

Zur Relevanz indigener Konzepte von Krankheit und Ansteckung für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention im soziokulturellen Kontext am Beispiel von Mosambik*

SOPHIE KOTANYI

Zusammenfassung Ausgehend von der Notwendigkeit einer komplementären Integration nach Georges DEVEREUXS Definition werden indigene Konzepte in der HIV/Aids-Prävention aufgezeigt. Wenn man berücksichtigt, dass traditionelle Heilung oft anders gelegene Ziele als die Biomedizin verfolgt, wird deutlich, wie beide Ansätze sich ergänzen können, wenn mit gegenseitigem Respekt kooperiert wird, – Fragen oder Praktiken, die aber in der HIV/Aids-Prävention noch nicht systematisch angewendet werden. Die Relevanz der indigenen Vorstellungen von Krankheit und Ansteckung wird für eine wirksamere HIV-Aids-Prävention in Mosambik analysiert. Ausgehend von den Grundprinzipien der traditionellen Heilung werden die meisten der dort angewendeten Ätiologien untersucht: Ahnen (Familien-Geister), Fremd-Geister, Witchcraft und Krankheiten, „die von Gott kommen“. Dabei wird gefragt, ob Teile dieser indigenen Konzepte der Vorbeugung in die HIV/Aids-Präventionspraxis einbezogen werden können. Die von Mary DOUGLAS unter *Pollution* zusammengefassten Verunreinigungs-konzepte bei sozialer Ansteckung werden dafür in ihrem spezifischen Bezug zur HIV-Aids-Prävention an Hand von Beispielen aus Mosambik genauer untersucht. Solche indigenen Konzepte wie Tabubrüche, *Pollution* u.a. werden bei der Bestimmung den „eigentlichen“, sprich sozialen und spirituellen Krankheitsursachen für HIV/Aids oft gleichgesetzt. Da die Ahnen-Ätiologie, genauso wie *Witchcraft*, gesellschaftlich eine verhaltensregulierende Funktion einnimmt, müssen diese Ätiologien für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention in Mosambik in ihrer Funktionsweise analysiert und verstanden werden, um überprüfen zu können, welche indigenen Wertvorstellungen noch soviel Bedeutung haben, dass sie sozial verantwortliches Verhalten mobilisieren könnten, um eine wirksamere HIV/Aids-Prävention zu erreichen.

Relevance of Indigenous Concepts of Disease and Contamination in the Socio-cultural Context for an Effective HIV/AIDS Prevention in Mozambique

Abstract Based on the need for a complementary integration as defined by G. DEVEREUX the article discusses indigenous concepts in the HIV/AIDS prevention. Stressing the different aims of indigenous healing in comparison to biomedicine the author shows how both concepts could complement themselves if they would respect each other – all questions or practices that are not yet applied systematically in the HIV/AIDS prevention. The relevance of the indigenous concepts of diseases and contamination is analysed in the perspective of HIV/AIDS prevention in Mozambique. Starting with the basic principles of ingenious traditional healing in Sub-Sahara Africa, the most used aetiologies are reviewed: ancestors (family spirits), foreign spirits, witchcraft, diseases “that comes from God”. The question remains if parts of these indigenous concepts could be used in preventive work to make the HIV/AIDS prevention more effective. In order to do so the author looks at Mary DOUGLAS’ model of *pollution* which summarizes concepts about social contamination and puts them often in relation to HIV/AIDS contamination perceptions in Mozambique. Indigenous concepts such as taboo break, pollution are considered as a punishment from the ancestors and are regarded as indigenous by their identification of the “real”, hence the social/spiritual causes and identified with HIV/AIDS. Because the ancestor aetiology, as well as the witchcraft aetiology, provide a social function of behaviour regulation, one should analyse and understand the function of these aetiologies for an effective HIV/AIDS prevention in Mozambique in order to verify, which indigenous values are still effective and capable to mobilise a behaviour of social responsibility which makes the HIV/AIDS prevention more effective.

Keywords (Schlagwörter) HIV/AIDS prevention and sociocultural context – indigenous disease and contamination concepts (indigene Krankheits- und Ansteckungskonzepte) – social effects of HIV/AIDS prevention (soziale Wirksamkeit der HIV/Aids-Prävention) – ancestor and witchcraft aetiologies (Ahnen- und Hexerei-Ätiologien) – international cooperation and HIV/AIDS Prevention programs (EZ u. HIV/Aids-Prävention) – G. Devereux’ concept of complementarity (Komplementarität nach G. Devereux) – Sub-Saharan Africa – Mozambique (Mosambik)

* Überarbeiteter Vortrag der 18. Fachtagung Ethnomedizin der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin mit dem Thema „Bedrohte Lebenswelten – eine Herausforderung aus medizinanthropologischer Sicht“ in Kassel vom 21.-23.Oktober 2005.

Einleitung

Die HIV/Aids-Prävention konnte bisher nur schwache Erfolge vorweisen, wobei dafür unterschiedliche Erklärungen bei den Untersuchern indigener Vorstellungen von HIV/Aids diskutiert werden (vgl. BENN 2002:18, WOLF 2001, GAUSSET & MORGENSEN 1996, BENOIST & DESCLAUX 1996). Alle bisherigen Untersuchungen verdeutlichen, dass eine wirksame HIV/Aids-Prävention keine biomedizinische, sondern vor allem eine soziokulturelle Angelegenheit ist, die es mit sozialen und ethischen Verhaltensweisen zu tun hat. Biomedizin wird hierbei als Begriff für eine Medizin verwendet, die sich auf biologische Kenntnisse stützt und naturwissenschaftliche Methoden anwendet. Dennoch geht die bisher in Mosambik und im subsaharischen Afrika praktizierte HIV/Aids-Prävention mit ungebrochener Selbstverständlichkeit davon aus, dass die vorherrschende westliche Vorstellung der Priorität biologischer Ansteckungsgefahren auch von den Menschen in Afrika geteilt wird. Somit werden die im subsaharischen Afrika weit verbreiteten Vorstellungen von sozialen Ansteckungsgefahren (vgl. DOUGLAS 1966) bei der Prävention kaum berücksichtigt, obwohl Anthropologen immer wieder darauf hingewiesen haben (u.a. GREEN 1999, WOLF 2001).

C.O. AIRHIHENBUWA & J. DE WITT WEBSTER (2004) fordern, durch soziologische Untersuchungen innerhalb der afrikanischen Kulturen positive Elemente für die HIV/Aids-Prävention zu identifizieren statt immer nur auf die möglichen Hinderungsfaktoren durch die jeweiligen Kulturen hinzuweisen. Insofern werde ich, ausgehend von den bisherigen Untersuchungen indigener Krankheits- und Ansteckungstheorien (vgl. GREEN 1999, CAPRARA 2000, BONNET & JAFFÉ 2003) überprüfen, inwiefern indigene Konzepte beim Umsetzen bzw. Nicht-Umsetzen der Präventionsratschläge für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention eine positive oder negative Rolle spielen oder spielen könnten.

Dafür möchte ich nach einem Verweis auf die Bedeutung und die Grundprinzipien der traditionellen Heilung und ihrer Akteure im subsaharischen Afrika die wesentlichen Kategorien und Merkmale traditioneller Ätiologien in diesem Gesundheitssystem betrachten: Ahnen, Geister, *Witchcraft*/Hexerei (vgl. EVANS-PRITCHARD 1937) und Krankheiten, die „so“ oder „von Gott kommen“. Diese sollen kurz aufgearbeitet werden, um deren möglichen Be-

zug oder Einfluss auf HIV/Aids-Prävention nachvollziehen zu können. Diese Fragen mögen in Fachkreisen als längst bekannt betrachtet werden: Tatsache ist aber, dass dieses Wissen nach wie vor nicht in Konzepte der HIV/Aids-Prävention in Mosambik einbezogen wird.

Die Angaben in diesem Beitrag basieren auf meinen Untersuchungen in Mosambik, die zwischen 1997 und 2003 in der Nampula Region (Macua sprechend) im Norden und im Süden (Shangane sprechend) stattfand. Während insgesamt ca. elf Monate habe ich traditionelle Heilung, Initiationsrituale und lokale Formen von Konfliktbearbeitung erforscht. Außerdem führte ich 2005 eine kurze Forschung zur Integration von HIV/Aids-Prävention in die Initiationsrituale von Mädchen in der Sofala-Region (Zentral-Mosambik) durch. Ab März 2006 werde ich mit dem Roten Kreuz von Mosambik eine längere Forschung zur Entwicklung einer soziokulturell adäquaten HIV/Aids-Prävention anleiten.

Die folgenden Ausführungen sind eng an den Ansteckungsbegriff (*pollution*) von Mary DOUGLAS (1966) angelehnt. Ich werde analog zu WOLF in erster Linie auf die lokalen Vorstellungen zu HIV/Aids in der Region Sofala in Zentral Mosambik eingehen und z.B. zeigen, dass Aids-Symptome dort nicht auf HIV/Aids, sondern auf Tabubrüche bezogen werden. Diese Tabubrüche verursachen alt bekannte Symptome von soziokulturell definierten Krankheiten, die vorrangig durch ein Reinigungsritual behandelt werden müssen. Die offene Frage ist, wie diese Aspekte in eine wirksamere HIV/Aids-Prävention einbezogen werden können.

