliche Ärzte die Sprechstunden durchführen etc. Nicht zuletzt wohl aber auch,

weil sie und die comadronas die in Krankenhäusern Guatemalas weiter übliche liegende Geburtshaltung für nicht hilfreich halten.

Cosminsky zeigt, dass zu all diesen doch sehr gravierenden Fragen jegliches Problembewusstsein in den staatlichen Einrichtungen fehlt. Frauen und Comadronas werden eher beschuldigt und klein gemacht, was wiederum dazu führt, dass Schwangere eher zuhause bleiben. Das alles führt die Autorin immer wieder an Beispielen vor, die aus den mündlichen Zeugnissen der Comadronas stammen, aber auch von weiteren Frauen von der Finca und ihrer Umgebung.

Comadronas sind, wie Cosminsky zeigt, während der gesamten Schwangerschaft für die Frauen mit Rat (z. B. bezüglich der Ernährung) und Tat (z. B. mit Massagen) zur Stelle. Sie beziehen spirituelle Elemente ein, um die (Krankheits-)Geister zu besänftigen, mit Gebeten, Liedern und Kerzen. Die Einflüsse des Warm-Kalt-Systems müssen beachtet wie auch mögliche schädliche Winde abgehalten werden. Dabei helfen neben anderem auch Heilkräuteranwendungen, die bereits über lange Zeit tradiert sind und von denen Frauen wissen, dass sie ihnen gut tun. Diesen Kräutern und ihrer Zubereitung widmet Cosminsky einen eigenen Anhang, der die Einsatzfelder und Rezepturen enthält, wie sie von ihr bei den Besuchen der comadronas aufgezeichnet wurden.

Das Buch lässt die beiden Frauen, Doña Maria und Doña Siriaca, immer wieder ausführlich zu Wort kommen. Das bringt Leben ins Thema und Authentizität in die Argumentation. Das Hauptaugenmerk richtet Cosminsky, wie schon im Titel angeführt, auf die zunehmende Medikalisation eines eigentlich völlig normalen Vorgangs, und wie diese weiter zunimmt und auch in das Bewusstsein der Frauen sickert, die sich daher immer wieder durch weitere Fortbildungen in den Gesundheitseinrichtungen abzusichern suchen. Es ist ein Ringen zweier medizinischer Systeme, wobei schon fest steht, wer letztlich den Sieg davon tragen wird.

Für die Autorin sind Geburtspraktiken – und alles weitere aussen herum – eine Spiegelung der Kultur, die wiederum die Werte einer Kultur verstärken. Sie könnten auch als Ausgangspunkt genommen werden, um soziale Organisation und Machtverhältnisse zu reflektieren, und damit auch Geschlechterverhältnisse mitsamt der politischen Ökonomie. Sie sind also äußerst aussagekräftig,

wobei die Rezensentin hinzufügen möchte, dass es um mehr als nur um Geburt geht, nämlich um die Zeit, die schon zirka sechs Monate früher mit der bemerkten Schwangerschaft beginnt und erst einige Wochen oder Monaten nach der Geburt endet. Das zeigt auch Cosminsky in ihrem Buch, so dass sich die Konzentration auf die Geburt im Titel nicht hinreichend erklären lässt.

Das Buch zeigt die Welt der beiden Frauen, den sozio-ökonomischen Kosmos, und wie er sich über die Jahrzehnte, die Cosminsky dort geforscht hat, verändert. Zunächst eine blühende Kaffee-Finca, gibt der neue Besitzer diese auf, weil er mit der Qualität der umgebenden Bio-Kaffee-Anbauer nicht mehr mithalten kann. Damit entfallen Arbeitsmöglichkeiten, damit wird das Geld knapp, damit können es Frauen sich nicht immer leisten, in womöglich weit entfernt liegende Gesundheitszentren zu fahren. Hier kommen die comadronas auch weiterhin ins Spiel: in den abgelegenen Regionen Guatemalas gibt es für die indigenen Frauen in der Regel nur sehr beschränkte andere medizinische Angebote. Auch von daher müsste es dem guatemalteckischen Gesundheitswesen daran gelegen sein, die comadronas ihre Arbeit machen zu lassen, ohne diese immer weiter mit Zwangsverpflichtungen zu kujonieren.

Das Buch ist eine gelungene Ethnografie von Schwangerschaft und Geburt in den Bergortschaften Guatemalas, die weit von den Zentren entfernt liegen, das aber auch von den Konsequenzen und der Gewalt des Krieges erzählt, in dem so viele Indigene ihr Leben lassen mussten bzw. Frauen massenweise vergewaltigt wurden. Wirklich neue Erkenntnisse gibt es im Buch nicht, aber es wird sehr schön analysiert, was comadronas für Frauen und ihre Gemeinschaften im Einzelnen tun und wie dies kulturell und sozial einzuordnen ist. Die Medikalisation ist dabei ein Aspekt der „Globalisierung“, die sich direkt in den Körper der Frauen einschreibt

KATARINA GREIFELD, Frankfurt

VIKTORIA CHRISTOV. 2016. *Gemeinschaft und Schweigen im Pflegeheim. Eine ethnologische Annäherung.* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 144 S.

„Gemeinschaft und Schweigen im Pflegeheim“. Dieser Titel weckt bestimmte Assoziationen: Alte Menschen, vielleicht um einen Tisch versammelt in

einem großen Raum, stumm vor sich hinstarrend, vielleicht auch eingenickt. Das ist eine der Vorstellungen, die in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit die ablehnende Haltung Pflegeheimen gegenüber ausdrückt. Eine Zeit lang wurde in den Pflegeheimen versucht gegen dieses negative Image mit „Freizeit“-Aktivitäten anzugehen: Singen, Malen, Basteln, Stuhlgymnastik, Vorlesen, Spaziergänge usw., usw. Jeden Tag ein anderes Programm. Allerdings wurde deutlich, dass diese ständigen Aktivitätsanreize mit den Bedürfnissen hochbetagter Bewohner in Pflegeheimen meist nicht überein stimmten.

Viktoria Christov nähert sich in ihrer Masterarbeit im Fach Ethnologie dem Leben der Bewohner eines Pflegeheims über die wissenschaftliche Begrifflichkeit von „Gemeinschaft“ und „Schweigen“ an. Im theoretischen Teil ihrer Arbeit verankert sie ihre Untersuchung in den Theorien der Kommunikationswissenschaft und erläutert die Prozesse, die die Kommunikation in einer Gemeinschaft ausmachen: „Linguistic Knowledge“, „Interaction Skills“ und „Cultural Knowledge“ spielen dabei eine Rolle, und in Anlehnung an Irving Goffman erläutert sie auch die äußerst vielfältigen Prozesse, die für ein Gelingen oder Misslingen von Kommunikation verantwortlich sind. Je nach Situation und Gegenüber werden dabei bestimmte Verhaltensweisen als mehr oder weniger bewusste Strategie verwendet. Innerhalb der Kommunikation nimmt auch das Schweigen eine kommunikative Bedeutung an und auch non-verbal wird kommuniziert.

In einem weiteren Teil ihrer theoretischen Einordnung beschäftigt sich Christov mit gerontologischen Untersuchungen. Als relevant für ihre Untersuchung nennt sie die Selektionstheorie von Laura Carstensen (1987) und die Kontinuitätstheorie von Robert Atchley (1989). Erstere geht davon aus, dass sich Sozialkontakte im Alter zwar verringern, bestehende aber intensiviert werden, und Atchley betont, dass im Alter individuelle Stärken mit Unterstützung beibehalten werden können und Defizite akzeptiert werden. Daraus schließt Christov, dass Kommunikation im Alter eine „andere“ ist.

Wie nun stellt sich Kommunikation im Pflegeheim dar? Die Autorin geht von kritischen Betrachtungen der 1960er und 70er Jahre aus, die besagen, dass aufgrund bestimmter Organisationsmodi (die eine reibungslose Arbeit des Personals in Altenheimen in den Mittelpunkt stellen), nicht das Wohlergehen der Bewohner an erster Stelle steht (Stichworte

„erlernte Hilflosigkeit“, „Passivität des Verhaltens“, „Unterordnungsbereitschaft“). Christov sieht darin einen Grund, warum Heimbewohner „verstummen“ und sich in sich selbst zurückziehen. Ein anderer Grund seien körperliche Einschränkungen des Alters wie Demenz, Schwerhörigkeit, Sehbehinderungen, Sprachbeeinträchtigungen usw. Beide Faktoren, die notwendige Arbeitsorganisation eines Pflegeheims und die körperliche Verfasstheit der Bewohner beeinträchtigten die Kommunikation und das Entstehen von Gemeinschaft auf der Ebene der BewohnerInnen.

