

# Anthropologie

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

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



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

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

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

**Die letzten Hefte:**

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

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

**Die nächsten Hefte:**

*Curare* 36(2013)1 Diskurse um Körpermodifikationen

*Curare* 36(2013)2 zur Ethnobotanik und Ethnopharmakologie

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

---

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

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

---



## Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology

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

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

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

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

**Geschäftsadresse / office AGEM:** AGEM-Curare

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

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

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

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

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

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

**Bezug / Supply:**

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

**Abonnementspreis / Subscription Rate:**

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

**Copyright:**

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2012

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-769-8

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



**Inhalt / Contents**  
Vol. 35 (2012) 4

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

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

**Nachruf / Obituary**

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

**Forum**

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

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

**Artikel**

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

**Berichte / Reports**

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

**Buchbesprechungen / Book Reviews**

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

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

### Dokumentationen

<i>Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin</i> , Nr.1, September 1975 (Reprint MAGEM 1) .....	291
<i>Nimbine – heilender Hauch magischer Macht</i> . Protokoll und Tonbandmitschnitt aus einem vertiefenden Informationsgespräch zu Jachim Sterlys Beitrag mit Film „Krankenbehandlung in einer Dorfgemeinschaft im Hochland von Neuguinea“. (Erstveröffentlichung und Reprint 1977) ..	297
<i>Quo vadis?</i> AGEM-Mitgliederrundbriefe vom 11.11.1992 (Reprint) .....	301
Beiträge zur Transkulturellen Psychiatrie und verwandte Themen in <i>Curare</i> . Zeitschrift für Medizinethnologie, Vol. 31(2008)–35(2012) .....	318
<b>MAGEM 33/2012</b> .....	320
• AGEM 2011 • Geburtstage von Mitgliedern der AGEM im Jahr 2011: – Hermann de Vries 80 Jahre – Arthur Kleinman 70 Jahre – Ulf Lind 70 Jahre – Hannes Stubbe 70 Jahre • Der AGEM- Workshop auf der DGV-Tagung Wien 2011 • 24. Fachkonferenz Ethnomedizin, Wien 2011	
Zum 80sten Geburtstag von Louise Jilek-Aall (*21. April 1931) (WOLFGANG KRAHL) .....	324
<b>Résumés des articles de <i>Curare</i> 35(2012)3 et 35(2012)4</b> .....	326
Zum Titelbild & Impressum .....	U2
Hinweise für Autoren/Instructions to Authors .....	U3

Redaktionsschluss: 15.01.2013, Endlektorat EKKEHARD SCHRÖDER

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

**Errata:** *Curare* 33(2010)1+2: 157, dort im Absatz ERICH PÜSCHEL: er lehrte in Bochum, nicht in Essen  
• *Curare* 35(2012)1+2: 39 unten, Todesdatum von WOLFGANG SCHOENE korrigiert 18.10.2006 • *Curare*  
35(2012)1+2: 95, Todesdatum von GUNTER HOFER korrigiert 15.02.1990 wie im dort folgenden Text.