Komplementarität

Es wurde in einigen afrikanischen Ländern versucht, die heute praktizierenden „traditionellen“ Heilungsakteure in biomedizinische Strukturen zu integrieren, aber stets ohne Erfolge (vgl. LAST *et al.* 1986). Die traditionelle Heilung verliert ihr Wesen bei der Einordnung in die biomedizinischen staatlichen Strukturen, da sich die biomedizinischen Strukturen eine Integration der traditionellen Heilung nur in Form einer Unterordnung der traditionellen Heilung unter ihre Prinzipien und Gesetze vorstellen können. Ich argumentiere daher für die Anwendung des Konzeptes der Komplementarität von George DEVEREUX, das ich im folgenden vorstellen werde.

Um besser nachvollziehen zu können, inwiefern Konzepte aus dem Bereich der traditionellen Heilung als komplementär zu biomedizinischen Ansätzen (im Sinne von DEVEREUX 1972 nach MORO 1994) bei HIV/Aids sowohl für die Prävention als auch für die Behandlung eine wichtige Rolle spielen können, müssen die Finalitäten von traditioneller Heilung vergegenwärtigt werden. Die traditionellen Heilungskonzepte bedienen zum großen Teil andere Bedürfnisse als die der Biomedizin. In Mosambik geht es bei traditioneller Heilung in erster Linie um die Wiederherstellung der sozio-spirituellen Ordnung zwischen den Lebenden und den Toten, sprich Ahnen oder Geistern (HONWANA 2000, KOTANYI 2003). Die Wiederherstellung des Friedens zwischen diesen ist vorrangig, um das Wohlergehen der Lebenden zu sichern. Tote gehören somit zum sozialen Kontext der Lebenden. Körperliche Symptome gelten als Hinweis für „soziale“ Unordnung, die erst behandelt werden muss, bevor körperliche Symptome erfolgreich behandelt werden können.

Es kann bei der gestörten sozialen Ordnung u.U. um Konflikte und Spannungen zwischen den Lebenden gehen, was durch die Thematisierung von *Witchcraft*-Ätiologien ausgedrückt wird. Bei *Witchcraft* geht es neben der Lösung sozialer Konflikte um ökonomische oder sonstige Ungleichheiten, um Neid usw. Es geht dabei immer um Konflikte zwischen Lebenden.

Körperliche Symptome sind für die traditionelle Heilung in Mosambik als Krankheitssymptome zweitrangig; sie drücken oft andere Ursachen als biologische aus. Der ganzheitliche Charakter dieser Medizin ist wesentlich. Daher muss zuerst der Sinn der Krankheit erfasst werden (AUGÉ & HERZLICH 1984): die vermutlich soziale oder spirituelle Ursache bzw. Quelle der Störung muss identifiziert werden, bevor die körperlichen Symptome wirksam behandelt werden können (kommt es von Verstorbenen, von Lebenden oder „einfach so“?). Das erklärt, warum Kranke oft so spät biomedizinische Einrichtungen besuchen. Erst wird per Wahrsage diagnostiziert, ob Ahnen, Geister oder *Witchcraft* im Spiel sind. Die traditionelle Krankheitsursache sowie deren rituelle Behandlung werden als von den biologischen und biomedizinischen Dimensionen unabhängige Faktoren betrachtet. Es ist insofern verständlich, warum nach einer erfolgreichen biomedizinischen Behandlung (z.B. einer Geschlechtskrankheit) traditionell eine Behandlung noch nicht

als vollständig betrachtet wird, solange die spirituelle oder soziale Diagnose und deren Behandlung nicht gemacht wurden. Diese müssen unbedingt stattfinden, um eine Behandlung abschließen zu können.

Angesichts der größtenteils andersartigen Finalitäten der Biomedizin und der traditionellen Heilung in Mosambik behindert eine gute Koordination einer komplementären HIV/Aids-Prävention und Behandlung nicht die Wirkung des biomedizinischen Ansatzes. Sogenannte „traditionelle“ Heiler behandeln oft vorrangig psychosoziale Dimensionen und können auch hilfreich für die soziale Wirksamkeit der Prävention sein. Sie können außerdem laut UNAIDS gut Symptome sekundärer Krankheiten von HIV/Aids wirksam und billiger als industriell hergestellte Medikamente durch Hilfe ihrer Heilpflanzen behandeln (UNAIDS 2000, 2002).

DEVEREUX' Definition der Komplementarität

Das Komplementaritäts-Konzept benutze ich in Anlehnung an DEVEREUXs Konzept der Komplementarität (DEVEREUX 1972 nach MORO 1994:49). DEVEREUX, der die Komplementarität für die Ethnopsychanalyse und Ethnopsychiatrie definiert hat, geht davon aus, dass die Psyche mit den allgemeinen gültigen Prinzipien der Funktionen des psychischen Apparats bei Menschen als eine universelle Dimension gilt und dass die Kultur als eine spezifische Dimension zu betrachten ist. Auf einer komplementären Nutzung von psychoanalytischen und anthropologischen Erkenntnissen gründete er den *ethnopsychanalytischen Ansatz*, der in der Forschung eingesetzt wurde (vgl. PARIN, MORGENTHALER & WEISS) und u.a. in Frankreich bei Therapien von Migranten seit über 20 Jahren sehr erfolgreich angewendet wird, wie dies z. B. der von NATHAN und MORO entwickelte Ansatz und das entsprechende Setting zeigen.

DEVEREUX bestand auf der Notwendigkeit, dass die beiden unterschiedlichen Dimensionen Psyche und Kultur jeweils in der eigenen Logik untersucht werden. Das Psychische sollte nicht mit der Logik der jeweiligen spezifischen Kultur des Patienten analysiert werden und umgekehrt sollten spezifische kulturelle Fragen nicht nach allgemein gültigen Gesetzmäßigkeiten der Funktionsweise des universell angelegten psychischen Apparates der Menschen analysiert werden. Vielmehr wird beim kom-

plementären Ansatz parallel das Psychische und das Kulturelle mit Respekt gegenüber der jeweiligen Logik beider genutzter Ansätze analysiert. Die Erkenntnisse aus diesen parallelen Analysen können sich gegenseitig befruchten und führen zu einer differenzierteren Erkenntnis als dies eine Untersuchung auf Grundlage von nur einer dieser beiden Dimensionen allein ergeben würde.

Komplementaritätsprinzip in der Beziehung der traditionellen Heilung und der Biomedizin

Im Fall der Beziehung der traditionellen Heilung und der Biomedizin kann das komplementäre Modell von Devereux als Methode auf folgernde Weise angepasst werden:

Biomedizin = gründet sich auf Humanbiologie
Traditionelle Heilung = gründet sich auf das
Kulturspezifische.

Beide Ansätze müssen also entsprechend DEVEREUXs Ansatz parallel in ihrer je eigenen Logik verfolgt werden. Sie können sich ergänzen, aber dürfen nicht miteinander vermischt werden. Es sollte entsprechend der Definition von Komplementarität beachtet werden, dass es sich um zwei verschiedene Logiken handelt, die biomedizinische und die der traditionellen Heilung mit oft anderen Finalitäten, die zwar im Patienten zu Überschneidungen führen können, aber getrennt nach ihrer jeweiligen Logik angegangen werden müssen.

So kann z.B. die Behandlung mit Heilpflanzen, die neben den rituellen Behandlungen bei der traditionellen Medizin eingesetzt wird, bei HIV/Aids-Erkrankten erfolgreich sekundäre Krankheiten lindern wie Herpes, Appetitmangel, Durchfall usw. Die Wirksamkeit der begleitenden rituellen Handlungen bei der Heilung sollte hierbei nicht unterschätzt werden. Diese Behandlungen können komplementär zu den biomedizinischen erfolgen und mit entsprechenden Absprachen, um mögliche pharmakologische Dosiskomplikationen zu vermeiden.

Um bereichernd für die Behandlungen der Patienten zu wirken, können beide Denk- und Behandlungsformen ergänzend eingesetzt werden. Beide Ansätze können nur komplementär für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention und -Behandlung eingesetzt werden, wenn eine respektvolle Kooperation praktiziert wird, wie es die von UNAIDS dokumentierten acht Fallbeispiele aus acht afrikanischen Ländern bezeugen (UNAIDS 2002). Leider sind

dies bisher in der Praxis im subsaharischen Afrika noch zu wenig befolgte positive Beispiele.

Relevanz der indigenen Vorstellungen von Krankheitsursachen und Ansteckung für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention

Der Umgang mit Krankheit und Ansteckung in Mosambik und im subsaharischen Afrika wird maßgeblich von Konzepten und Praktiken der traditionellen Medizin bestimmt. Laut WHO benutzen 80 % der Afrikaner die sog. traditionelle Medizin. Der Begriff „*traditionell*“ verweist dabei auf Praktiken, Überzeugungen und Leitlinien, die in Mosambik entsprechend Tobie NATHANS Definition des Begriffes aus mündlichen oder intuitiven Überlieferungsformen stammen (Träume, Mythen, Trance, Besessenheit). Es sind wandlungsfähige Praktiken, die heute ausgeübt werden; somit sind dies keine obsoleten, sondern traditionell vermittelte moderne Praktiken (vgl. B. LATOUR 1996).