Auffallend an diesem ersten Teil von Christovs Untersuchung ist, dass sie überwiegend ältere Literatur verwendet. Gerade in der Gerontologie aber verändert sich das Forschungsfeld rapide und die Frequenz neuer Untersuchungen und Erkenntnisse ist sehr schnell. Ein Meilenstein in der gerontologischen Forschung aber ist immer noch Paul Baltes' Untersuchung über Hochaltrigkeit in den späten 1990er Jahren.¹ Seine Erkenntnis, dass die gerontologische Forschung zwischen den „jungen Alten“ und den Hochaltrigen im vierten Lebensalter unterscheiden muss, hat der Forschung eine völlig neue Richtung gegeben, die in Christovs Untersuchung aber unbeachtet bleibt. Baltes und seine MitarbeiterInnen haben gezeigt, dass mit Hilfe der Biomedizin und neuer Technologien ein selbständiges Leben bis ins hohe Alter durchaus möglich ist. Das vierte, das ganz hohe Lebensalter, aber kann weder mit individuellen, intelligenten Anpassungsleistungen, noch mit medizinischen Möglichkeiten bewältigt werden, hier bedarf die schnell zunehmende Hilflosigkeit Hochaltriger intensiver Pflegeleistungen von außen. Die Realität in Pflegeheimen entwickelt sich immer mehr dahin, dass die Neubewohner eines Pflegeheims erst im ganz hohen Alter kommen, wenn die bis dahin pflegenden Angehörigen am Ende ihrer Kräfte sind. Das Schweigen und das Nicht-Gelingen eines Aufbaus von Gemeinschaft unter den PflegeheimbewohnerInnen ist von daher dem Versiegen mentaler und körperlicher Kräfte zuzuschreiben. Hier so etwas wie eine Gemeinschafts-atmosphäre unter den BewohnerInnen herzustellen, hängt somit einzig von den Möglichkeiten der Heimleitung und den Pflegekräften ab. Die Hochaltrigen selbst sind im letzten Abschnitt ihres Lebens dazu meist nicht mehr in der Lage.

Etwas anders allerdings kann sich die Kommunikationsfähigkeit in einem Zwiegespräch darstellen.

Wenn eine jüngere, „fitte“ Person das Gespräch lenken und sich auf die hochaltrige Person einstellen kann, ist es durchaus möglich, dass diese im Sinne von „Textbausteinen“ das Wissen und Verhalten abrufen kann, dass sie ihr Leben lang begleitet hat und dadurch kompetenter wirken kann, als in einer komplexeren Kommunikation. Dynamische, sich entwickelnde Kommunikationssituationen, in denen mehrere Personen zugleich agieren, wo es also gilt – im Sinne Goffmans – die Situation zu verstehen, die eigene Rolle zu entwerfen, sich strategisch einzubringen und aus einem Verhaltensrepertoire die passende Rolle auszusuchen und anzunehmen, sind jedoch so komplex, dass angemessenes Agieren darin Hochaltrige meist überfordert. Diese Überforderung zeigt auch Christov sehr einfühlsam im zweiten Teil ihrer Arbeit, bleibt in der Interpretation aber innerhalb des Rahmens von Kommunikationstheorien und älterer gerontologischer Literatur.

Ihre Teilnehmende Beobachtung verbindet sie mit einem „Experiment“, indem sie sich selbst die Beschränkungen auferlegt, die sie im täglichen Leben der Heimbewohner beobachtet. Sie lebt (und schläft) drei Wochen lang mit einer Hochbetagten im selben (Doppel-)Zimmer. Sie verlässt das Haus nicht, sie leistet ihren Mitbewohnerinnen keine körperliche oder mentale Unterstützung (das ist Aufgabe des Personals, von dem sie sich unterscheiden will), informiert sich auch nicht über Biographie und Krankengeschichten der MitbewohnerInnen (denn auch diese „wissen“ nichts voneinander) und hält Distanz zum Pflegepersonal, um Solidarität zu vermeiden. Inwieweit dieses künstliche so tun als ob sie alt und Heimbewohnerin wäre, ihr weitergehende Erkenntnisse im Verständnis der HeimbewohnerInnen gebracht hat, wird allerdings nicht deutlich. Sie erwähnt nur Veränderungen bei sich selbst: Sie achtet weniger auf ihr Äußeres, verbringt mehr Zeit „untätig und träumend“, kommuniziert weniger und erlebt sich insgesamt „entschleunigt“. Die Frage stellt sich, ob dieser körperlich und mental entschleunigte Lebensrhythmus einer Mitte-Zwanzig-Jährigen tatsächlich den Lebensumständen einer gebrechlichen Hochbetagten entspricht oder nahe kommt.

Ihre aufgezeichneten Beobachtungen von Gesprächen zwischen den HeimbewohnerInnen zeigen, dass die Kommunikation sich weitgehend auf auffälliges Verhalten von MitbewohnerInnen bezieht, hervorgerufen durch deren körperliche Einschränkungen. Diese werden nicht toleriert, sondern

als bewusste Absicht oder Provokation empfunden, die den Grund für eigene, meist böswillige Kritik bieten (S. 89). Bei den Interviews, die Christov allein mit Bewohnerinnen in deren Zimmer führt, sind diese jedoch durchaus in der Lage, sich mit rationalen Argumenten von bewussten Böswilligkeiten zu distanzieren, denn „sowas tut man nicht“.

Christov sieht diese Kommunikation – oftmals im Tenor böswilliger und nicht gelingender Gespräche – als verursacht an durch die Notwendigkeiten der Pflege- und Heimroutine. Es entstünden dadurch sowohl „Spannungen“ als auch „Bezuglosigkeit“ unter den Bewohnern. „Beide beschreiben eine Abwehrreaktion gegen Umstände, die als persönliche Bedrohung eingestuft werden, wobei sich Erstere durch eine erhöhte Aktivität und Letztere durch Resignation auszeichnet“ (S. 122). Schweigen, so vermutet die Autorin, bedeute hier „eine provisorische Sicherheit und Harmonie in einem komplexen und gemütvollen Miteinander [zu] garantieren“ (S. 123). Und Schweigen würde „zu einer ‘compensatory strategy’ (Goffman) und Kompetenz“ (S. 124). Hiermit nimmt Christov wieder Bezug auf die Kommunikationstheorien vom Anfang. Von „Strategie und Kompetenz“ im Zusammenhang mit der Kommunikation dieser Hochbetagten zu sprechen, geht aber an ihrer Lebensrealität bzw. hochgradigen Hinfälligkeit vorbei. Eine positive Kommunikation innerhalb einer Gemeinschaft zu initiieren bzw. diese Gemeinschaft über die Kommunikation zu schaffen, ist ein solch komplexer Vorgang, dass er von hochbetagten, körperlich und kognitiv so gebrechlichen BewohnerInnen wie die des Pflegeheims nicht geschaffen werden kann.

Christovs Untersuchung macht deutlich, wo die Grenzen der gängigen Kommunikationstheorien liegen. Goffman und alle ihm nachfolgenden Theoretiker haben an Erwachsenen im Erwerbsalter geforscht und erst in jüngerer Zeit, seit Paul Baltes seine Forschungen zum vierten Lebensalter vorgelegt hat, haben Gerontologen verstanden, dass Alter(n)sforschung zum Leben der „jungen Alten“ nicht auch für die Hochbetagten, mit denen es Christov zu tun hat, gelten kann. Das – wenn auch vielleicht unbeabsichtigt – macht diese Studie durchaus deutlich.

ULRIKE KRASBERG, Frankfurt

Anmerkung

1. BALTES, PAUL B. 1999. Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Nova Acta Leopoldina*, NF: 379-403.

THOMAS HEISE. 2016. *Kulturen der Menschheit: Woher und wohin? Transdisziplinäre Perspektiven unserer Vergangenheit*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 540 S.