### Die Autoren dieses Heftes

NEVIN ALTINTOP, M.A., Pflegewissenschaftlerin (Wien), S. 276 – Diplarb2009@gmx.at • ASSIA MARIA  
HARWAZINSKI, Dr. phil., Islam- und Religionswissenschaftlerin (Tübingen), S. 284, 285 – ajidomo@web.de  
• WOLFGANG G. JILEK\*, Prof. Dr. med., Psychiater (South Delta, B. C., Canada), S. 265 – jilek01@telus.net  
• ECKHARDT KOCH\*, Dr. med, Psychiater (Marburg), S. 288 – eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de •  
LILIANE KOCH, Studentin der Dramaturgie, siehe E. Koch, S. 288 • WOLFGANG KRAHL\*, Dr. med, Psychiater  
und Psychologe (München), S. 324 – drwkrahl@yahoo.de • FRANK KRESSING\*, Dr. hum. biol., Ethnologe,  
Univ. Ulm), S. 280 – frank.kressing@uni-ulm.de • YVONNE SCHAFFLER\*, Dr. phil, Ethnologin, (Med.  
Univ. Wien), S. 251 – yvonne.schaffler@meduniwien.ac.at • MARKUS O. SCHREIER\*, Dr. med., Augenarzt  
(CH-4562 Biberist), S. 247 – m.schreier@bluewin.ch • EKKEHARD SCHRÖDER\*, Psychiater, Medizinethnolo-  
ge (Redaktion *Curare*, Potsdam), S. 243, 246, 320 – ee.schroeder@t-online.de • KERSTIN VAZIRI, Diplom-  
Verwaltungswirtin (Geschäftsstelle der Ges. f. Geburtsvorbereitung, Bundesverband e. V., Berlin), S. 277  
– gfg@gfg-bv.de • MARKUS WIENCKE\*, Dr. phil., Psychologe und Ethnologe (Berlin), S. 289 – markuswien-  
cke@yahoo.com • Die zahlreichen Autoren der Reprint-Teile (Dokumentationen) sind nicht aufgeführt.

\* Mitglieder der AGEM

## **Nimbine - Heilender Hauch aus magischer Macht\***

### **Protokoll und Tonbandmitschnitte aus einem vertiefenden Informationsgespräch zu Joachim Sterlys Beitrag mit Film „Krankenbehandlung in einer Dorfgemeinschaft im Hochland von Neuguinea“.**

Nach einigen informierenden ethnographischen Daten erläuterte Herr Sterly am Beispiel einer 1971 gefilmten exorzistischen Behandlung eines Grippepatienten aus der Linie der Gandiglnem des Kuglkane Klans am oberen Chimbu die Prinzipien des Heilungswesens einer Dorfgemeinschaft im Hochland von Neuguinea. In einem kürzeren Anhang an diesen Hauptteil des Filmdokumentes<sup>1</sup> demonstrieren die Gandiglnem das Schießen mit Pfeil und Bogen und die ehemals gebräuchliche Behandlung von Pfeilwunden mittels Operation und Blätterverband. Im Protokoll sind nur die nötigsten Daten festgehalten. Erläuterungen und Beispiele finden sich in der Diskussion. Frau Gretel Schiefenhövel aus Esslingen stellte dankenswerterweise als Vorlage das Rohmanuskript her. Die Bearbeitung erfolgte durch Ekkehard Schröder.

#### **I Ethnographika**

Die dicht siedelnde Chimbu-Bevölkerung im Zentralen Hochland von Neuguinea bildet die zweitgrößte Sprachgruppe der Insel mit ungefähr 77 000 Sprechern. Die Sprache wird von etlichen benachbarten Stämmen verstanden. Die patrilinearen, patrilokalen und exogamen Chimbu gliedern sich in Lokalklans auf, die 2 000 bis 3 000 Personen umfassen. Die Klans zerfallen in Subklans mit jeweils mehreren hundert untereinander verwandten Personen, welche in losen Streusiedlungen auf einem Höhenrücken wohnen. Bei Siedlungen mit zentraler Bedeutung befindet sich immer ein Teich. Im Subklan ist die soziale Zusammengehörigkeit sehr eng, Männer und Frauen wohnen in getrennten Häusern. Heute sind die Chimbu größtenteils missioniert. Im früher häufigen Falle kriegerischer

Auseinandersetzung halfen sich die Subklans untereinander. Die medizinische Versorgung, der der Film gewidmet ist, ist im Rahmen der traditionellen Klanzugehörigkeit gewährleistet. Heute stehen den Chimbu auch den Traditionen baulich angepasste katholische Missionshospitäler sowie ein Regierungskrankenhaus zur Verfügung.