Als wirksame „traditionelle“ Vermittler der Prävention können lokale Schlüsselfiguren aus den politischen und religiösen Bereichen sowie Heilkundige als Multiplikatoren einbezogen werden: lokale politische Leader und traditionelle Hebammen, Heilerinnen und Heiler, Herbalisten, spirituelle Heiler und Wahrsager, Verantwortliche für die getrennten Initiationsrituale der Mädchen und Jungen sowie auch religiöse Heilerinnen und Heiler, Propheten, islamische Almamis sowie Kirchenvertreter, soweit sie auf lokaler Ebene offen für HIV/Aids-Prävention sind. Leider werden die Vorstellungen der in Mosambik wirksamen traditionellen Ätiologien bisher nicht als Wissen in der HIV/Aids-Präventionspraxis einbezogen.

Der Mangel an Zusammenarbeit bei der HIV/Aids-Prävention hängt mit der allgemein geringen Zusammenarbeit zwischen traditioneller Medizin und Biomedizin in Mosambik und in den meisten Ländern im subsaharischen Afrikas zusammen. In Mosambik versuchte der sozialistische Staat nach der Unabhängigkeit die traditionelle Heilung zu kriminalisieren. Nach 15 Jahren Bürgerkrieg wird ihr Gebrauch heute nicht mehr kriminalisiert. In anderen afrikanischen Ländern wurde die Unterordnung der traditionellen Heiler unter die staatliche Kontrolle zeitweilig erprobt, was aber scheiterte (LAST *et al.* 1986). Heute herrscht in Mosambik und im subsaharischen Afrika meistens ein Mangel an Dialog

zwischen traditioneller Medizin und Biomedizin. Eine Professionalisierung der traditionellen Heilung steht ihrem nicht institutionalisierten Charakter entgegen. Inzwischen bilden sich jedoch immer mehr Heilerorganisationen, und in verschiedenen Ländern (u.a. Uganda, Senegal, Mosambik) werden Gesetze zur Definition der Zusammenarbeit mit Heilkundigen vorbereitet, die aber oft in der staatliche Bürokratie stecken bleiben. Meine Erfahrungen in Mosambik, Uganda, Ruanda und Guinea-Bissau zeigen, dass die Widerstände weniger von den Heilern und Heilerinnen kommen als von den staatlichen Strukturen, die eher deren Unterwerfung erwarten als dass staatliche Vertreter bereit sind, sich auf einen Dialog oder sogar Kooperation einzulassen. So lange dies als Machtfrage gesehen wird, ist der Dialog blockiert, da die Heilerinnen und Heiler keinen Grund sehen, sich dem Staat zu unterwerfen (vgl. auch SCHRÖDER 2002 [1983]: 161-163).

Annäherungen von biomedizinischen und traditionellen Vorstellungen für die HIV/Aids-Prävention

Für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention ist es nötig, dass man in den Präventionsdiskursen an die Konzepte und Vorstellungen anknüpft, die in der Bevölkerung vorherrschen, um sich darüber mit den Betroffenen auseinander zu setzen. Das Nicht-Thematisieren des Widerspruchs der Vorstellungen von biologischen gegenüber sozialen Ansteckungskonzepten spielt eine Rolle bei mangelnder Wirksamkeit der HIV/Aids-Prävention in Mosambik. Die sozialen Ansteckungskonzepte sind auch in Ländern West-Afrikas wie beispielsweise Guinea-Bissau, wie ich aus eigenen Überprüfungen im April 2005 ermittelte, und in Zentralafrika vorhanden, beispielsweise in Ruanda, das zu 95 % christianisiert ist (eigene Forschungen: Januar-April 2004, April 2005).

Aber die Berührungspunkte der Präventionsbetreiber der HIV/Aids-„Präventionsindustrie“ gegenüber traditionellen soziokulturellen Vorstellungen sind so dominant, dass in der HIV/Aids-Prävention weiterhin kein Bezug auf traditionelle Konzepte von Krankheit und Ansteckung genommen wird. Dies gilt, obwohl bekannt sein müsste, dass im subsaharischen Afrika traditionsgemäß lediglich eine Minderheit der afrikanischen Völker vorrangig biologische Krankheitsursachen in Betracht zieht. Abgesehen von wenigen Gruppen spielen für die Mehrheit

der afrikanischen Kulturen südlich der Sahara soziale Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Bestimmung der Ätiologien (JACOBSON-WIDDING & WESTERLUND 1989).

Auch wenn zahlreiche amerikanische *Medical Anthropologists* (wie z.B. GREEN) die sozial orientierten traditionellen Ätiologien wie Ahnen, Geister, Hexerei als Exotisierung betrachten, so bleiben diese Ätiologien weiterhin sehr wirksam und bedeutsam in Mosambik wie auch in anderen Ländern im subsaharischen Afrikas (GESCHIERE 1995). Insofern müssen diese Ätiologien ernst genommen werden, um zu überprüfen, welche Rolle sie für eine wirksamere Prävention spielen können. Um den sozialen Umgang mit HIV/Aids-Prävention in Mosambik allerdings nachvollziehen zu können, müssen erst die traditionellen Ätiologie-Kategorien klar vergegenwärtigt werden. Vor allem die Kategorie der Ahnen und der *Witchcraft* sind für die HIV-AIDS Prävention bedeutsam.

Einführend müssen zunächst die Grundprinzipien der traditionellen Heilung deutlich sein. In der traditionellen Heilung müssen vorrangig die Bedeutung und der Sinn der Erkrankung oder des untersuchten Unglücks erfasst werden (AUGÉ 1994). Dafür sollte beantwortet werden, warum, wann und wo bei der betroffenen Person diese Störung auftrat (JACOBSON-WIDDING & WESTERLUND 1989: 180). Die Krankheit und die Störungsursachen werden meist außerhalb des Kranken gesucht (NATHAN & STENGERS 1999: 9-22) und haben nach Nathan zum Ziel, soziale Bindungen zu konstruieren (ebd. 1999: 18) bzw. zu rekonstruieren. Krankheit wird im subsaharischen Afrika traditionell oft als eine Störung der sozialen Beziehungen interpretiert: entweder zwischen den Lebenden und den Toten oder zwischen den Lebenden untereinander.

JANSEN (JANSEN 1978) macht auf die Vielfältigkeit und Kombinierbarkeit der Interpretationsansätze beim Umgang mit Krankheiten in Afrika aufmerksam. Demnach besteht in den Traditionen südlich der Sahara kein Ausschließlichkeitscharakter. Auch in der traditionellen Heilung in Mosambik ist die Ganzheitlichkeit dieser Denksysteme ein zentrales Merkmal. Der ganzheitliche Charakter der traditionellen medizinischen Denksysteme steht im Gegensatz zu westlichen Kategorisierungen. Insofern sollten die von uns vorgenommenen Kategorisierungen von traditionellen Ätiologien sich möglichst an indigenen, nicht an westlichen Kategorien orientieren.

tieren, um die indigenen Konzepte nicht zu verfälschen.

Kulturspezifische Ätiologien

Ätiologien im traditionellen Verständnis führen Krankheiten in Mosambik auf vier Grundkategorien von Störungsursachen zurück: auf Ahnen und Tabubrüche; auf Geister (Fremdgeister, Naturgeister, usw.); auf *Witchcraft* (Hexerei) und auf Krankheiten, die „so“ oder „von Gott kommen“, d.h. sogenannte natürliche Ursachen (vgl. Heilerin Elsa Elisa in KOTANYI 2003a).

Autoren wie E.C. GREEN (1999b) oder JACOBSON-WIDDING & WESTERLUND (1989) teilen diese Ätiologien in natürliche und übernatürliche Kategorien auf. Zusammen mit BONNET und YAFFÉ (2003) scheint mir dagegen eine solche Aufteilung des ganzheitlichen Wesens dem traditionellen afrikanischen Heilungsansatz grundsätzlich zu widersprechen. Die Kategorien „natürlich/übernatürlich“ entsprechen einem westlichen Blick auf die Vorstellungen von Krankheit; sie dienen nicht dazu, indigene Vorstellungen entsprechend dem Geist dieser soziokulturellen und religiösen Vorstellungen nachvollziehen zu können. Sie sind keine von indigenen Heilkundigen benutzte Kategorien. Wenn traditionelle Dichotomien bei ätiologischen Fragestellungen von Heilern in Mosambik verwendet werden, dann eher solche wie die zwischen Lebenden und Verstorbenen.

Ahnen (Verstorbene)

Hauptquelle von Gesundheit und Glück ist eine harmonische Beziehung zwischen Lebenden und Verstorbenen (HONWANA 2002). Dieser Grundsatz ist für die Mehrheit der Mosambikaner von Bedeutung. Ahnen als die „gut“ Verstorbenen sollen die Lebenden schützen: sie werden durch zahlreiche Rituale gerufen. Sei es bei einfachen Ahnenritualen (mit traditionellem Bier, Schnaps, Mehl, Tabak, Hühner, usw.), sei es bei Beerdigungsritualen zum siebenten Todestag bzw. einen Monat oder ein Jahr nach dem Tod, sei es bei Krankheiten oder Unglücksfällen, Missernten oder bei Regenmangel, um nur einige der wichtigsten rituellen Ereignisse in Bezug auf die Ahnen zu nennen.