In *Kulturen der Menschheit: Woher und Wohin?* führt Thomas Heise den Leser anhand der kulturellen Entwicklung des Menschen an das Verständnis von Themen wie Migration, Geburt und Tod und körperlichen und geistigen Wohlergehens heran. Die über 500 Seiten sind von dem Physiker HANSPETER DÜRR – dem zum Andenken das Buch geschrieben ist – und dessen „unermüdliches Anmahnen“ zur Reflexion über das zerstörerische Potential der vom Homo sapiens erschaffenen Technik inspiriert. Einleitend plädiert Heise deswegen für ein „kontextologisches Denken“, welches erlaube, wissenschaftliche Erkenntnisse in unterschiedlichen Perspektiven, so eine subjektive und eine sozio-kulturelle, zu deuten. Weiterhin lässt ein kurzer Ausflug in Rupert Sheldrakes „morphologische Felder“ und Wissenschaftszweige wie Kevin Lalands „erweiterte Evolutionssynthese“ dann ein erstes Mal erfahren, in welche Richtung das vorgestellte Buch führen möchte und dass der modernen Wissenschaft ein zu eingenger, nur auf das Pragmatische gerichteter Blick auf die Dinge zugrunde liegen soll.

Im größten Abschnitt des Buches beschreibt der Autor detailreich und sachverständig die Vor- und Frühgeschichte der ungemein vielfältigen Bevölkerungsgruppen und deren Lebensweisen und wie diese sich über Jahrtausende hinweg über den Planeten verbreitet und vermischt haben. Besonders interessant sind hierbei die Einblicke in den frühzeitigen Umgang mit Kranken und Krankheit. Weitsichtig beschrieben sind durch verschiedenste Epochen und Regionen hinweg der Bezug der Natur und der Gesellschaft auf die Heilpraktiken. Faszinierend wird dokumentiert, wie fortschrittlich im vorchristlichen Eurasien das Wissen und die Technik in Medizin und Patientenversorgung bereits waren oder wie durch das Sesshaftwerden der Bevölkerungsgruppen Krankheitsbilder und die Medizin beeinflusst wurde.

Neben seinen archäologischen Ausführungen erinnert der Autor den Leser in vielen Passagen daran, wie indes eine eingeschränkte, sprich hier ethnozentrische Sichtweise zu Fehlerkenntnissen führen kann, und zeigt dies als Entwicklung von einer

früher kollektivistisch-holistischen Orientierung zu einem pragmatischen, aber – so der Autor – überheblichen Weltbild auf. In diesem Buch klingt teilweise auch eine an die Romantik angelehnte Kritik an diesen pragmatisch reduzierten Ansatz der Naturwissenschaften an.

Als Begründer der Buchreihe *Das Transkulturelle Psychoforum* beschäftigt sich Heise u. a. mit aktuellen Fragen zur Migration. Im vorliegenden Buch legt er den Schwerpunkt auf das Aufeinandertreffen und die frühzeitliche Vermischung von Kulturen, die er häufig als Folge natürlicher Ereignisse geschehend interpretiert. Naturkatastrophen bilden durch den ersten Teil des Buches ein recht konstantes Beispiel für den Kontext, aus dem archäologische Funde in ihrer Aussage interpretiert werden könnten. Auch wendet sich der Autor gegen Schluss deutlicher der Hypothese zu, dass diese Naturkatastrophen zur Entwicklung einer Denkweise beitragen, in der etwa ursprüngliche Vorratswirtschaft und individuelle Absichten einer zentralen Planung unterliegen. Dieser Denkweise lastet er an, Mitverursacherin von aggressiver Usurpation etwa natürlicher Ressourcen zu sein und plädiert für Mäßigung und ganzheitliche Balance zwischen Mensch und Natur, um im Sinne Dürrs gesellschaftlich „zukunftsfähig“ zu sein.

Mit seinem Buch als „Menschheitsreiseführer“ zeigt Heise auf, wie die verschiedenen Gesellschaften mit Konfrontationen und frühen Klimakatastrophen umgesprungen sind, und weist darauf hin, dass Zukunftsfähigkeit durch ein Lernen aus dem Verlauf der Entscheidungen dieser vergangenen – und teilweise noch existierenden – Gesellschaftsformationen erreichbar werden kann. Hier stellt sich Heise freien Kollektivismus vor, in dem schon die frühzeitlichen Gesellschaften gelebt haben sollen, sowie eine gemeinschaftlich ausgerichtete Gesellschaft, der die Akzeptanz von Hierarchien und autokratischem Verhalten fehlte und in der individuelle Entscheidungen niemanden ins Verderben stürzen lasse.

Ich muss zugeben, dass ein engstirniger Umgang der Erforschung medizinischer und kultureller Praktiken einen Gedankenaustausch zwischen den diversen Fachrichtungen kaum zulässt und dass die heutige wissenschaftliche Welt allenfalls einen mikroskopischen Ausschnitt ihres Forschungsgegenstandes vermitteln kann. Der ethischen Frage nach der Gesellschaftsform, die sich Heise im Buch stellt, und der Kulturkritik, die der der New-Age

Bewegung ähnelt, stehe ich jedoch etwas kritischer gegenüber und bin den Teilen des Buches, die sich auf hochspekulative, parawissenschaftlichen Ausführungen konzentrieren, eher abgeneigt. In diesem Sinne bleibt es beispielsweise äußerst fraglich, ob hier Belege für Reinkarnation durch etwa Ian Stevenson angeführt werden sollen, sind sie doch auch durch psychologische und kulturelle Einflüsse verzerrt und höchst kritisch zu betrachten. Viele der aufgeführten Forschungen zu Esoterik und spirituellen Phänomenen stehen stark unter Ideologieverdacht, was die Ergebnisse und insbesondere die Methodik betrifft, und dies führt aber eher wieder auf die Kritikpunkte des Autors selbst an wissenschaftlichen Methoden zurück.

Wenn auch nicht vollkommen der Intention des Autors entsprechend, so werden durch die Stützung auf das umfassende archäologische, geophysische und anthropologische Beweismaterial im Buche die Entwicklung, Veränderung und Ausbreitung von sozialen Konventionen, Ritualen, Kunst, Ästhetik und Praktiken der medizinischen Heilkunde sowie auch Politik und Religion überzeugend erörtert. Doch die Zukunft wird zeigen, in wieweit unterschiedliche Ebenen in der Wissenschaft dafür verschmelzen werden, können und dies sollten. Schon jetzt werden systemwissenschaftlich neue Wege in den Naturwissenschaften wie in Biologie und Medizin beschritten. Deswegen hoffe ich, dass bereits die Dynamik und das Wechselspiel verschiedener Prozessebenen eine immer größere Rolle in der Entwicklung der Forschung und ihrer Selbstreflexion spielen werden.

ANNIKA ROSENTHAL, Berlin

Nachtrag der Redaktion: Buchzitat, S. 14f.

[...] Die praktische Vernunft ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für erfolgreiches Handeln. Unsere wissenschaftlichen Fortschritte erlauben es uns, diese praktische Vernunft zu transzendieren. Jedoch zu glauben, dass wir nun dadurch vom primitiven Irrtum zur durch Lernen und Forschen erworbenen, womöglich unumstößlichen Wahrheit emporgeklettert seien, wäre weit gefehlt (nach John Kekes. 1981. „Relativismus und Rationalismus“, in HANS PETER DUERR, Hg. *Der Wissenschaftler und das Irrationale*, Bd. 2. Frankfurt/Main: Syndikat).

Schon WILHELM BUSCH schildert dies im Fliegenden Frosch:

*Wenn einer, der mit Mühe kaum /
Gekrochen ist auf einen Baum, /
Schon meint, daß er ein Vogel wär, /
So irrt sich der.*

Bücher für die Hausbibliothek von Institutionen und Redaktionen im „interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin“

GISELA GRUPE, KERRIN CHRISTIANSEN, INGE SCHRÖDER & URSULA WITTEWERT-BACKOFEN (Hg) 2005, 2012. *Anthropologie. (Ein) einführendes Lehrbuch*. Berlin: Springer, 490 S., 571 S. (2. Aufl.).