#### **II Traditionelle Behandlung**

Die Subklans hatten jeweils eigene „Feldschere“, die sich auf Wundbehandlung verstanden; sie konnten auch wahrsagen, aber nicht hellsehen. Weiter gibt es den „Geistmediziner“, der für das Umgehen mit Verhexung zuständig ist und exorzistische Techniken beherrscht. Er kennt häufig Heilkräuter, doch gibt es Leute, die darüber mehr wissen. Diese Heiler erkunden, ob eine Krankheit durch ein Geisterwesen oder eine Hexe verursacht wurde. Schadenszauber kann durch Männer und Frauen begangen werden. Oft wird der Mutterbruder angeschuldigt, den Neffen schädigen zu wollen.

Bei der Erkundung steckt der Mediziner einen zugespitzten Kasuarflügelknochen in eine Ingwerknolle. Der gespürte Widerstand und die beim Herausziehen aufzubringende Kraft gibt Auskunft über das betreffende Agens. Beim Vorgang wird die Ingwerknolle angehaucht. Dabei wird *magische Kraft*, bzw. *Macht* auf die Knolle übertragen. Sie heißt in der Chimbusprache „Nimbine“ und gehört zu der polynesischen Manavorstellung. Der Mediziner verfügt über „Nimbine“. Atem, Wort und Berührung sind Überträgermodi für „Nimbine“.

\* Die ambitionierte Redaktion zur Diskussion und der Druck erfolgten im Spätjahr 1976. Herr Joachim Sterly konnte wegen eines Feldaufenthaltes in Neu Guinea für ein Gegenlesen erst erreicht werden, als das Buch gedruckt war<sup>2</sup>. Als Referent hatte er unerwartet viel an dem Protokoll auszusetzen und bestand auf einer weitgehenden Korrektur und umfangreichen Kommentierung. Insbesondere störte ihn, dass in der Überschrift das Wort *magische Kraft* anstatt *magischer Macht* benutzt worden sei. Mit dieser dokumentarischen Wiedergabe der damals aus dem Buch herausgetrennten Seiten unseres Protokolls wurde diesem Einwand Rechnung getragen. Das Südasieninstitut als Herausgeber der Reihe ließ die beanstandeten Seiten 37–42 für die weitere Verbreitung aus dem fertigen Band herausrennen, nachdem die zirka 30 Autoren und Mitarbeiter bereits den kompletten Tagungsband als Belegexemplar erhalten hatten.

*Folgender Zettel wurde in die Lücke gelegt: Der Herausgeber des Tagungsbandes zieht den von Herrn Schröder zusammengestellten Beitrag „Nimbine – heilender Hauch aus magischer Kraft“ (S. 37–42) zur Diskussion über Faktoren des Gesundwerdens an Hand eines Referates von Herrn Sterly über eine Krankenbehandlung im Hochland von Neuguinea zurück, da die von Herrn Sterly für notwendig erachteten Korrekturen dem Herausgeber zu umfangreich erschienen.*

So behaucht der Medizinmann seine Hände, wenn er mit ihnen direkt oder mittels einer Brennnessel z. B. den Heilvorgang manipuliert.

Die im Film gezeigte exorzistische Grippebehandlung mit Orakel findet unter Anwesenheit der Angehörigen am Feuer statt, das zum Komfort des Patienten entfacht wird. Der Medizinmann holt sich Blätter einer Euphorbie, um mit ihnen eine Rauchbehandlung durchzuführen. Die Gelenke und die schmerzenden Körperteile des Patienten werden mit Blüten bestrichen, wobei unter Rauchen ein Zauberspruch gesprochen wird. Das Bedrohliche der Krankheit wird in die Blätter einer Cordyline geknotet, dem Kranken weggenommen und vom Medizinmann am Rande des Dorfplatzes verscharrt. Der Patient erhält Wasser und viel verbalen Zuspruch durch die Gruppe. „Nimbine“ wird mit den Pflanzenblüten übertragen und beim Tabakrauchen ausgeblasen.