Die Ahnen spielen in Mosambik trotz der starken Einflüsse der Kolonialisierung, der institutionalisierten

Kirchen (christliche, neue afrikanisch-christliche oder islamische) und der heutigen Globalisierung weiterhin eine große Rolle, auch wenn einige Soziologen und Ethnologen immer wieder vom Aussterben der Tradition in Afrika sprechen (z.B. GRONEMEYER 2002). Das angebliches Aussterben der Tradition in Afrika steht im Widerspruch zum heute noch in zahlreichen subsaharischen Ländern praktizierten aufwändigen soziokulturellen Umgang mit dem Tod. Sogar in einer afrikanischen Hauptstadt wie Maputo ist täglich sichtbar, wie wichtig ein Abschied der Lebenden von den Verstorbenen ist.

Die mit der Globalisierung einhergehende Verarmung und der damit verbundenen extremen HIV-Prävalenz sowie der hohen Zahl Aids-Kranker führen zu der hohen Zahl von an Aids Sterbenden in Afrika. Bei den dadurch verursachten schnell aufeinander folgenden Beerdigungen sind Menschen gezwungen, an vielen Beerdigungen teilzunehmen. Dennoch wird in Todesfällen in Mosambik das Leben weiterhin angehalten, Verwandte werden tagelang besucht. Die Vielzahl der Beerdigungen kann zwar zu erheblichen Einschränkungen im rituellen Vorgehen bei den Beerdigungen führen (DILGER 2005), trotzdem gilt auch heute noch in Mosambik, wie Alcinda HONWANA im Jahre 2002 als Titel ihres Buches schrieb: „Die Geister leben“ (HONWANA 2002). Damit sind sowohl die Ahnen und als auch die nicht familiären Geister gemeint. Die Ahnen haben also heute weiterhin eine soziale Bedeutung in Afrika, auch wenn durch die gestiegene Zahl der HIV/Aids-Toten der betriebene Aufwand um die einzelnen Beerdigungsrituale geringer wird.

Es geht bei dieser Frage darum, wie die Wirksamkeit der regulierenden Kraft dieser schützenden Ahnen im sozialen Verhalten heute in Afrika einzuschätzen ist: haben Ahnen in einem Land wie Mosambik noch eine sozial regulierende Funktion? Nach meiner Meinung haben die Ahnen noch diese Funktion, obwohl der oben skizzierte Wandel auch in Mosambik zu beobachten ist. Erkrankungen werden auf Ahnen bezogen, wenn die Beerdigungsrituale in ihren erforderlichen unterschiedlichen Phasen schlecht oder gar nicht durchgeführt wurden.

Rituale und Regeln müssen dafür bei den verschiedenen Völkern eingehalten werden (vgl. THOMAS 2000), als Voraussetzung dafür, dass ein Toter zum Ahnen werden kann. Während bei den Macua im Norden von Mosambik die Verstorbenen außer-

halb der Wohnplätze der Gemeinschaft beerdigt werden, werden sie bei den Shangane und Bitonga im Süden so nahe wie möglich bei den Lebenden beerdigt, möglichst auf ihrem Hof zurück geholt.

Ahnen als Teil des sozialen Umfelds können sich bei den Lebenden durch Krankheiten oder Unglück negativ bemerkbar machen. Wenn die Trauer- und Beerdigungsregeln bzw. Rituale nicht eingehalten wurden, dann kann der Tote kein schützender Ahne werden. In solchen Fällen führen Heiler und Hinterbliebene möglicherweise auftretende Krankheiten und Unglück auf den Mangel an Ritualen oder auf rituelles Fehlverhalten gegenüber den Verstobenen zurück. Verstorbene können dadurch keine schützenden Ahnen werden, sondern können sich bei den Hinterbliebenen rächen. Auch wenn Opferrituale für die Ahnen gefehlt haben, kann dies zu ähnlichen Interpretationen führen. Denn die Beziehung zu den Ahnen muss gepflegt werden; sie brauchen regelmäßige Beachtung durch Opferrituale. Wenn diese ausbleiben, kann dieser Mangel als eine Ursache für Krankheit, Unglück oder Missernten gelten.

Desgleichen melden sich Ahnen, wenn Tabubrüche vermutet werden: Tabubrüche hängen oft mit Verunreinigungs-Vorstellungen zusammen (vgl. *pollution* bei M. DOUGLAS). Krankheitsursachen, die mit Tabus zusammenhängen, beziehen sich auf traditionell erforderliche, aber nicht durchgeführte rituelle Waschungen bzw. Reinigungsrituale seitens des überlebenden Ehepartners, der Verantwortlichen bzw. Beteiligten an dem Tabubruch usw.

Die Ahnen stellen eine Dimension dar, die trotz der möglichen Schwächung der traditionellen Praktiken und trotz der Ausweitung diverser neuer afrikanischer Kirchen (PFEIFFER 2004) in Mosambik weiterhin respektiert wird. Sie haben eine schützende Position und spenden positive Werte. Als Werte bewahrende Instanz haben sie auch eine Werte bestimmende Position. Da es bei der Wirksamkeit der HIV-Prävention um die noch vorhandenen wirksamen Werte geht, stellt sich die Frage, wie Ahnen als Werte spendende Instanz in die Präventionsdiskurse einbezogen werden könnten, um zu erreichen, dass die Präventionsratschläge besser umgesetzt und befolgt werden. Ahnen können Verhalten beeinflussen, auch wenn die mit ihnen verbundenen Verhaltensregeln von den lebenden Menschen nicht immer vollständig eingehalten werden. Sie bleiben trotzdem im positiven Sinn richtungweisend. Ihre Strafe mit Krankheiten und Unglück bei Fehlverhalten

wird weiterhin gefürchtet. Jedenfalls wird wieder an sie gedacht, sobald große Probleme auftreten.

Ahnen üben damit trotz der Brüche durch die Moderne eine „Über-Ich“ Funktion in Afrika aus: „... ihre Rolle ist vergleichbar mit der eines Richters oder Zensors des Ichs ...“ (vgl. LAPLANCHE & PONTALIS 1973 [1967]: 540. Das Über-Ich ist eine von Sigmund Freud definierte Instanz der Persönlichkeit und beeinflusst das Schuldbewusstsein).

Das Nichteinhalten der von den Ahnen kontrollierten bzw. bestimmten Verhaltensnormen, z.B. der Tabus wird auch heute in Mosambik immer wieder als Krankheitsursache interpretiert, wie später noch erläutert wird. Die Ahnen sind die Instanz, die Krankheiten verursachen können, wenn sexuelle Tabus nicht eingehalten werden, wie traditionelle „Régulos“ (Chefs) aus den Städten Beira (Zentral Mosambik) und Bissau (Hauptstadt von Guinea-Bissau) bezeugen (eigene Forschung 2005).

Außerdem spielen Tabubrüche bei der lokalen Interpretation von HIV/Aids-Symptomen eine große Rolle im subsaharischen Afrika (GAUSSET & MOGENSEN 1996, GREEN 1999, WOLF 2001, HONWANA 2002). Die Ansteckung durch Tote, die Unreinheit mit sich bringt, ist ein wesentliches Merkmal, das mit den Ahnen zusammenhängt und indigene Vorstellungen von Ansteckung in Mosambik maßgeblich bestimmt. Damit hängen Reinigungsrituale zusammen, die eine wichtige Bedeutung für die Wirksamkeit der HIV/Aids-Prävention haben.

Jeder Tod verursacht eine Verunreinigung: dies ist ein sozial, kein biologisch ansteckender Zustand, und sie gilt traditionell als sehr gefährlich. Diese Verunreinigung durch den Tod wird in Bantu-Kulturen als ein „heißer“ Zustand verstanden (vgl. meine Shangane-sprachigen Heilerinformanten aus Maputo 2005 und die aus dem Bitonga-sprachigen Inhambane-Gebiet 2002/2003). Ein „kühler“ Zustand ist dagegen gesund und Zeichen für Frieden und Ordnung. Geschlechtsverkehr verursacht einen heißen Zustand, ebenso wie die Kreation von neuem Leben, Menstruationsblut oder Fehlgeburtsblutungen. Die beiden Pole Heiß-Kalt haben keine negative oder positive Konnotation (JACOBSON-WIDDING & WESTERLUND 1989: 27). Aber ein heißer Zustand ist in Mosambik ein gefährlicher Zustand für den Lebenspartner, eine Witwe und einen Witwer und die mit ihnen im Kontakt kommenden Personen, z.B. für Familienmitglieder, bzw. für das Kind, deren Eltern an Tabubrüchen beteiligt sind, der je nach

Art des Tabubruchs neutralisiert werden muss (eigene Forschung in Sofala 2005).