Im Gegensatz zur US-amerikanischen Tradition der „Anthropology“ mit ihren vier Feldern wird in heutigen Sprachkonventionen im deutschen Sprachraum die alte „Physische Anthropologie“ eher übersehen oder ausgeblendet. Beide „Konzepte“ kann man durchaus kritisch sehen. Für ein umfassendes Studium medizinethnologischer Themenfelder scheint mir indes die Kenntnis von Grundzügen aus der „Humanbiologie“ notwendig. Dieses Rüstzeug wird von dem im 21. Jh. geschriebenen Lehrbuch geliefert. Frauen zeichnen im Gegensatz zum 20. Jh. als Autorinnen. Die *Anthropologie* gehöre zwar heute zu den eher kleinen akademischen Fächern, schreiben sie in der Einleitung, zeichne sich aber durch eine große fachliche Breite aus. Dies wird der Leser bei einem Blick in das Inhaltsverzeichnis mit seinen fünf Hauptkapiteln rasch erkennen (Evolution des Menschen, Bevölkerungsbiologie, Lebenszyklus, Angewandte Anthropologie und Verhaltensbiologie) und in den darin enthaltenen zahlreichen Unterkapiteln (u. a. Stellung des Menschen in der Natur, die Vielfalt der Hominini; Humanökologie, Anpassung an biologische Umweltparameter, Epidemiologie und *Public Health*; Menopause, Vitalität und Reproduktionsfähigkeit des älteren Mannes; Industrieanthropologie, Forensische Anthropologie, Altersschätzung beim lebenden Menschen; Kinderethnologie – die Ontogenese menschlichen Verhaltens). Kritische Fragen zum BMI z. B. wurden in der *Curare* gestellt, hier kann man Daten zum „anatomischen Menschen“ nachschlagen. Begriffe wie „Typologie“ und selbstverständlich „Rasse“ werden zeitgemäß dargestellt. Die „Humanökologie“ findet einen breiten Raum. Deren Studium zu fördern ist eines der drei Gründungsziele der aus einem modernen ethnologischen Diskursangebot heraus entstandenen Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (1970) und ihres Vorläufers, der „AG Ethnomedizin, Ethnobotanik, Ethnozooologie in der DGV“ (Göttingen 1969). Ein breiter Index und umfangreiche Literatur (35 S. in der 1. Aufl.) laden zur Vertiefung ein.

EKKEHARD SCHRÖDER, Potsdam



Sonderbände – Special Volumes

- vol. 6/1989 **Schmerz – Interdisziplinäre Perspektiven.** Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg 6.-8.5.1988 • K. Greifeld, N. Kohnen & E. Schröder (Hg) • 191 S.
- vol. 7/1991 **Anthropologies of Medicine.** A Colloquium on West European and North American Perspectives • B. Pfeiderer & G. Bibeau (eds) • 275 pp.
- vol. 8/1995 **Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege** • W. Schiefenhövel, D. Sich & C.E. Gottschalk-Batschkus (Hg) • 461 S. • ISBN 978-3-86135-560-1
- vol. 9/1996 **Ethnomedizinische Perspektiven zur frühen Kindheit/Ethnomedical Perspectives on Early Childhood** • C.E. Gottschalk-Batschkus & J. Schuler (Hg) • 470 S. • ISBN 978-3-86135-561-8
- vol. 10/1997 **Transkulturelle Pflege** • C. Uzarewicz & G. Piechotta (Hg) • 262 S. • ISBN 978-3-86135-564-9
- vol. 11/1997 **Frauen und Gesundheit – Ethnomedizinische Perspektiven/Women and Health—Ethnomedical Perspectives** • C.E. Gottschalk-Batschkus, J. Schuler & D. Iding (Hg) • 448 S. • ISBN 978-3-86135-563-2
- vol. 12/1997 **The Medical Anthropologies in Brazil** • A. Leibing (ed) • 245 pp. • ISBN 978-3-86135-568-7
- vol. 13/1999 **Was ist ein Schamane? Schamanen, Heiler, Medizinleute im Spiegel westlichen Denkens/What is a Shaman? Shamans, Healers, and Medicine Men from a Western Point of View** • A. Schenk & C. Rättsch (Hg) • 260 S. • ISBN 978-3-86135-562-5
- vol. 14/1998 **Ethnotherapien – Therapeutische Konzepte im Kulturvergleich/Ethnotherapies—Therapeutic Concepts in Transcultural Comparison** • C.E. Gottschalk-Batschkus & C. Rättsch (Hg) • 240 S. • ISBN 978-3-86135-567-0
- vol. 15/1998 **Kulturell gefordert oder medizinisch indiziert? Gynäkologische Erfahrungen aus der Geomedizin/Postulated by Culture or Indicated by Medicine? Gynecological Experiences from Geomedicine** • W. Föllmer & J. Schuler (Hg) • 344 S. • ISBN 978-3-86135-566-3
- vol. 16/2001 **Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment** • M. Verwey (Hg) • 358 S. • ISBN 978-3-86135-752-0

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

MICHAEL HERMANUSSEN (ed) 2013. *Auxology. Studying Human Growth and Development.* Stuttgart: Schweizerbart, 324 S.

Das Wort „Auxologie“ ist im medizinethnologischen Vokabular noch nicht geläufig, wird es aber vielleicht durch dieses bemerkenswerte Lehrbuch. Lehrbücher zu besprechen kann ins Uferlose gehen, oder man versucht, es knapp zu sagen, warum dieses hier gut ist. Auxologie beinhaltet die humanbiologische und klinische Wissenschaft zum Wachstum des menschlichen Körpers und leitet sich aus dem altgriechischen αὐξη „Wachstum“ ab. Das Lehrbuch ist unter Mitarbeit von 56 internationalen Fachleuten in 11 Kapiteln mit insgesamt 95 Unterkapiteln von dem Pädiater und Anthropologen Michael Hermanussen aus Altenhof bei Eckernförde zusammengetragen worden und wird durch ein ausführliches, sehr lehrreiches Glossar, Literaturverzeichnis (inkl. Internet) und einen auf das Werk bezogenen Index abgerundet. Darüber hinaus enthält es viele lustige Illustrationen neben den gut gestalteten Tabellen (83) und Abbildungen. Im Editorial der CURARE 38(2016)2 auf S. 107 und 108 sind bereits Kostproben enthalten. Diese führen auch zu einem der für Medizinethnologen wesentlichen und in diesem Lehrbuch breit ausgeführten Bereich: *Prevention and Health* (Kap. 6) mit Unterkapiteln wie Breast Feeding, Body Proportions in Relation to Health, Migrants, Childhood Obesity in Developing Countries bzw. deren Impact of Migration, PEM (protein-energy malnutrition) in Children, Nutrition Transition in Developing Countries, etc.

In fachspezifischen Kapiteln (Basics, Body Shape, Composition and Proportions, Height Predictions, Auxological Methods – insbes. Mess-techniken – and Statistical Approaches) werden Begriffsbestimmungen vermittelt und Fakten geliefert, aber auch die Grenzen der jeweiligen Aussagefähigkeit aufgezeigt und die Kontextbezogenheit mit bedacht. Geschichte wird mit einbezogen (Kap. 7), wozu u. a. Wachstumsverzögerungen und Wachstumsbeschleunigungen in entsprechenden Altersstufen, Veränderung des Eintrittsalters der ersten Regelblutung, die Beschreibung von Riesen und Zwergen in der Geschichte und Gegenwart und die zeitbedingten Erklärungen etc. gehören. Deutlich wird, wie sehr Homo sapiens in erster Linie geneigt ist, ordnend durch die Erfassung des Äußeren, des Morphologischen, die Welt zu betrachten.

The well-known historical abuses of biological measurements for eugenic-oriented anthropological and racial characterisations of nations in the mid-20th century should not be forgotten, and should serve as a reminder as to the importance of maintaining strict ethical standards in the use of such data.



Hermanussen,
S. 149

Dies ist vielleicht mehr bei der heutigen kritischen sozialwissenschaftlichen Literatur zu Rassismus zu beachten, weil Vertreter gefährlicher Denkmuster weniger auf die guten Gegenargumente aus der Genetik etc. ansprechbar sind. So sind die gegen Ende des Lehrbuch unter „Miscellaneous“ zusammengefassten Überlegungen (S. 208–217) zu der Kritik an weiterhin lebendigen Konzepten etwa der Phrenologie in Bezug auf den Charakter oder behaupteten Entsprechungen zwischen Astrologie und Fingerlängen und den „Myths, Tales and Beliefs“ als Einstieg sehr lesenswert: geglaubte genetische Vorbestimmtheit der Körpergröße seit Tacitus, populärer in den Sozialwissenschaften teils tradierter Glaube an den Zusammenhang von Körpergröße und sozioökonomischen Lebensumständen oder dass Diäten die Körperlänge beeinflussen etc. Das Lehrbuch zeigt einen vertiefenden Sektor aus dem Bereich der heutigen Anthropologie bzw. Humanbiologie auf, die in der Besprechung des vorigen dargestellt wurde.

EKKEHARD SCHRÖDER, Potsdam

CHIRLY DOS SANTOS-STUBBE & HANNES STUBBE 2014. *Kleines Lexikon der Afrobrasilianistik. Eine Einführung mit Bibliografie.* (Kölner Beiträge zur Ethnopsychologie und Transkulturellen Psychologie, Sonderband 3). Göttingen: V&R unipress, 537 S.