### III Gesprächsmitschnitte

**Rudolf SCHENDA:** Was bedeutet in dieser Ethnie Gesundsein? Wie reagiert die Gruppe auf einen Kranken, auf das Ausfallen eines Mitgliedes, wie die Frau auf die Krankheit ihres Mannes und umgekehrt? Werden bei Dauerkrankheiten Sanktionen ergriffen? Können Sie die Dynamik in der Gruppe charakterisieren?

**Jochim STERLY:** Ich habe hunderte Krankheitsfälle, oder besser Krankheitssituationen aufgenommen, die natürlich nicht durchweg Krankheiten in unserem Sinne darstellen<sup>3</sup>. Das Verhalten der Gruppe gegenüber den eigenen Kranken ist sehr unterschiedlich. „Früher“ wurde dem Kranken unbedingte Hilfe zuteil. Die Behandlung geschieht immer unter Anwesenheit und Mithilfe der Subklan-Angehörigen, wodurch der Kranke ein heilungsförderndes Geborgenheitsgefühl erlebt. Im Sinne des Tagungsthemas wäre aber die Bezeichnung Faktor für diesen Sachverhalt denkbar schlecht. Wichtig ist, dass im Gegensatz zu unsren habituellen therapeutischen Gruppenbildungsprozessen der Medizinmann im Allgemeinen zur engsten Verwandtschaftsgruppe des Patienten gehört, zum „eigenen Blut“. Durch Hexerei wird die Nähe, die Geborgenheit aufgehoben und muss wieder hergestellt werden.

Im Fürsorgeaufwand werden allerdings Unterschiede zwischen Säuglingen, Alten und aktiven

Erwachsenen und Kindern gemacht. „Früher“ sagte ich deswegen, weil sich durch den seit 1955 durch die Australier aufgebauten Gesundheitsdienst einiges verschoben hat. Alte und Säuglinge wurden weniger fürsorglich behandelt. Die Säuglinge werden als noch nicht völlig präsent angesehen. Ein verstorbener Säugling wird von der Mutter beklagt, leise, ein Tränengruß. Das Totenbeklagen der Nachbarn drückt überhaupt das Beileid aus, da die Chimbu sehr mitfühlend sind. Aber Bedeutung haben diese kleinen Säuglinge noch nicht; sie werden auch kaum in die Spitäler eingewiesen.

Bei den alten Leuten geht man davon aus, dass sie stärker verbraucht sind. Ihr sehr häufiges Asthma z. B. führt man auf die durch zu viel Süßkartoffelgenuss ausgetrockneten Atemwege zurück. Süßkartoffeln gelten als trocken und der damit verknüpfte Vorgang der ausgetrockneten Kehle wird als „naturegegeben“ erklärt. Bei Erwachsenen und Kindern ab ungefähr drei Jahren setzt die Gruppe dagegen alle Mittel zur Erhaltung der Gesundheit ein, es wird ein Medizinmann aus der eigenen Gruppe bestellt oder der einer anderen bezahlt. Opfer dafür bringt die Gruppe jederzeit auf. Wir können die große Fürsorge für die eigenen Familienangehörigen festhalten, aber sie hört gegenüber anderen Gruppen schlagartig auf. Dies gilt nicht für Krankheiten, die für besonders gefährlich gehalten werden. Zwei Beispiele zum Verständnis: Lepra und Ruhr.

**Lepra:** Sie wird versuchsweise durch Exorzismus behandelt. Ätiologisch wird sie durch den Mutterbruder verursacht oder durch Ansteckung erklärt. Ansteckung gibt es nur unter Gruppenmitgliedern, sie ist also ein sozialer Vorgang. Wenn ein Mann an Lepra gestorben ist, wird er rituell getötet und in „ein anderes Haus gebracht“, was faktisch bedeutet, dass er in den Chimbu gekippt wird. Die Feiung vor Ansteckung geht weiter, indem die Felder dieses Mannes mit denen einer anderen Gruppe ausgetauscht werden.