Bei einem Todesfall kann ein nicht gewaschener bzw. nicht gereinigter überlebender Ehepartner bzw. Lebenspartner nicht nur dem nächsten Partner beim Geschlechtsverkehr große Schaden zufügen, sondern auch den Kindern und anderen Verwandten schaden. Die Witwen- und Witwer-Reinigungsrituale werden in Mosambik wie in den umliegenden ost- und südafrikanischen Ländern weiterhin praktiziert (GAUSSET & MOGENSEN 1996, OFFE 2004). Sie beinhalten in Mosambik beispielsweise bei den Shanganen, Ronga, Bitonga und Sena normalerweise einen rituellen Sexualakt mit einem kulturell bestimmten „Reiniger“. Dieser „Reiniger“ ist entweder ein professioneller Reiniger oder es ist traditionell u.U. der Bruder des Verstorbenen, der die Witwe reinigen soll. Diese Rituale werden in manchen Gegenden im südlichen Mosambik oder in den Städten in Zentral-Mosambik (z.B. in Beira) auf Grund der Ansteckungsgefahren von HIV/Aids angepasst, indem andere, traditionell übliche rituelle und symbolische Reinigungsformen angewendet werden, aber ohne Koitus. Es gibt auch Ausnahmen, die die Regeln bestätigen: die Ndaus (im Zentrum Mosambik) praktizieren schon immer diese rituellen Reinigungsformen ohne Koitus (laut meinen Ndau-Informantinnen aus dem Distrikt Nhamatanda in der Region Sofala, 2005). Die Anpassung der Reinigungsrituale wird aber bisher nicht überall in Mosambik und nicht systematisch in der HIV/Aids-Prävention thematisiert.

Geister

Geister als Teil der Kategorie der Verstorbenen entstehen aus Toten, die keine schützenden Ahnen werden konnten. Verstorbene werden zu wandernden Geistern, wenn sie nicht oder nicht richtig beerdigt wurden, d.h. ohne oder durch unvollständige Beerdigungsrituale. Dann verwandelt sich der Tote nicht in einen schützenden Ahnen, sondern in einen Geist. Dieser wandernde Geist kann „verfolgend“ (ORTIGUES 1984) auf die lebendigen Verwandten wirken, aber auch auf diejenigen, die in seinem Leben mit ihm Kontakt hatten. So gelten verfolgende Geister oft als Ursache für Kriegstraumata. (vgl. den Film „*Espirito Corpo*“ – „Geistkörper“, KOTANYI 2003). Ein solcher verfolgender, ungebundener Geist kann Krankheit und Unglück verursachen. Diese Katego-

rie ist vermutlich am wenigsten mit HIV/Aids-Prävention in Beziehung zu bringen. Insofern werde ich auf diese Kategorien lediglich soweit eingehen, wie es hilft, traditionelle Vorstellungen besser zu verstehen.

Es existieren verschiedene Arten von Geistern: Naturgeister und verfolgende Geister, ausgelöst durch gewaltsamen oder durch schlechten Tod. Naturgeister, wie die „*Eyotho*“ (Meeres-Geister) oder „*Nakuru*“ (Berg-Geister) in Mosambiks nördlicher Nampula-*Macua*-Region, sind Geister, die sowohl Krankheiten mit sich bringen, als auch den Heilkundigen bei der Behandlung zur Seite stehen. Dies betrifft Besessenheits-Heilkulte, die unter der Bedingung, dass die Besessenheit von dem Besessenen akzeptiert wird, diesem lehrt, rituell richtig mit dem Geist umzugehen. Verfolgende Geister durch gewaltsamen Tod entstehen z.B. im Laufe von Kriegen: Menschen, die vom Krieg zurückkommen, müssen in Mosambik Waschungsrituale durchführen; sie haben gewaltsamen Tod gesehen, sie waren nahe an unbeerdigten Toten und sind somit potenzielle Träger von verfolgenden, schlechten Geistern.

Schließlich ist die Kategorie des „Schlechten Todes“ für HIV/Aids bedeutsam. Wenn jemand an „schlimmen Ansteckungskrankheiten“ wie Pocken stirbt, muss eine reinigende „Waschung“ durchgeführt werden. Solche Todesursachen werden im Norden Mosambiks als ein „schlechter“ Tod bezeichnet (vgl. Heiler Cinco aus eigenen Forschungen in der Nampula-Region 2000 und zum „schlechten und guten“ Tod S. VAN DER GEEST 2004).

Witchcraft (Hexerei)

Der Begriff *Witchcraft* (Hexerei) bezieht sich immer auf Vorgänge zwischen Lebenden. EVANS-PRITCHARD definiert ihn als einen eher metaphorischen Vorgang gegenüber dem Begriff *Sorcery*, auch als Schwarze Magie bezeichnet, der einen Vergiftungsvorgang mit vergiftenden Substanzen beinhaltet (1937). M.C. & E. ORTIGUES definieren Hexerei als „eine psychische innere Macht, die durch inter-organische Substanzen bewegt wird, dass manchmal geglaubt wird, diese im Bauch des verstorbenen Hexers durch Autopsie finden zu können“ (ORTIGUES 1973 [1966]: 237). Diese Definition ist eine westliche psychoanalytische, keine indigene Definition. Indigen können Krankheiten, die in

der Divination nicht auf Probleme mit Verstorbenen (Ahnen oder Geister) zurückgeführt worden sind, auch als die negative Wirkung durch Lebende interpretiert werden. Dann wird u.U. *Witchcraft* (Hexerei) in Betracht gezogen und durch unterschiedliche Wahrsagetechniken identifiziert. Hexerei umfasst in Mosambik, ebenso wie in zahlreichen subsaharischen Kulturen, alle möglichen bösen Gedanken und Intentionen bis zu unwissentlich bösem Wirken aus Neid oder bewusst schädigenden, vergiftenden oder schwächenden bzw. krank machenden „verhehenden“ Handlungen (u.a. DOUGLAS 1966; GESCHIERE 1982, 1995; REYNOLDS WHYTE 1997).

Hexerei wirkt in Mosambik beängstigend auf das biomedizinische Personal und wird von diesem genauso wie von den Kirchen dämonisiert. Hexerei, die rücksichtsloses Verhalten von Menschen gegenüber Menschen beinhaltet, spricht eine Dimension an, die zum menschlichen Wesens gehört und nicht einfach gelehnet werden kann. Daher wäre es für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention sinnvoll, zu versuchen, die Logik und Dynamik dieser Ätiologie genauer nach zu vollziehen, um ihre möglichen Funktionen im Zusammenhang mit indigenen Vorstellungen zu HIV/Aids erfassen zu können und die psychologische Wirkung dieser soziokulturellen Interpretation von HIV/Aids zu überprüfen. LEWERTOWSKI & NATHAN erläutern einige Aspekte der psychologischen Funktion der *Witchcraft*-Ätiologie bei afrikanischen HIV/Aids-Patienten in Paris anhand von Fallbeispielen (ebenda 1998).

Da HIV/Aids eine den Tod bringende Krankheit ist, die von Mensch zu Mensch übertragen wird, gehört sie traditionell zur *Witchcraft*, da diese Kategorie alles Schlechte abdeckt, das zwischen den Lebenden, d.h. von Mensch zu Mensch, geschieht. Ein Heiler der AMETRAMO, der Heiler-Organisation von Mosambik, sagte in einem Fortbildungsseminar mit der Action Aid 2003 in Maputo, dass Hexerei – *Feticieiria* im Portugiesischen unterscheidet nicht zwischen *Sorcery* und *Witchcraft* – das gleiche bedeuten würde wie das „Böse“. Eine solche Interpretation ist vielleicht stark christlich beeinflusst. GESCHIERE lehnt solche vereinfachenden Erklärungen ab. Hexerei ist für ihn eine in Kamerun von Paradoxien geprägte Dimension, die viel dialektischer und widersprüchlicher als eine christlich geprägte Dichotomie von Gut und Böse eingesetzt wird (1995: 20).

Witchcraft als Quelle von Krankheit und Unglück wird in der afrikanischen Tradition nicht auf die Ahnen oder Geister der Verstorbenen bezogen. Es besteht in Mosambik eine Grenzziehung zwischen der Kategorie, die in Bezug zu den Verstorbenen (Ahnen, Geister) steht und der Kategorie, die nur die Lebenden (Hexerei) betrifft. Die verschiedenen Ätiologie-Kategorien können aber nach Informationen von Heilkundigen aus dem Süden Mosambiks parallel als Ursache auf unterschiedlichen Argumentationsebenen erwogen werden. Insofern kann *Witchcraft* als eine zusätzliche Ursache von HIV/Aids zu den meistens genannten Tabubrüchen erwogen werden, die in der Regel traditionell bei HIV/Aids in Betracht gezogen werden, z.B. auf der Ebene einer willentlichen Übertragung von lebenden Menschen zu lebenden Menschen als eine den Tod bringende Erkrankung (vgl. CROS 2005).