Als Resultat der Zusammenarbeit der Sozialpsychologin, Pädagogin und Psychotherapeutin Chirly dos

Santos-Stubbe, Mannheim, und des Ethnologen, Psychologen und Wissenschaftshistorikers Hannes Stubbe, Köln, und ihrer über 30jährigen Forschungstätigkeit liefert diese Arbeit eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Forschung zur Afrobrasilianistik. Die Autoren verfolgen das Ziel, interdisziplinäre Perspektiven anzubieten und auch Alltagsphänomene der afrobrasilianischen Lebenswirklichkeit in Vergangenheit und Gegenwart zu beleuchten.

Auf eine Bibliografie von mehreren Tausend Titeln zurückgreifend werden die Literaturhinweise – leider etwas unübersichtlich – bei jedem Stichwort nach Erscheinungsjahr wissenschaftshistorisch aufgeführt. Vorausgesetzt werden Grundkenntnisse des brasilianischen Portugiesisch.

Die Einführung „Zur Forschungsgeschichte der Afrobrasilianistik – Grundprobleme und Tendenzen der Forschung“ reflektiert die Historie der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Kultur afrikanischer Sklaven und ihrer Nachfahren in Brasilien seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart.

In alphabetischer Reihenfolge werden 160 Stichworte von *Abolicionismo* (dt.: Abolitionismus = Bewegung zur Sklavenbefreiung) bis *Zumbi* (Anführer von Sklavenrevolten im 17. Jahrhundert in Palmares/Pernambuco) teilweise in wenigen Zeilen, oftmals aber über mehrere Seiten behandelt und durch Querverweise verknüpft. Längere Artikel (z. B. zu Themen wie *Emanzipation, Gender, Gesellschaft, Kindheit* [inkl. Sklavenkindheit & Straßenkinder], *Küche, Literatur, Nationalcharakter, Ökonomie und Arbeitswelt, Rasse/Rassismus, Sklaverei, Suizid* [inkl. dem Culture-Bound Syndrome *Banzo*, vgl. STUBBE H. & DOS SANTOS-STUBBE C. 1991. *Banzo* – eine afrobrasilianische Nostalgie? *Curare* 13,3: 123–132.]) werden in Subkapitel unterteilt, um sich dem Gegenstand aus historischer, politischer, rechtlicher, demografischer, geografischer, ökonomischer, sozialer, religiöser, und/oder medizinischer Perspektive zu nähern.

Es werden Begriffe und Konzepte eingeführt, die teils genuin afrobrasilianisch sind, z. B. *Candomblé*, teils eher typisch brasilianisch, z. B. *Favela*, manchmal aber auch nur die brasilianische Variante globaler Phänomene, z. B. *Witz* (zu „wissen“, *piada, graça*) betreffen, oder auf wissenschaftliche Diskurse zum Thema abzielen, z. B. *Sozialpsychologie*.

Beschrieben werden Aspekte des Alltags der afrobrasilianischen Bevölkerung, ihre Stellung und Auseinandersetzungen im nationalen Kontext, sowie der Einfluss auf das Konstrukt einer kulturellen Identität Brasiliens. Komplementär werden wissenschaftliche Diskurse zur afrobrasilianischen Kultur reflektiert und kontextualisiert.

Im Anhang stellt eine Zeittafel „Wichtige Ereignisse in der Geschichte der Afro-Brasilianer“ dar, von der „Wahrscheinlich erste[n] Einfuhr afrikanischer Sklaven nach Brasilien“ (S. 529) im Jahr 1538 bis zum Todesjahr (2011) des Politikers und Künstlers Abdias do Nascimento.

Beim *Kleinen Lexikon der Afrobrasilianistik* handelt es sich mit seinen 15 Abbildungen und Grafiken, wichtigen Eckdaten und interessanten Querverbindungen nicht nur um ein nützliches Nachschlagewerk für Experten afrobrasilianischer Kultur, sondern aufgrund des einfachen und gut lesbaren Stils auch um eine nachvollziehbare Einführung in (afro-)brasilianische Zusammenhänge für Studierende unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und interessierte Laien.

HELMAR KURZ, Münster

JOHANNES REICHMAYR (Hg) 2016.

Ethnopschoanalyse revisited. Gegenübertragung in transkulturellen und postkolonialen Kontexten [Ethnopschoanalysis Revisited.

Countertransference in Transcultural and Postcolonial Contexts]. Gießen: Psychosozial Verlag, 623 p.

13 years after the first comprehensive summary of the history¹, theories and concepts of ethnopschoanalysis, JOHANNES REICHMAYR has published a new edition coinciding with the 100th anniversary of the birth of its founder, PAUL PARIN. The book contains texts from 29 authors on the following topics: ethnopschoanalysis and countertransference in fields of research and practice; a postcolonial and interdisciplinary look at psychoanalysis and ethnopschoanalysis; biography and archive.

Reichmayr provides a thorough introduction to the subject matter, indicates changes which have occurred since 2000 and points out the current great dynamic which is present in the German-speaking countries with regard to this subject. The differences between psychoanalytical ethnology and ethnopsy-

choanalysis are clarified at the beginning; however, they are not so clearly delimited in the individual chapters of the book.

This is followed by the first part of the book consisting of twelve chapters providing an insight into the development of ethnopschoanalysis and its various fields of research and practice. Readers find out about Himba women in Namibia (Wordell, Köhler-Weiss), about the development of psychoanalysis in China (Gerlach), and the topic of homosexuality among the Zapotec civilisation in Mexico. They can also read about research carried out with an “ultra” football fan in Germany (Bonz) and the work of Gerhard Kubik and Maurice Djenda † in the Central African Republic in the 1960s.

In the second part of the book there are eight essays on postcolonial and interdisciplinary perspectives of psychoanalysis and ethnopschoanalysis. It is difficult to do justice to the great diversity of the topics and the profundity of the texts here, but the premises of ethnopschoanalysis are certainly present and are discussed in the context of the specialist fields of cultural psychology, European ethnology and postcolonial studies.

In the third section of the book, seven authors write—in part very personally—about Parin’s biography and the archive, which was founded in Switzerland and moved to Vienna in 2009. Its treasures can be viewed there (registration in advance required) and are partly still in their original state, waiting for multilingual interested visitors, because many of the documents were written in various languages. In 2016, the 100th anniversary of Paul Parin’s birth was celebrated not only with a conference at Sigmund Freud Private University in Vienna, but also by the opening of his archives. Extracts of interviews with Paul Parin as well as his correspondence and the treasures which were found in his estate are also illuminated in the texts. Franz Josef Schober, however, goes even further back in time and deals with the early life of Paul Parin and his transformation from a Styrian boy into a citizen of the world. These chapters are partly written in a very personal style and provide insights into the lives of Paul Parin and his wife Elisabeth Charlotte “Goldy” Parin-Matthèy, also with regard to the authors’ relationship to them, and in some cases what their friendship with the Parins signified to them.

In the fourth and final part, covering the last 40 pages, there is a bibliography covering the period

2000–2015, which constitutes a continuation of Reichmayr's previous work of comprehensively recording the academic writings on the subject. There is also a list of institutions, research groups, journals and individuals who are actively involved in keeping ethnopsychanalysis alive, particularly in the German-speaking countries.

The book is a journey around the world with researchers who, in the very personal style of writing of ethnopsychanalysis, present and interpret their research material, and do so in a way which is always sprinkled with quotes from conversations or field notes and which enable the readers to feel close to the authors and the subject matter. The "greats" from the recent decades in this subject are present as well as young academics who use this approach to obtain a deeper understanding of their research partners. Developments such as the introduction of numerous interpretation workshops for the discussion of research materials in the German-speaking countries are presented alongside specific projects and explanations of theoretical discourses of this approach. The contributions also provide information about the concrete methodological approach used and about the planning of ethno-psychoanalytical research in little-known areas, and thus offer an insight into how researchers work. For "outsiders" this is an opportunity to immerse themselves in a form of research work with people which decidedly addresses the feelings and the behaviour of the researcher towards the person being researched, and uses this as a way of generating understanding.

The author of this review has selected some contributions as examples which appear to be particularly exciting and innovative.

In her text, *Elisabeth Mauerhofer* (pp. 181–199) describes what happens in an interpretation workshop, the like of which are held regularly at the Institute for Ethnology and Cultural Anthropology in Graz (Austria), and the experiences she made there. This is a closed group which remains together for a year and enables researchers to work on their field work material in a group and in this way also to assimilate the research process. The author presents extracts from interviews from her study on conflict between a mining company and a village in Romania, and shows what the group members associate with the experiences they have written down. This gives a first impression of what an interpretation workshop can do, where its borders lie, and how

students can be introduced to the ethno-psychoanalytical form of academic work.