**Amöbenruhr:** Im Gefolge des Zweiten Weltkrieges wurde von Japan die Amöbenruhr eingeschleppt und löste ein verheerendes Massensterben aus. Diese Krankheit wurde natürlich nicht auf Ansteckung zurückgeführt. Da man sie nicht bekämpfen konnte, wurden allgemein Hekatomben von Schweineopfern erbracht. Man führte die Krankheit auf den Zorn erregter Totengeister oder auf die Weißen selbst zurück.

Wenn Krankheiten unheimlich werden, tötet man auch unter Zustimmung der engsten Gruppenmitglieder einen Kranken. Da sie untereinander sehr anhänglich sind, werden solche Lösungen nach langen Diskussionen nur dann von den Angehörigen beschlossen, wenn die Bedrohung für die Gruppe zu groß ist. So wurden früher Kranke an der *Framboesia tropica* im dritten Stadium umgebracht. Es konnten sich die allernächsten Gruppenmitglieder bei solch einem Beschluss nicht wehren, da sie die Gruppe ja nicht bedrohen wollen. Diese Krankheit ist seit ihrer Bekämpfung vor 15 Jahren in dieser Form erloschen.

**SCHEMA:** Ab wann und durch welche Manifestationen wird eine Person als krank bezeichnet? Gibt es Geisteserkrankungen? Wenn ja, gibt es Interpretationskonzepte dafür, wohl eingedenk der auftauchenden Probleme, wenn wir eine Grenze zwischen dem Normalen und dem Pathologischen ziehen wollen? Von welchem Moment an wird einer Person Krankheit testiert und wann setzt die Versorgung ein? Gibt es eigene Definitionen, durch die eine Aussage zur Morbidität der Gruppe gemacht werden könnten? Bezüglich der Mortalität möchte ich die Frage so formulieren: Kann man sagen, dass das geschilderte Medikalsystem in der Form funktioniert, dass die Leute in der Regel dadurch bis zu einem Alter von z. B. 60 Jahren gesund erhalten werden?

**STERLY:** Die Unterscheidung von krank und gesund kann nicht auf das Abweichen von Verhaltensnormen aufgebaut werden, wozu die Medizinsoziologie heute zum Teil geneigt ist. Von Fall zu Fall wird minutiös beschrieben, dass z. B. „ein Hals länger wird“ oder „ein Hintern so schwer wird, dass er ins Wasser sinkt“. Die Chimbu kennen auch einzelne Krankheitsbezeichnungen, aber sie nennen nicht eigentlich Symptome, sondern komplexere Vorgänge, zu denen freilich auch gewisse Verhalten gehören.

Eine interne Vorinformation in der Gruppe ist bei jeder Beschreibung einer Erkrankung bereits vorausgesetzt. Zu jeder näheren Krankheitsbezeichnung wird ein Verb benutzt und meist eine Person genannt. Man schildert ein Abweichen vom gewohnten Umgang mit seinen Mitmenschen. Eine zugefügte Geschichte präzisiert erst den Fall. Von einem Taubstummen wurde z. B. gesagt, seine Mutter sei an einen Geisterplatz gegangen als sie schwanger war. Die Ahnen zürnen ihr und haben ihr Kind taubstumm werden lassen. Für das gleiche Symptom kann bei einer anderen Person die Erklärung gelten, dass sie von einem Speitäubling ge-

gessen habe. Dahinter steckt die reale Erfahrung, dass nach Genuss dieses Pilzes tatsächlich vorübergehende Taubheit auftreten kann. Die Erklärungen sind immer historisch, lebensgeschichtlich und auf die jeweiligen Stammestraktionen bezogen und bezeichnen nicht bloße abweichende Verhalten.

