

## Editorial: Grenzgänge in Ethnologie und Medizin – Irritation als Produktivkraft

Ein Teil der hier versammelten Beiträge geht zurück auf die 16. Fachtagung Ethnomedizin im Jahre 2003 im Völkerkundemuseum Heidelberg mit dem Thema „30 Jahre Fachtagungen der AGEM – eine Aktualisierung der Diskussion“. Es schließen sich erste Beiträge basierend auf der 17. Fachkonferenz im Deutschen Hygiene Museum im Jahre 2004 in Dresden an. Thema jener Tagung war „Ausgewählte Aspekte zum ‚Medizin‘-Transfer im Zuge der Globalisierung“. Den Eröffnungsvortrag in Heidelberg hielt LISELOTTE KUNTNER. Die überarbeitete Fassung ihres Vortrags bildet den Abschluss der Tagungsbeiträge im vorliegenden Heft; sie ist auch Autorin des Titelbilds mit einer Schmiedefrau, Töpferin, Heilerin und Hebamme bei den Mafa in Nordkamerun.

Den weiteren Heidelberger Beiträgen ist gemeinsam, dass sich die Autorinnen und Autoren auseinandersetzen mit je verschiedenen Irritationen, die ihnen im Verlauf ihrer Forschung begegneten. Dimensionen dieser Irritation betreffen entweder den geltenden wissenschaftlichen medizinischen Kanon oder Verunsicherungen innerhalb der Community, welche man teilnehmend beobachtet, oder aber eigene Rollen-Irritationen als Forscherin und Forscher in unvertrauter Umgebung. Manche Autoren beziehen sich, entsprechend eines Teils des Call for Papers, explizit auf die von GEORGES DEVEREUX inspirierte ethnopschoanalytische Methode, indem sie nicht nur auf den manifesten Inhalt der Aussagen des Informanten achten, sondern auch auf den Widerhall, den sie im eigenen Unbewussten auslösen. Teil der Methode ist, angstausslösende Forschungssituationen systematisch zu reflektieren, denn der „Wissenschaftler, der sich mit dieser Art von Material beschäftigt, sucht sich im allgemeinen gegen die Angst zu schützen, indem er bestimmte Teile seines Materials unterdrückt, entschärft, nicht auswertet, falsch versteht, zweideutig beschreibt, übermäßig auswertet oder neu arrangiert“ (DEVEREUX 1976:67). Die Qualität der Forschung hängt davon ab, ob es gelingt, Irritationen gut zu analysieren oder produktiv einzusetzen. Und zwar aus diesem

Grund: „Wenn man sich weigert, diese Schwierigkeiten schöpferisch auszuwerten, so kann man es nur zu einer Sammlung von immer bedeutungsloseren, zunehmend segmentären, peripheren und sogar trivialen Daten bringen, die das, was an Organismus lebendig oder am Menschen menschlich ist, fast gänzlich unbeleuchtet lassen“ (DEVEREUX 1976: 19). Reflexion der eigenen Rolle als Forscherin/Forscher ist DEVEREUX zufolge zudem zweckmäßig, weil „Ängste, die durch verhaltenswissenschaftliches Material erregt werden, (...) für die Wissenschaftler deshalb relevant (sind), weil sie Abwehrreaktionen mobilisieren, deren Ausprägung und Hierarchie durch die Persönlichkeitsstruktur des Wissenschaftlers bestimmt werden, und diese letztlich die Art bestimmt, in der er sein Material verzerrt“ (1976:69). Abwehrreaktionen des Verhaltensforschers sind, so betont DEVEREUX an gleicher Stelle, die Ursache für Verzerrungen bei der Darstellung und wissenschaftlichen Verwendung seines Materials und sind deshalb genau zu untersuchen. Er weist außer auf den Einfluss der Persönlichkeitsstruktur u.a. auch auf die gesellschaftliche Stellung des Wissenschaftlers als mögliche Ursache eines blinden Flecks hin. Sind doch, ließe sich ergänzen, Position und Abhängigkeit im Wissenschaftsbetrieb, oder anders ausgedrückt seine institutionelle Befangenheit, gleichermaßen Verzerrungsfaktoren.