In her text, *Ruth Kronsteiner* (pp. 260–283) presents the results of commissioned research which deals with the experiences of persons who apply in Austria for international protection from torture and violence, and which is intended to show how they themselves experience the procedure and process involved in applying for asylum. This revealed a tendency towards retraumatisation caused by the asylum procedure, and thus an increased need for psychosocial care from the health care system.

Given that Parin and Morgenthaler carried out research in Africa in times of historical upheaval, and that they were in part well ahead of their time in terms of their criticism of society and the conditions prevailing then, it is not surprising that there are several texts in the book which deal with postcolonial perspectives of people, and also with the work of founding fathers and mothers (Gesine Krüger, David Becker, Kathrin Hörter and Magatte Ndiaye). In this context it is worth mentioning that later on it was Maya Nadig who drew attention to gender issues, and who did intensive work on the lives women lead, and thus gave them a voice for the first time.

The impression which remains after reading this book full of sophisticated reflections, insights into the past and present of ethnopsychanalysis, is one of an environment (at least in the German-speaking countries) which is very dynamic—both in terms of theory and methodology—in which ethnopsychanalysis is employed in order to be able to better understand oneself and others. The question remains as to whether and how this special form of research can be further developed, also outside the German-speaking area, and in this way make a contribution towards increasing recognition of the benefit of using the subjectivity of the researcher and their relationships in the field as a source of insight.

MARGRET JÄGER, Wien/Linz

Note

1. REICHMAYR, JOHANNES; WAGNER, URSULA; QUEDERROU, CAROLINE & PLETZER, BINJA (Hg) 2003. *Psychoanalyse und Ethnologie. Bibliographisches Lexikon der psychoanalytischen Ethnologie, Ethnopsychanalyse und interkulturellen psychoanalytischen Therapie*. Gießen: Psychosozial, 597 S.

Preparing for Patients. Learning the skills and values of healing encounters

31st Annual Conference of the Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e. V. (AGEM)

in Cooperation with the Collaborative Research Center Media of Cooperation

29 June – 1 July 2018, University of Siegen

How physicians and other healers conduct their encounters with clients is an integral element of becoming healers. Nevertheless, this knowledge is only partly provided by official channels or courses; rather, it is often learned in a subtle and implicit manner during practical apprenticeship. Despite broad investigations of the professional encounters between healers and their clients, few studies have addressed the question how exactly these skills and attitudes are learned.

A main criticism of the patient-physician relationship in biomedical contexts has long been its asymmetry (PILNICK & DINGWALL 2011), and empirical studies have time and again reassessed fundamental disparities between those seeking and those providing health services (BEGENAU *et al.* 2010). At the same time, these asymmetries are constitutive of the healing encounter, because they form a functional difference between healer and client: without the attribution of special knowledge and skills to the healing party, the whole encounter would be dispensable. In contrast to biomedical contexts, the encounter of non-biomedical healers with their clients is often conceived as being less hierarchical. Yet, we would assume a similar functional difference between them. We assume that how these asymmetries and differences are managed and performed in daily practice is largely learned in the formative years of apprenticeship.

Since the seminal studies “The Student Physician” (MERTON *et al.* 1957) and “Boys in White” (BECKER *et al.* 1961), there has been little in-depth research on how students of healing practices acquire such skills and how they are transmitted in learning contexts. These studies have shown how novice physicians learn to cope with the contingencies of daily work and how they learn to balance responsibility and experience. Through fine-grained ethnographic fieldwork, the researchers were able to show how such skills and attitudes are learned in the processes of becoming a competent member, by observing and imitating role models and by being sensitive to the norms and values displayed by significant others. In line with Becker *et al.*, we assume that most of these skills are part of the tacit learning in the “hidden curriculum” (HAFFERTY & FRANKS 1994). The hidden curriculum refers to those aspects of learning contexts that do not figure prominently in official accounts, but are learned as part of becoming a member of a healing profession. Despite (or because of) their informal character, they serve as powerful orientations that slowly

become taken for granted, in many cases without explicit recognition by those who teach and learn them.

In the course of the conference, we want to shed light on how apprentices of healing professions are preparing and are being prepared for their encounters with patients or clients. Irrespective of the given healing cosmology, all healing knowledge is ordered in specific systems, organized in rules, schemes, and procedures that need to be adapted to the individual healing encounter. Therefore, every healing encounter is laced with fundamental uncertainties—not only with respect to treatment but also to interaction (cf. FOX 1980, HENRY 2006). And all healing apprentices learn how to cope with these contingencies. The subtle transmission of a “paternalistic” model of physician-patient interaction in biomedical education might account for the longstanding asymmetry that are part of the official program of medical education, despite longstanding calls for “shared decision making” and “informed consent” (STOLLBERG 2008). Consequently, “professional dominance” (FREIDSON 1970) is a skill that needs to be learned before it can be practiced.

Thus, we want to compare and take a closer look at the subtle modes of how students of different healing practices—biomedical as a well as all other healing traditions—are prepared and how they prepare themselves for their encounters with patients. We want to ask questions along the following lines:

- Which attitudes are transmitted for coping with the tension between standard procedures and individual cases?
- Which roles do authority, performances of authority, competence, empathy, uncertainty, responsibility, and experience play?
- What modes of teaching and learning the “hidden curriculum” can be observed?

We are looking for contributions from all academic disciplines, and we also encourage physicians and other health professionals to introduce their perspectives.

Conference Language: English

Deadline 31 January 2018: Please send one-page proposals for contributions and a short CV to:

EHLER VOSS: ehler.voss@uni-siegen.de

• www.agem-ethnomedizin.de

CORNELIUS SCHUBERT: cornelius.schubert@uni-siegen.de

• http://sfb1187.uni-siegen.de

References:

- BECKER, HOWARD S., BLANCHE GEER, EVERETT C. HUGHES & ANSELM L. STRAUSS, eds. 1961. *Boys in white. Student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press. • BEGENAU, JUTTA, CORNELIUS SCHUBERT & WERNER VOGD, eds. 2010. *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer. • FOX, RENÉE C. 1980. “The Evolution of Medical Uncertainty.” The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society* 58 (1): 1–49. • FREIDSON, ELIOT. 1970. *Professional dominance. The social structure of medical care*. New York: Atherton Press. • HAFFERTY, F.W. & R. FRANKS. 1994. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic medicine* 69 (11). • HENRY, M.S. 2006. Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *Journal of Medical Ethics* 32 (6): 321–23. doi:10.1136/jme.2005.013987. • MERTON, ROBERT K., GEORGE READER & PATRICIA L. KENDALL, eds. 1957. *The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge: Harvard University Press. • PILNICK, ALISON & ROBERT DINGWALL. 2011. On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine* 72 (8): 1374–82. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.033. • STOLLBERG, GUNNAR. 2008. Informed Consent und Shared Decision Making. Ein Überblick über medizinische und sozialwissenschaftliche Literatur. *Soziale Welt* 59 (4): 394–408.

Résumés des articles de *Curare* 40(2017)4: 257–368 [N° 115]
Thèmes actuels du « discours interdisciplinaire entre
***l'anthropologie et la médecine* » 2017. Part II**

• Y a-t-il une dimension psychologique dans l'anthropologie médicale? Éditorial par EKKEHARD SCHRÖDER, p. 262–263.

Articles

• ERHARD SCHÜTTPELZ & EHLER VOSS: **Les mots, les sorts, la vie. Jeanne Favret-Saada entre psychanalyse et ethnographie de la sorcellerie**, p. 264–281 (rédigé en allemand).

Entre 1969 et 1972, Jeanne Favret-Saada, ethnologue et psychanalyste française réalisa des recherches sur le thème de la sorcellerie de l'époque en France. « Les mots, la mort, les sorts: La sorcellerie dans le bocage » est le titre de sa monographie de 1977 qui a été saluée en raison de l'application conséquente de la méthode ethnographique, et en particulier pour changer constamment la position du chercheur avec celle du justificateur de sa recherche. Il s'agit d'un chef-d'œuvre reconnu de multiples parts mais qui fut rarement lu dans sa totalité et encore plus rarement enseigné dans des séminaires. C'est un modèle qui en raison de sa radicalité ne se prête pas bien à un usage scolaire.