Krankheiten, die „so“ kommen oder „von Gott kommen“

Als indigene Ätiologie-Kategorie handelt es sich bei Krankheiten, die „so“ oder „von Gott kommen“, um die Krankheiten, die aus westlicher Sicht oft als „natürliche Krankheiten“ bezeichnet werden (GREEN 1999, JACOBSON-WIDDING & WESTERLUND 1989). Es ist eine Kategorie von Krankheitsursachen, die sich nach ACKERKNECHT (1946, zit. nach AUGÉ 1994: 51) auf die Krankheiten bezieht, für die indigene Bevölkerungen keine Erklärung haben. Die genannten Autoren bezeichnen diese Kategorie als „natürliche“ Krankheitsursachen gegenüber denen, die als „übernatürliche Ursachen“ einzuordnen seien (bei Ätiologie-Kategorien Ahnen und Geister). Es ist nicht ganz nachvollziehbar, wie GREEN eine Krankheit, die „von Gott kommt“, als natürlich bezeichnen kann. Für GREEN würde Gott damit zur Natur gehören, obwohl Gott eher als eine übernatürliche Kategorie angesehen werden müsste, als eine Kategorie, die nicht zu den Lebenden gehört, sondern eher eine, wo auch die Ahnen und Geister einzuordnen sind. Die oben genannte Fragwürdigkeit des Gebrauchs von „natürlich vs übernatürlich“ als Charakterisierung von Ätiologien in Mosambik, wie für das subsaharische Afrika allgemein, wird damit noch deutlicher.

GREEN führt als Ergebnis seiner von 1992-95 durchgeführten Forschungen in Mosambik an, dass Geschlechtskrankheiten indigen auf diese Kategorie

sowohl in Mosambik als auch in anderen afrikanischen Ländern bezogen werden (GREEN 1999a). Damit begründet er, dass eine Prävention traditionell gut möglich sei, da von der Krankheitsursache her HIV/Aids nicht zu den Ahnen- oder Geister-Komplexen gehöre, denen seiner Meinung nach in den afrikanischen Traditionen kaum präventiv entgegen zu treten möglich wäre – ein Argument, das ich nicht nachvollziehen kann, da es rituell mit Ahnen und Geistern besprochen und verhandelt werden kann. Beispielsweise können sie durch Opfergaben beschwichtigt werden. Die grundlegenden Ahnenrituale werden in Süden Mosambiks als *pai-xar* oder *mamba* bezeichnet, in nördlichen Macua-Gebieten *makeia* bzw. *saca* genannt. Eine gute Pflege der Beziehungen zu den Ahnen durch Opferrituale bzw. zu den Geistern mit ihren jeweiligen spezifischen Ritualen wird als Prävention betrachtet und praktiziert.

Obwohl HIV/Aids als eine Geschlechtskrankheit nach Green ursächlich eher zu der Kategorie der „Krankheiten, die so kommen“ gehört, werden aus indigener Sicht HIV/Aids-Symptome ursächlich oft in Mosambik und im subsaharischen Afrika auf Tabubrüche bezogen, die mit den Ahnen zusammenhängen (vgl. u.a. GAUSSET 1996, WOLF 2001). Insofern müssen die indigene Ansteckungs- und Präventionskonzepte genauer betrachtet werden.

Indigene Ansteckungs- und Präventionskonzepte

Wenn auch GREENs Unterscheidung von „natürlichen“ und „übernatürlichen“ Krankheitsursachen fragwürdig ist (ebd. 1999), so bildet die Fülle seines aufgearbeiteten Materials aus zahlreichen Kulturen (nicht nur aus Afrika) eine wichtige Auseinandersetzunggrundlage zum indigenen Ansteckungskonzept. Doris BONNET & Y. JAFFÉ in „*Les maladies de passage*“ (2003) und A. CAPRARA in „*Transmettre la maladie*“ (2000) sprechen ihrerseits in westafrikanischen Untersuchungen lieber von Übertragung als von Ansteckung. Diese Autoren lehnen es ab, wie GREEN aus ihrer Materialsammlung Theorien zu basteln. Während die westlichen biomedizinischen Interpretationen von Ansteckungskrankheiten laut Caprara durch Beziehungen zwischen Individuen definiert werden, wird an der Elfenbeinküste, ähnlich wie in Mosambik und in anderen afrikanischen Kulturen, eher nach dem Sinn

der Ansteckungskrankheit gesucht: Analogien, symbolische Klassifikationen und die sozialen Organisationsformen bzw. Bezüge zu übernatürlichen Kräften dienen als Interpretationsmittel von Erkrankungen (CAPRARA 2000:193). Der von Bonnet & Jaffé herausgegebene Sammelband verdeutlicht anhand konkreter Schilderungen aus diversen Ländern, dass es sehr wohl ein Verständnis von körperlicher Ansteckung in Westafrika gibt. Soziale Interpretationen von Krankheiten sind aber laut dieser Autoren auch in Westafrika entscheidend, ähnlich wie in Mosambik oder Guinea Bissau, wo sie traditionell bei Geschlechtskrankheiten eine vorrangige Rolle spielen (aus eigenen Forschungen in 2005).

Die Sena, Shona und Ndaui in Zentral-Mosambik nennen neben den drei meist aufgelisteten Geschlechtskrankheiten ohne soziale Ursachen eine größere Liste von Geschlechtskrankheiten, die sie auf Tabubrüche zurückführen. Solche indigenen sozialen Interpretationen bezüglich Geschlechtskrankheiten werden von WOLF und DILGER als eine „Moral“ betrachtet, als Verhaltensnormen, die Richtiges vom Falschen unterscheiden (WOLF 2001). Sie werden in Mosambik und in Guinea Bissau vor allem auf dem Land, aber auch in ärmeren Stadtbezirken systematisch mit Aids konnotiert. Eine soziokulturell adäquate HIV/Aids-Prävention müsste diese Tabubrüche mehr als bisher wahrnehmen und sie in die Prävention mit einbeziehen, um sowohl die Ähnlichkeiten als auch die Unterschiede zu HIV und Aids zu verdeutlichen. Ohne eine Bezugsnahme zu diesem Missverständnis von HIV/Aids-Symptomen in der Präventionsarbeit wird sich die Wirksamkeit der HIV/Aids-Prävention in Afrika kaum verändern können.

Um diese Behauptung nachvollziehen zu können, müssen wir die indigenen Konzepte von Ansteckung in Mosambik genauer anschauen. Die von Douglas als *Pollution* bezeichneten Störungen sind traditionell sozial definierte Störungsfaktoren der Gesundheit. *Pollution* ist in Mosambik genauso wie in zahlreichen Ländern und Kulturen im subsaharischen Afrika ein wichtiger Bestandteil im System der möglichen Krankheitsursachen. Sie spielen bei HIV-Aids sowie bei Geschlechtskrankheiten eine wichtige Rolle, da Geschlechtskrankheiten traditionell als Überschreitung von unterschiedlichen Tabus (sexuellen und anderen) interpretiert werden (u.a. GAUSSET & MOGENSEN 1996; GREEN 1999; WOLF 2001; HONWANA 2002; DILGER 2003).

Pollution bezeichnet eine „gefährliche Unreinheit“, die aus Handlungen entsteht, die kulturell als falsch bzw. als Tabu (Verbot) definiert sind (vgl. DOUGLAS 1966). Es geht bei der *Pollution* nicht um den christlichen Begriff von Unreinheit, der mit „Sünde“ zusammenhängt. Der unreine Zustand entsteht bei kulturspezifischen gefährlichen, „heißen“ Übertragungsanlässen, wie z.B. bei Witwen und Witwern, die unrein sind, solange sie nicht rituell „gewaschen“ oder „blanchiert“ (Rwanda) wurden. Auch Sex mit menstruierenden Frauen ist unrein. Ohne die nötigen Reinigungsrituale durchgeführt zu haben, ist Geschlechtsverkehr nach einer Abtreibung „unrein“ und kann zu Krankheiten führen, deren Symptome in zahlreichen afrikanischen Kulturen Aids sehr ähnlich sind. Tote zu sehen gilt im Norden Mosambiks als „unrein“ und birgt eine Ansteckungsgefahr, die nur durch „Reinigungsrituale“ aufgehoben werden kann. Es geht dabei immer wieder um Ansteckungs- und Verunreinigungskonzepte, die im Bezug zu Toten und Blut stehen. Sexualität, Menstruation und Tod sind die wesentlichen Anlässe der Ansteckung. Daher liegt die in Mosambik und Guinea-Bissau statt findende Vermengung mit HIV-Aids nahe, vor allem da die entsprechenden Symptome ähnlich sind.

Pollution entsteht durch Übertragung von Gefahr durch Kontakt (DOUGLAS 1966:112). Übertragungsanlässe von Geschlechtskrankheiten sind in Mosambik: Geschlechtsverkehr ohne Reinigungsritual nach Fehlgeburt oder Geburt; außerehelicher Geschlechtsverkehr nach Fehlgeburt und Geburt ohne Reinigungsritual; zu früher Sex nach Menstruationen oder während des Initiationsrituals; zu früher Geschlechtsverkehr von Witwen ohne Reinigungsritual. Alle diese Tabubrüche stehen im Zusammenhang mit Sexualität und hängen oft mit Konzepten des zu „heißen“ Blutes oder schlechte „Vermischung“ von Blut zusammen. Diese Ursachen von Geschlechtskrankheiten sind in die Ahnen-Kategorie einzuordnen. Insofern muss überprüft werden, wie Ahnenvorstellungen als regulierende Instanz für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention mobilisiert werden könnten. Wie bereits dargestellt, sind die Ahnen die Instanz, die bei Tabubrüchen Krankheiten „schickt“. Das wurde mir sowohl von einem Heiler und traditionellen Chef in Bissau, der Hauptstadt Guinea Bissaus, so erklärt als auch von einem Heiler aus Beira, der zweitgrößten Stadt in Mosambik, die mit einer 39%igen HIV/

Aids-Prävalenzrate 2004 die höchste HIV-Aids Infektionsrate vom ganzen Land aufweist.