THOMAS LUX nun beschäftigt sich in seinem Beitrag *Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology* nicht vordergründig mit solchen Verzerrungsfaktoren. Irritiert über den Anspruch der biologischen Hochschul-Medizin, Wirklichkeit zu produzieren, konzentriert er sich auf Fachbereiche, welche sich für kulturelle Dimensionen der Medizin interessieren. Er zeigt thesenartig Gemeinsamkeiten, Grenzen und Hintergründe der unterschiedlichen Erkenntnisinteressen auf und betont das kritische Potential der ethnomedizinischen und medizinethnologischen Herangehensweise, denn die Medizin hat, so seine These, eine ganz bestimmte Sichtweise, die immer wieder reproduziert wird.

BETTINA SCHMIDT weist im darauf folgenden Beitrag *Vodou-Medizin in New York City. Zur Relevanz religiöser Heilung in der Migration* darauf hin, dass Religion ein Weg sein kann, mit migrationsbedingten Belastungen und Konflikten umzugehen und sich zurechtzufinden. Manche Eltern von Jugendlichen sind irritiert über den re-ethnisierenden Weg ihrer Kinder. Die Autorin analysiert die im allgemeinen negative Wertung von Re-Ethnisierung, wird neugierig, hinterfragt und unterstreicht, dass Re-Ethnisierung Jugendlichen als Form der Verarbeitung der Migration einen entscheidenden Halt verleihen kann. Im Artikel *Teilnehmende Beobachtung in religiösen Kontexten – Erfahrung und Reflexion als Methode?* rückt ANNEMARIE GRONOVER teilnehmende Beobachtung als Grenzerfahrung ins Zentrum des Interesses. Nähe und Distanz bei religiösen Körperpraktiken in Palermo werden hautnah vermittelt. Die Autorin sucht nicht eine sogenannte Wahrheit, sondern zeigt Widersprüche und Zweifel auf, die sie als Forscherin erfährt. Die „klassische“ Irritation, dass man immer wieder bei Felderfahrungen Einzelheiten nicht versteht und sie hinterfragen muss, werden in GRONOVERS Beitrag methodisch nachvollziehbar. Nicht nur teilnehmend beobachtend, sondern als medizinischer Akteur zusätzlich behandelnd beobachtend, nimmt MICHAEL KNIPPER während seiner Feldforschung in Ecuador verschiedene Rollen ein. Im Beitrag *Behandeln und Beobachten – methodische Konsequenzen aus der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt* zeigt der Autor auf, wie produktive Erkenntnisgewinnung an die Stelle eines Rollenkonflikts tritt. Wie ist es nun aber, wenn die ethnologische Perspektive nicht in einer sogenannten fremden Kultur, sondern in der „eigenen“ Gesellschaft angewendet wird? Sind die objektiven Außenposition gegenüber sozialen Situationen und die intersubjektive Teilnahme an ihnen, wie GRONOVER am vorhin besprochenen eth-

nografischen Beispiel zeigt, auch Aspekte des methodischen Zugangs einer Medizinethnologie „at home“? Diese Frage kann so beantwortet werden, dass Arbeit mit Irritationen generell dazu beitragen kann, intersubjektive Prozesse zu klären. Im Beitrag *Schmerzpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund aus der Perspektive von medizinischen und paramedizinischen Fachkräften* wirft MARTINE VERWEY einen Blick auf Irritationen im hiesigen medizinischen Kontext gegenüber fremdsprachigen Schmerzpatienten und weist zugleich hin auf Anstrengungen zum Verständnis des Unverstandenen. ANITA ZAHLTEN-HINGURANAGE, LUDGER BERND und DESIDERIUS SABO schließen mit ihrem Beitrag *Die persönliche und soziale Konstruktion des Körpers – Medizinethnologie im klinischen Alltag einer deutschen orthopädischen Onkologieklinik* den Heidelberger Teil ab. Sie hinterfragen das chirurgische Erklärungsmodell, wonach „gesund“ automatisch mit „unversehrt“ gleichgesetzt wird, oder wonach Patienten „mit Bein“ eine bessere Lebensqualität hätten als Patienten „ohne Bein“. Erhalt der Unversehrtheit als selbstverständliches Ziel der Chirurgen wird im Artikel konfrontiert mit dem subjektiv empfundenen Lebensgefühl der Patienten. Diese nehmen ihren Körper langfristig nicht mehr als „versehrt“ oder „unversehrt“ wahr, sondern zentral ist, wie sie mit der Behinderung im Alltag zurecht kommen.

MARTINE VERWEY

## Literatur

- DEVEREUX Georges. 1976 [1967 englischsprachige Erstausgabe]. *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt/M: Ullstein (Neuaufgabe der deutschsprachigen Erstausgabe bei Hanser, München 1973).