Dans son texte, Favret-Saada semble jouer la carte de l'ethnographie, et en même temps elle se situe contre l'ethnographie. Partagé entre la compréhension et l'explication, la position holistique et la fragmentation, la défense du thème ou la distance plutôt littéraire, son texte est en même temps une accusation et un exorcisme de sa propre socialisation, une attaque contre la recherche en sciences sociales de son temps, le document d'une rébellion métaphysique. L'annonce de la poursuite de sa théorie du « désorcelage » figurait déjà dans son premier livre en 1977. Elle annonce dans cet ouvrage la fin de ses recherches sur ce thème: le livre « Désorcèler » (2009) ne repose pas sur un nouveau champ de recherche mais il résume les résultats de ses études après la publication du premier livre. Cette rétrospective de la part de l'auteur est pour nous un défi et une occasion de poser la question de ce qui est advenu 40 ans après la première publication de cet ensemble.

Qu'est-ce qui a été possible à l'époque, qui semble ne jamais l'avoir été auparavant et que nous avons entre temps négligé? Dans les publications de Favret-Saada, le vocabulaire psychanalytique et les descriptions ethnographiques restent strictement séparés, bien que la réflexivité des descriptions ethnographiques se réfère à sa formation psychanalytique simultanée. En contrepartie, on retrouve à la relecture d'un écrit de 1977, une présentation de la formation psychanalytique qui met en relation les thèmes psychanalytiques et les résultats des recherches en ethnologie. La séparation stricte des deux méthodes d'acquisition et d'enseignements que Favret-Saada respectait dans toutes ses publications, a permis en 1977 une interconnexion et une symétrie qui aura eu des conséquences profondes pour l'anthropologie médicale et la recherche sur la sorcellerie mais aussi pour la psychanalyse en France. (r)

Mots clés sorcellerie – magie – désorcèler – psychanalyse – guérison – irréparabilité – Jeanne Favret-Saada – Jacques Lacan – l'anthropologie symétrique – France

• FATIMA ZOHRA CHERAK: **Les maux de la rouqya et la santé mentale dans la mobilité thérapeutique en Algérie et en France**, p. 282–295 (rédigé en anglais selon une traduction du français).

Dans un contexte de mutation sociale et politique dans l'Algérie des années 1990 avec la montée de l'islamisme, la *rouqya*, que l'on peut traduire par exorcisme, est devenue un recours important pour plusieurs souffrants musulmans, en Algérie et en France. Se démarquant des offres de soins et de traitement connues traditionnellement, elle se présente comme moderne et « orthodoxe » tout en ayant une tendance à la globalisation. Revendiquant sa dimension religieuse, la *rouqya* se démarque par sa capacité à élargir son champ, allant ainsi du thérapeutique aux soins au corps et au psychisme du souffrant. Celui-ci, à la recherche d'une guérison et/ou d'une solution à ses maux (physiques, psychiques, sociaux) dans un contexte de mobilité nationale ou transnationale se tourne vers les *râqis*, praticiens de la *rouqya*, tout en suivant un itinéraire thérapeutique biomédical et/ou non conventionnel comme la consultation des saints, des *tâlebs*, des confrères ou des devins. À travers les exemples rencontrés lors d'enquêtes anthropologiques en Algérie et en France dans un espace majoritairement urbain, j'expose une expérience de la maladie et de la souffrance et de leur prise en charge dans une dynamique de soins à la fois plurielle et mobile. (a)

Mots clés soigner avec le Coran – rouqya – exorcisme – possession – sorcellerie – maladie – croyances au surnaturel – santé mentale – mobilité musulmane – Maghreb – Algérie – France

• LUDWIG JANUS: **Le livre « Le rameau d'or » de James George Frazer, relu dans la perspective de la psychologie prénatale**, p. 296–307 (rédigé en allemand).

Pour expliquer l'aire étrange et mystérieuse du culte de Nemi en Italie, dans lequel le vieux prêtre sera tué par son successeur dans le sanctuaire, James Frazer l'a rattaché à une source historique, les anciens cultes magiques de fertilité. Par

une continuité entre des rituels de niveau magique et ces rituels qui sont fondés sur une base mythologique et religieuse, l'auteur inclue ainsi la perspective de la psychologie du développement pour démontrer une évolution des mentalités à un niveau populaire. Le point de vue de ce niveau permet de comprendre les rituels magiques comme moyens de réguler des affects et des sentiments de manière à les verser au niveau d'une projection à l'extérieur. Ces sentiments archaïques sont perçus dans le monde extérieur, ce qui permet en même temps de les diriger par des rituels et des techniques magiques ou des tabous. Les racines de la dynamique de ces sentiments sont expliquées par l'expérience de la naissance, au niveau des conditions biologiques de l'humain : la prématurité physiologique, telle qu'elle est introduite par le biologiste Suisse Adolf Portmann et le traumatisme de la naissance du psychanalyste Otto Rank. Les bébés hominidés sont très prématurés et immatures et ils mènent encore une vie d'impuissance jusqu'à leur deuxième année, leur capacité de se percevoir soi-même ne fait pas encore de différence claire entre l'intérieur et l'extérieur. Le rituel réalise un espace transitoire d'expérience magique et est caractérisé par une vulnérabilité étendue. Sur ce fond de concepts, il est possible d'expliquer les mentalités magiques et mythiques, comme Frazer les décrit, dans une perspective psychologique. (r)

Mots clés James G. Frazer – culte de Nemi – expérience magique – psychologie prénatale et de naissance – prématurité physiologique – traumatisme de la naissance

À propos : science forensique et anthropologie médicale

• IGOR EBERHARD : **Comment le tatouage devint l'image de marque des criminels. Le discours criminalisant des tatouages à partir de la collection «Heidelberger Sammlung Schönfeld»,** p. 308–320 (rédigé en allemand).

De nos jours, les tatouages ne sont plus que partiellement attribués à des expériences particulières, à un milieu social ou à des attitudes. Cependant, ils sont encore entachés d'une connotation négative. Malgré leur succès croissant, il existe encore aujourd'hui des préjugés et des réticences à leur égard, tout autant dans le grand public que dans les milieux scientifiques. Les causes de ces préjugés sont en grande partie historiques. Cet article traite de l'origine de ces stéréotypes et de la manière dont ils se traduisent dans l'histoire des sciences et dans la théorie. Dans le cas présent, ce sont les recherches et la collection «Heidelberger-Sammlung» du dermatologue et historien de la médecine Walther Schönfeld (1888–1977) qui servent d'exemple. (r)

Mots clés «Homo criminalis» – tatouage – histoire du tatouage – Walther Schönfeld – histoire de la médecine – histoire de la criminologie – skin studies – anthropologie médicale

À propos : anthropologie médicale et «biomédecine»

• JUDITH SCHÜHLE : **Observations sur la perception des différentes formes de biomédecine par des Nigériens éduqués au Nigéria et immigrés aux États-Unis,** p. 321 (rédigé en allemand).

• RÜDIGER FINGER : **Jeter un regard rétrospectif pour formuler de nouvelles perspectives pour la «médecine opératoire» dans les «pays en développements», dans le contexte de l'Agenda de Santé globale d'aujourd'hui,** p. 322–328 (rédigé en allemand).

• HELMUT JÄGER : **Le management des décisions fautives dans la collaboration dans le champ du développement. Quelles sont les conséquences, par exemple, de la catastrophe arsénique en Bangladesh?** p. 329–335 (rédigé en allemand).

• HELMUT JÄGER : **À propos de la complexité des discours sur la mutilation génitale féminine. Des esquisses de cas dans un centre de consultation pour les réfugiés à Rotenburg/Basse Saxe,** p. 336–339 (rédigé en allemand).

• WERNER GOLDER : **Précieux comme un don d'organe. La participation à une étude clinique demande un esprit de sacrifice aux patients,** p. 340–342 (rédigé en allemand).

• **Reports,** p. 343–349 • **Comptes rendus,** p. 350–361 (rédigé en allemand).

Résumés par l'auteur (a) et de la rédaction finale (r) de *Curare* (dans ce volume JEAN BENOIST [Aix-en-Provence], MARIE-FRANCE SCHÄFER-GASNIER [Strasbourg] et PATRICIA SCHREIBER [Sarreguemines]).

«Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin» (AGEM) association d'anthropologie médicale
 éditeur *Curare*, *Zeitschrift für Medizinethnologie* • *Curare*, *J. of Medical Anthropology* (fondée en 1978)
Curare est une revue à comité de lecture // www.agem-ethnomedizin.de

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

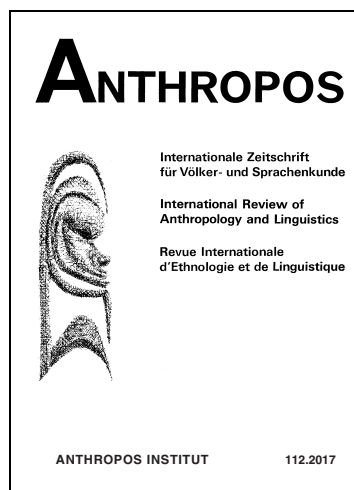
Richard Pfeilstetter: Culture in Heritage. On the Socio-Anthropological Notion of Culture in Current Heritage Discourses

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

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

ISSN 0257-9774

Hinweise für Curare-Autoren

Sprachen: deutsch und englisch.