**Hans SCHADEWALDT:** Bei unseren Arztbesuchen versuchen wir unsere Beschwerden zu objektivieren. Trotzdem, meine ich, bestehen überall vorformulierte Krankheitsmuster, in die eine Krankheit passen muss. Wir brauchen nur an die vielen Suggestivfragen und -gesten auch bei uns zu denken. Es ist schwer zu unterscheiden: Sind das nun eigenständige Krankheitsbilder? Sind solche Krankheitsabläufe im Gegensatz zu unseren definierten Krankheiten sehr lang vorgeprägte Verhaltensmuster, so dass sich ein Kranker nur in einem Schema als Leidender bewegen kann?

**STERLY:** Wenn ein Arzt nicht sehr lange in einem solchen Territorium gelebt hat, ist es ausgeschlossen, Diagnosen zu stellen. Zu Geisteskrankheiten möchte ich ein Beispiel schildern. Eine Frau schmückt sich zu unüblichen Zeiten für ein Tanzfest, so dass die Leute sie auslachen. Schließlich wurde sie in einem entfernten Hospital behandelt. Auf dem Nachhauseweg zu ihrer Gruppe, von der sie durch die Behandlung getrennt wurde, ereignete sich, wie ich aus dem Literaturstudium sagen kann, etwas Typisches. Die Patientin brach nach der Behandlung völlig in sich zusammen und stürzte sich auf dem Wege vom unteren zum oberen Chimbu von einer Brücke. Die laut klagenden Angehörigen gaben hierauf zur Antwort, dass diese Frau geistig gestört war.

**Peter Michael LADIGES:** Sie haben selbst zur Frage von „Kranksein“ das Beispiel eines Lepranken beschrieben, der einen gebrochenen Fuß hatte, welcher ihm völlig schief angewachsen war. Das Bemerkenswerte ist nun, dass der Mann sich selbst keineswegs als krank betrachtete, ebenso wenig tat es die Gruppe. Er war eben der Mann, der auf einem Stumpf geht. Wir würden ihn als ausgesprochen krank beschreiben.

**STERLY:** Ja. Die Lepra wird im ersten Stadium nicht für gefährlich und ansteckend gehalten. Aber die Chimbu kennen Lepra ganz genau und beginnen den Prozess, wenn er fortschreitet, zu beschreiben. Dann nämlich entsteht für sie die bedrohliche ansteckende Krankheit. Wenn überhaupt so etwas wie eine Krankheitslehre eruiert werden kann, so muss sie mit Angst in Zusammenhang gebracht

werden. Deren Ausmaß kann als Maßstab für das Verhalten dem Kranken gegenüber angelegt werden. Wenn sie Angst haben, dass eine Krankheit sie alle ergreift und die Gruppe bedroht, dann leiden sie.

**Dieter FRIESSEM:** Ich möchte versuchen, die Diskussion etwas stärker zu formalisieren: Das, was Sie vorhin erzählt haben, kann man so hinnehmen und sagen, es sei etwas völlig anderes, ein für uns nicht nachvollziehbares Krankheitsverständnis. Man kann auch hergehen und vielleicht amüsiert gewisse Parallelen feststellen.

In der Medizinsoziologie ist eine dritte Möglichkeit beschritten worden. So hat Parsons den Versuch einer allgemeinen sprachlichen Formalisierung unternommen, die so gehalten ist, dass es sowohl gelingt, die Erscheinungsweisen, die Sie beschrieben haben, als auch das, was sich bei uns im medizinischen Bereich abspielt, darunter zu subsumieren. Ich möchte zuerst mit einigen formalisierten Vokabeln arbeiten und dann eine Reihe von Fragen an Sie stellen. Offenbar ist es so, dass eine Reihe von gestörten, körperlichen Funktionen, Beschwerden, Gemüthsstörungen, Missgefühlen und so weiter von der dortigen Bevölkerung unter einen Bereich subsumiert wird, für den wir den Arbeitsbegriff „Krankheit“ einführen. *Frage:* Gibt es Abweichungen auf somatischem und psychischem Gebiet, die vielleicht nach unserer Auffassung, der der europäisch-amerikanischen Schulmedizin, als krank bezeichnet werden können, dort aber nicht werden?