WOLF benennt folgende lokale indigene Bezeichnungen für Aids in Afrika (WOLF 2001):

Mdulo (Kanyera) in Malawi, *Kahungo* in Zambia, *Boswagadi* in Botswana, *Chira* in Kenya und Tanzania sowie *Magume* in Süd Afrika.

In der Sena sprechenden Sofala-Region in Zentral-Mosambik werden die Symptome von Aids mit ähnlichen Symptomen von folgenden Tabubrüchen verwechselt:

Name	Ursache	Symptome
Chiteto	Baby immer vor Geburt verlieren	Kälte, anhaltendes Fieber, Blässe
Chicuna	Zu früher Sex bei Mädchen	Husten, Haar- und Gewichtsverlust
Kufa	Sex nach Tod ohne Reinigungsritual	Husten, Gewichtsverlust, Kälte/Fieber
Pringanisso	Abtreibung ohne Reinigungsritual	Gewichtsverlust, Kälte/Fieber, Übergeben
Nzande	Außerehelicher Sex nach Abtreibung	Aids- ähnliche Symptome

Bei den *Papel* (Ahnenkultanhänger) von Bissau werden HIV/Aids-Symptome auf *trabessadu* bezogen, ein Begriff, der diverse Tabubrüche subsummiert, ähnlich wie der *pringanisso*-Begriff in Sena und Shona Animisten-Gebieten in Zentral-Mosambik.

Bei diesen soziokulturell interpretierten Ursachen von Symptomen der Geschlechtskrankheiten, die nur von Heilkundigen durch Reinigungsrituale in Verbindung mit Heilpflanzen behandelt werden können, wird deutlich, dass es sich um sozial bestimmte Erkrankungen handelt. Die in Sofala bekannten drei indigenen Geschlechtskrankheiten ohne soziale Konnotationen wurden hier nicht mit aufgelistet.

Laut DILGER wird in diesem sozialen Zusammenhang Aids zu eine Metapher für Unordnung in Zeiten des sozialen Wandels der Modernität betrachtet (DILGER 1999): durch Nichteinhalten der von der Tradition vorgeschriebenen Verhaltensregeln, wie dies teilweise aus ökonomischer Not auch in Mosambik beschrieben werden kann, entsteht ungebogener Sexualverkehr ohne Rücksicht auf Regeln und Tabus. Solche soziale Unordnung bringt in diesen Denksystemen Krankheiten und Tod mit sich. Für WOLF (2001) wird Aids indigen als Ausdruck solcher Brüche von kulturellen und sozialen

Verhaltensregeln betrachtet, spricht als Brüche indigener moralischen Regeln bezeichnet.

Menschen mit solchen Vorstellungen sind erst nach der Durchführung der nötigen Reinigungsrituale bereit, beim Weiterbestehen der Aids-ähnlichen Symptome, diese auf HIV/Aids zu beziehen. Erst dann besteht wenn überhaupt eine Bereitschaft, einen HIV/Aids-Test durchführen zu lassen und die Forderungen nach Präventionsmaßnahmen soweit ernst zu nehmen, dass deren Umsetzung vielleicht in Erwägung gezogen wird.

Soziokulturelle Anpassung der HIV/Aids-Prävention

Da HIV/Aids in einem Land wie Mosambik zusammen mit anderen Geschlechtskrankheiten meistens auf Tabubrüche bezogen wird, muss vor allem dieser Zusammenhang in der Prävention thematisiert werden, um wirksamer als bisher präventives Verhalten anregen zu können. Für eine soziokulturell adäquate HIV/Aids-Prävention ist es also in einem kulturellen Kontext wie in Mosambik nötig, sich innerhalb der Präventionsarbeit endlich intensiv mit den vorhandenen lokalen Vorstellungen der Tabubrüche auseinander zu setzen, um mit den Betroffenen klären zu können, dass es sich bei den gegebenen Symptomen „auch“ um HIV/Aids handeln könnte und nicht „nur“ um Tabubrüche, wie das von den Betroffenen zunächst oft angenommen wird. So könnte wirksamer angeregt werden, dass entsprechend dieser Umstände die für HIV/Aids nötigen Biosicherheiten durch Kondom oder Enthaltung eingehalten werden müssen. Indem die biologische Argumentation der HIV/Aids-Prävention die sozialen und kulturellen Argumentationen respektiert und in ihre Präventions-Argumentation einbezieht, hat sie mehr Chance gehört zu werden.

Für die Prävention ist es vermutlich wesentlich effektiver, die soziokulturellen Vorstellungen von spirituellen und sozialen Ansteckungsgefahren ernst zu nehmen als nur von biologischen Ansteckungsgefahren zu sprechen. Wenn trotz der über hundert Jahre dauernden Bemühungen von Kirchen und Kolonialsystemen solche Vorstellungen bisher nicht abgeschafft werden konnten, sind kulturelle Praktiken wie Reinigungsrituale nach dem Tod offensichtlich so tief verankert, dass auch der Kampf gegen HIV-Infektion sie kaum auslöschen wird. Wirksamer ist es vermutlich eher, mit ihnen zu rech-

nen und sie, wenn sie die Ansteckung fördern, in die Prävention einzubeziehen und zu thematisieren, dass sie gefahrlos im Hinblick auf Ansteckungen angepasst werden können. Das Ziel ist, soweit zu kommen, dass in der Auseinandersetzung mit den Betroffenen deren Bereitschaft erzeugt wird, eine potenzielle HIV/Aids-Infektion zu überprüfen bzw. wahrzunehmen, damit sie, entsprechend dieser Realität, sich präventiv verhalten, was in Mosambik bisher kaum der Fall ist. Dafür müsste die Frage beantwortet werden, wie die soziale Mitverantwortung im traditionellen Sinn am besten mobilisiert werden könnte. Bezugnehmend auf die oben dargestellten Ätiologie-Kategorien gibt es somit traditionell zwei Ebenen möglicher sozialer Kontrolle:

1) Entweder strafen Ahnen mit Krankheiten und Unglück, z.B. bei Tabubrüchen, die oft mit Geschlechtskrankheiten konnotiert werden, also eine Kontrolle, die von den Verstorbenen ausgeübt wird.

2) Oder es wird ein negativer Einfluss von Lebenden auf andere Lebende vermutet – dann bewegt man sich in der Kategorie der Hexerei bzw. der *Witchcraft*.

Die Frage, die sich stellt, ist, ob diese Kategorie aus der Tradition hilfreich sein kann, sozial verantwortungsvolles Handeln zu fördern, bzw. ob sie unsoziales, rücksichtsloses Verhalten eindämmen kann. Wie HIV-Aids auf *Witchcraft* bezogen wird, haben Paul FARMER (1996) für Haiti und Susan REYNOLDS WHYTE (1997) für Uganda beschrieben. Dies ist angesichts der geschilderten Definition dieser Kategorie nicht erstaunlich, da es alles „Schlechte“ zwischen Lebenden bezeichnet. Als eine Krankheit, die auf eine kaum nachvollziehbare Weise den meist sicheren Tod mit sich bringt, gehört HIV/Aids traditionell auf jeden Fall zu der Kategorie der *Witchcraft*, da dieses Virus von Mensch zu Mensch übertragen wird. Ob dabei an biologische oder soziale Übertragung geglaubt wird, trägt hier zunächst nichts zur Sache bei: auf jeden Fall wird an eine Übertragung gedacht. Das gleiche gilt auch, wenn die Krankheitsursachen bei Aids-Symptomen im subsaharischen Afrika eher auf Tabubrüche bezogen werden. So bezog im Jahre 2002 eine erfahrene Heilerin der Organisation PROMETRA in Uganda (laut einer unveröffentlichten Forschungsarbeit) die Aids-Symptome eindeutig auf das HIV-Virus; sie war aber auch der Meinung, dass eine solche Krankheit auch mit *Witchcraft* zusammenhängen könnte. Dazu ist die Schilderung von LEWERTOWSKI &

NATHAN (1998) interessant, nach der sich in Paris eine erfahrene Krankenschwester aus dem Kongo bei der eigenen HIV/Aids-Erkrankung trotz klaren Bezugs zum HI-Virus für sich ausführlich vorrangig mit der Klärung der möglichen Hexereivorgänge in ihrer Verwandtschaft beschäftigt. Hier gilt also der nicht ausschließliche Charakter von traditionellen Ätiologien: diverse Erklärungen können parallel in Betracht gezogen werden. Offensichtlich ist es für diese Krankenschwester wichtiger gewesen zu klären, wie sie einen „guten“ Tod sterben kann, ohne der Hexerei bezichtigt zu werden. Denn sollte sie als Hexerin sterben, würde das verhindern, dass sie als schützender Ahn für ihre Nachfahren positiv wirksam sein könnte. Sie würde als Gestorbene ins Reich der wandernden Geister verbannt sein. Laut Lewertowski und Nathan kann die Hexerei als Ätiologie bei HIV/Aids auch eine integrative Funktion ausüben: Dort, wo es Hexerei-Ätiologien gibt, ist man laut den Autoren mit einem dualen System konfrontiert, wo man bei Störungen nur entweder zu den Hexen oder zu den Hexereiopfern gehören kann. Man wird als an Aids Erkrankter mit mehr sozialer Solidarität seiner Umgebung rechnen können, wenn man als Opfer von Hexerei betrachtet wird und nicht als Hexer und damit als Täter. Insofern sollte mit einer voreiligen, abwertenden Einschätzung der Hexerei-Ätiologie bei HIV/Aids-Erkrankten vorsichtig umgegangen werden.