Manuskripte: Curare veröffentlicht Originalbeiträge. Bitte liefern Sie mit dem Manuskript (unformatiert im Flattersatz) eine Zusammenfassung (ca. 250 Wörter, Titel und ca. 5 Schlagwörter) in Deutsch, Englisch und Französisch; alles als Word-Dokument (doc oder docx). Fußnoten sollten vermieden werden. Fussnoten erscheinen als Anmerkungen am Ende des Textes vor den Literaturhinweisen, Dank-sagungen ebenso.

Zitate: Direkte und indirekte Zitate bitte direkt im Text aufführen, Quellenangabe im Text: (AUTOR Jahreszahl: Seiten). Im Manuskript können anstatt der Kapitälchen bei den Autoren diese auch normal geschrieben und dann unterstrichen werden.

Literaturangaben in alphabetischer Reihenfolge am Ende des Textes:

Instruction to Curare Authors

Languages: German or English.

Manuscripts: Original manuscripts only will be accepted. Please provide additionally to the manuscript (unformatted ragged type) an abstract (appr. 250 words, appr. 5 keywords, and the title) in English, French, and German language; all as a word document (doc or docx). Footnotes should be avoided. All footnotes become endnotes after text and before the bibliography, acknowledgements as well.

References: Please quote in-text citations in the following form: (AUTHOR year: pages). If small capitals are not possible to handle, normal writing and underlining of the name.

Literature in alphabetical order at the end of the manuscript.

The form for listing of references is as follows:

Zitierweise für Curare Autoren / Guidelines for Curare Contributors**• Zeitschriften / Journals:**

KRÖNKE F. 2004. Zoonosen bei patoralnomadischen FulBe im Tschad. *Zeitschrift für Ethnologie* 129, 1: 71–91.

FAINZANG S. 1996. Alcoholism, a Contagious Disease. A Contribution towards an Anthropological Definition of Contagion. *Culture, Medicine and Psychiatry* 20, 4: 473–487.

Bei Zeitschriften mit Namensdoppelungen, z. B. *Africa*, das Herkunftsland in Klammern am Ende dazu setzen. / Journals which occur with the same name, e. g. *Africa*, put in brackets the country of origin at the end.

• Bei speziellen Themenheften mit Herausgeber(n) / In case of an issue on a special theme and with editor(s):

MAIER B. 1992. Nutzerperspektiven in der Evaluierung. In BICHMANN W. (Hg). Querbezüge und Bedeutung der Ethnomedizin in einem holistischen Gesundheitsverständnis. Festschrift zum 60. Geburtstag von Hans-Jochen Diesfeld. (Themenheft/Special theme). *Curare* 15, 1+2: 59–68.

• Rezensierter Autor, der zitiert wird (SCHÜTTLER nach FISCHER-HARRIEHAUSEN 1971: 311) / cited author of a book review:

SCHÜTTLER G. 1971. Die letzten tibetischen Orakelpriester. Psychiatrisch-neurologische Aspekte. Wiesbaden: Steiner. Rezension von FISCHER-HARRIEHAUSEN H. 1971. *Ethnomedizin* I, 2: 311–313.

• Autor einer Buchbesprechung / Author of a book review:

PREIFFER W. 1988. Rezension von / Bookreview from PELTZER K. 1987. Some Contributions of Traditional Healing Practices towards Psychosocial Health Care in Malawi. Eschborn: Fachbuchhdl. f. Psychologie, Verlagsabt. *Curare* 11, 3: 211–212.

• Bücher, Monographien, Sammelbände / Books, Monographs, Collection of papers (name all authors and editors):

PELEIDERER B., GREIFELD K. & BICHMANN W. 1995. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage des Werkes „Krankheit und Kultur“ (1985). Berlin: Dietrich Reimer.

JANZEN J. M. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. (Comparative Studies in Health Systems and Medical Care I.) Berkeley und L. A., CA: University of California Press.

SCHIEFENHÖVEL W., SCHULER J. & PÖSCHL R. (Hg) 1986. *Traditionelle Heilkundige – Ärztliche Persönlichkeiten im Vergleich der Kulturen und medizinischen Systeme*. Beitr. u. Nachtr. zur 6. Intern. Fachkonferenz Ethnomedizin in Erlangen, 30.9.–3.10.1982. (Curare-Sonderband/Curare Special Volume 5). Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg.

BLACKING J. (Ed) 1977. *The Anthropology of the Body*. (A. S. A. Monograph 15). London: Academic Press.

• Artikel aus einem Sammelband / Article in a collection of papers:

SCHULER J. 1986. *Teilannotierte Bibliographie zum Thema „Traditionelle Heilkundige – Ärztliche Persönlichkeiten im Vergleich der Kulturen und medizinischen Systeme“*. In SCHIEFENHÖVEL W. et al. (Hg), a. a. O.: 413–453. (wenn das Werk mehrfach zitiert wird, sonst komplett nach obiger Anweisung zitieren, Seitenzahlen am Schluss, ... Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg: 413–453)

LOUDON J. B. 1977. *On Body Products*. In BLACKING J. (Ed), *op. cit.*: 161–178 (if the vol. is cited more than one time, otherwise citation of references as above, pages at the end, ... London: Academic Press: 161–178)

Bitte beachten / Please, note:

- Bei allen Autoren und auch Herausgebern im Zitat immer Reihenfolge Name, Vorname / The name precedes always, then follows the prename with all authors and editors also within the cited oeuvre (see above).
- Folgende Abkürzungen sind kursiv / Use Italics for e. g., *.cf.*, *op.cit.*, *et al.*, *ibid.*, and *idem*.
- Curare-Sonderbände 1/1983–16/2001 sind Bücher und werden nicht als Zeitschrift zitiert, sondern als Sammelband mit Herausgeber(n)
- Curare Special Volumes 1/1983–16/2001 are books and are not cited as a journal but as collection of essays with editor(s).
- All English contributions should be corrected by a native speaker before submission!

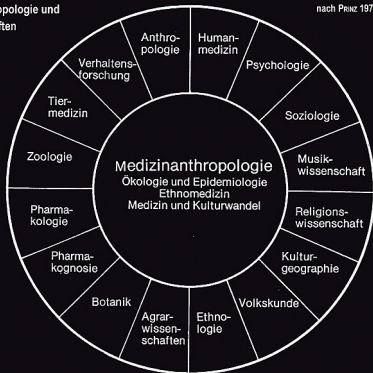
CULTURE

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

Die medizinische Anthropologie und ihre „Hilfs“-wissenschaften

nach Praez 1979



AGEM und 60 Jahre

„Interdisziplinäres Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin“, Teil I
 AGEM looking at Six Decennia of Interdisciplinary Discourses
 in “Anthropology and Medicine,” Part I



CULTURE

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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



AGEM und 60 Jahre

„Interdisziplinäres Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin“, Teil II
 AGEM looking at Six Decennia of Interdisciplinary Discourses
 in “Anthropology and Medicine,” Part II



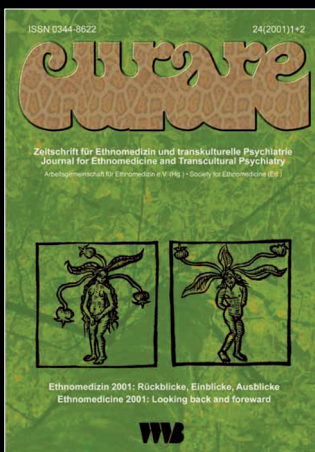
CULTURE

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

AGEM und 60 Jahre
 „Interdisziplinäres
 Arbeitsfeld Ethnologie
 und Medizin“, Teil III

AGEM looking at
 Six Decennia of
 Interdisciplinary
 Discourses in
 “Anthropology and
 Medicine,” Part III



CULTURE

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

AGEM und 60 Jahre
 „Interdisziplinäres
 Arbeitsfeld Ethnologie
 und Medizin“, Teil IV

AGEM looking at
 Six Decennia of
 Interdisciplinary
 Discourses in
 “Anthropology and
 Medicine,” Part IV