Ein Arzt verfügt bei uns über zwei Quellen: Selbstaussagen des Patienten und über seine eigenen diagnostischen Feststellungen. Als therapeutisches Erbe steht dem Arzt wie dem dortigen Medizinmann ein bestimmtes Repertoire an Handlungen zur Verfügung. *Frage:* Wann wendet der dortige Doktor was an? Gibt es Zuordnungskriterien zwischen dem Patientenangebot und seiner Feststellung? Besteht eine Kluft zwischen dem komplizierten biographischen und auf sozialen Beziehungen aufgebauten Erklärungsmodell des Patienten und einer vom Arzt unternommenen Praktik, die im Gegensatz zum dargebotenen Kausalitätsnetz steht? Oder geht der Medizinmann im Sinne einer möglichen Psychotherapie letztlich auf solche Konstrukte ein, um z.B. Selbstheilungstendenzen zu fördern, oder inwieweit wendet er immer wiederkehrende Praktiken an?

**STERLY:** Die eine Möglichkeit schließt die andere nicht aus. Festhalten müssen wir, dass die gesamte

Diagnostik anders als bei uns von der Therapie her angegangen wird. *Während man behandelt, stellt man fest.* Die von Ihnen vorgeschlagene mögliche Diskrepanz zwischen Diagnoseangebot des Patienten und fachmännischer Diagnostik lässt sich dort nicht finden. Sollte es eintreffen, dass die zur Gruppe gehörenden Medizinmänner und Wahrsager mit ihren Praktiken keinen Erfolg haben, dann versucht man nicht etwas völlig Neues oder Unvertrautes, sondern man greift auf die Medizinmänner einer befreundeten Nachbargruppe zurück und so weiter.

Woher soll Neues kommen?

Das Neue, das völlig Fremde ist dann das Numinose, wenn ich diese Gleichsetzung machen darf, und es kommt aus Bereichen, die im eigentlichen Sinne nicht instrumental sind. Mit ihnen kann ein Medizinmann durch seinen Besitz an magischer Potenz vermitteln, welche zum Numinosen gehört. Der Medizinmann verfügt über *nimbine*. „Nimbine“ gehört zum Numinosen und ist entsprechend auch nicht instrumental zu begreifen. Eine weise Frau z.B., die kraft ihrer „Nimbine“ erfolgreich heilt oder abtreibt, ist glaubwürdig und wird von allen Männern respektiert. Sie hat „Nimbine“ eventuell von ihrer Mutter bekommen. Da man Nimbine nicht verheimlichen kann, kann sie auch nur Wahres sagen.

### Anmerkungen

1. Privates Filmdokument in Super 8, Länge 8 min, aufgenommen im August 1971, Sterly.
2. SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs Ethnomedizin in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974. (Beiträge zur Südasienforschung, Südasieninstitut, Universität Heidelberg, Band 30). Wiesbaden: Steiner: 37–42 (herausgetrennt und für den Vertrieb zurückgezogen).
3. Vgl. JOACHIM STERLY 1973. *Krankheiten und Krankenbehandlung bei den Chimbu im zentralen Hochland von Neuguinea – Diseases and Treatment of the Sick among the Chimbu in the Central Highlands of New Guinea*. (BEEE, Beiträge zur Ethnomedizin, Ethnobotanik und Ethnozoologie, Band II). München, 289 S., 20 Abb., [damals Verlag Klaus Renner in München, Herausgeber Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin].

*Die hier diskutierenden Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin waren: Dieter H. Friessem (\*1937), forensischer Psychiater, Stuttgart und Asperg • Peter Michael Ladiges (1933–2004), Hörspielautor und Regisseur, Frankfurt • Hans Schadewaldt (1923–2009), Medizingeschichtler, Düsseldorf • Rudolf Schenda (1930–2000), Volkskundler, Göttingen und Zürich • Joachim Sterly (1926–2001), Ethnologe, Köln und Hamburg.*