Nach den oben zitierten Vorstellungen des „schlechten Todes“ in Bezug auf Pocken oder in Bezug auf Menschen, die gewaltsam im Krieg bzw. ohne Beerdigungsritual starben, ist zu vermuten, dass Aids heute in Afrika auch als eine zu dieser Kategorie des „schlechten Todes“ gehörende Krankheit betrachtet wird. Dies ist laut CROS der Fall bei den Lobi in Burkina Faso (CROS 2005: 210). In Mosambik vermeiden es Menschen sowohl in der Stadt wie auf dem Land, den Namen HIV/Aids auszusprechen. Traditionell ist im subsaharischen Afrika allein schon das Aussprechen einer gefährlichen Sache an sich gefährlich. Traditionell wird durch das Aussprechen eine Wirksamkeit erzeugt. HIV/Aids wird, wenn es überhaupt benannt wird, z.B. als „Die Krankheit“ umschrieben, ohne direkt den Namen auszusprechen. Allein das Aussprechen des Wortes bzw. Krankheitsnamens Aids, oder nur daran zu denken, könnte u.U. vermutlich *Witchcraft*-Wirkungen erzielen. Schon deswegen muss für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention der Zusammenhang mit

Witchcraft genauer bedacht werden. In Mosambik, aber auch in den modernsten Hauptstädten des subsaharischen Afrika, sind *Witchcraft*-Vorstellungen vehementer präsent als je zuvor (vgl. u.a. GESCHIERE; COMAROFF & COMAROFF 1993,1999; KOHNERT).

Bei der Steigerung der sozialen Ungleichheiten ist *Witchcraft* eine Dimension, die heute weiterhin eine Rolle spielt. Dies wurde auch schon früher beobachtet (vgl. LUIG 1978). Was können solche Vorstellungen mit HIV/Aids-Prävention zu tun haben? Bei einer Krankheit wie Aids, die in Mosambik noch für die Mehrheit der Infizierten fast sicher den Tod mit sich bringt, da antiretrovirale Therapien in Mosambik nur für wenige Angesteckte zugänglich ist, stellt sich diese Krankheit als ein unfassbares Unglück und Unheil dar. Wer sich bei einer Krankheit wie dieser der Interpretationen innerhalb seiner Lineage entzieht und sich durch eine individuell vorgenommene biomedizinische Behandlung sozial isoliert, verstärkt sogar die Gefahr, von seinem sozialen Umfeld als Hexer angesehen zu werden, weil sich lediglich ein Hexer von allen isoliert (LEWERTOWSKI & NATHAN 1998:76). Da ein Unheil wie HIV/Aids von Mensch zu Mensch durch die Übertragung weitergegeben wird, gehört diese Krankheit traditionell gedacht in die Kategorie der Hexerei, die alles umfassen kann, was „Schlechtes“ von Mensch zu Mensch bewirkt wird.

Wie Nathan und Lewertowski deutlich machen, gibt es in einem dualen Denksystem wie dem der Hexerei nur zwei Positionen: entweder die des Täters oder die des Opfers (vgl. auch GESCHIERE). Danach ist es besser vom sozialen Umfeld als Opfer und nicht als Täter betrachtet zu werden, um mit deren Solidarität rechnen zu können (LEWERTOWSKI & NATHAN 1998:156). Zudem möchte niemand als Hexer sterben, denn als Hexer wird man kein schützender Ahne. Michèle CROS (2005) zitiert Lobi-Heiler aus Burkina Faso, die betonen, dass Hexer keine schützenden Ahnen werden können. Wer absichtlich HIV weitergibt, gehört traditionell zur Kategorie der Hexer; er wird auch zu denen gehören, die durch einen „schlechten Tod“ sterben. Eine absichtliche „Gabe“ von Tod durch HIV/Aids macht aus einem an Aids Gestorbenen einen verfolgenden, wandernden Geist (CROS 2005: 213). Und der Lobi-Heiler in Burkina Faso betont, dass traditionell gesehen ein solches Vergehen nicht durch Opfergaben gesühnt werden könne (CROS 2005: 214).

Gehört nicht folgerichtig eine absichtliche Übertragung von HIV zur Kategorie der „Witchcraft“ (schlechtes Wirken von Mensch zu Mensch)? Inwieweit könnte ein solches „traditionelles“ Verständnis in eine wirksamere HIV/Aids-Prävention einbezogen werden? Ist das möglich ohne die HIV/Aids-Patienten zu stigmatisieren? Wer unabsichtlich HIV weitergibt und stirbt, wird laut den Lobi-Heilern (CROS 2005: 214) als Verstorbener zu den Ahnen gehören können, muss aber separat beerdigt werden, da die Krankheit beim Verstorbener weiterhin bleibe und „verunreinigend“ auf andere Tote in den Gemeinschaftsgräbern wirken kann.

Es stellt sich die Frage, ob für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention die „Weitergabe“ von HIV und somit potenziell von Aids in einem Land wie Mosambik mit Hilfe einer kulturell und metaphorisch adäquaten Rhetorik im Präventionsdiskurs nicht wirksamer problematisiert werden könnte. Ob es Möglichkeiten gibt, indirekt die Gefahr der *Witchcraft* in Präventionsdiskursen mit lokalen Idiomen und Metaphern als ein das Sozialverhalten regulierendes Mittel zu thematisieren, ist ein schwieriges Feld, das bisher nicht erforscht wurde. Es ist sicher nicht einfach, in einer unmissverständlichen Form solche kulturell geprägten Präventivdiskurse hilfreich zu verfassen. Aber es ist wahrscheinlich, dass das Einbeziehen der Ahnen und der Tabubrüche in eine wirksamere HIV/Aids-Prävention weniger Probleme macht als die direkten Ebenen der *Witchcraft*-Dimension. Metaphorisch richtig können solche Bezüge nur von Heilkundigen und traditionellen Leadern formuliert werden. Sie würden vermutlich aber nur dann sinnvoll sein, wenn sie gleichermaßen von traditionellem und von biomedizinischem HIV/Aids-Präventionspersonal angewendet werden könnten.

Ob und wie solche Fragen unmissverständlich und hilfreich in die Präventionsdiskurse integriert werden können, muss für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention noch überprüft werden. Das Rote Kreuz von Mosambik fängt 2006 eine größere Aktions-Forschung an, um diese Fragen zu untersuchen. Eine radikale Antwort liefern derzeit Jugendliche in Burkina Faso. Sie brechen bei Todesritualen der an Aids Gestorbenen das Schweigetabu zu der Krankheit, indem sie rituell Aids singen und es dabei direkt und krass benennen und beschreiben (CROS 2005: 215-220). Sie machen das laut CROS sowohl als Abschreckung, um sich durch rituellen

Spott vor der Gefahr der besonders die Jugendlichen bedrohende Krankheit zu wehren, als auch um ihre Mitmenschen für mehr Prävention zu mobilisieren.

Schlussfolgerungen

Um zu überprüfen, wie eine wirksamere HIV/Aids-Prävention im soziokulturellen Kontext in Mosambik aussehen könnte, wurden vorherrschende soziokulturelle Vorstellungen zu Krankheit und Ansteckung aufgezeigt. Diese gelten in ähnlicher Weise in zahlreichen Ländern Afrikas sowohl in Ostafrika als auch in Zentralafrika und im Südlichen Afrika. Viele dieser ätiologischen Vorstellungen sind auch in Westafrika vorhanden. Die dargestellten traditionellen Ätiologie-Kategorien Ahnen, Fremd- bzw. Naturgeister, Witchcraft und Krankheiten, die „einfach so“ kommen, sind Kategorien, die im subsaharischen Afrika weit verbreitet sind. Es wurde analysiert, inwiefern indigene Ansteckungs- und Krankheitsvorstellungen für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention eine Rolle spielen können. Aus dem Dargestellten ergeben sich für eine kulturell integrierte HIV/Aids-Prävention und Aids-Behandlung in Mosambik bei allen präventiven Ansätzen folgende zu beachtende Hinweise, die zur minimalen Überprüfung der Möglichkeit der soziokulturellen Anpassung von HIV/Aids-Präventionsmaßnahmen genutzt werden können:

1. Es ist davon auszugehen, dass Krankheit und Heilung in Mosambik und im subsaharischen Afrika meist nicht als eine individuelle Angelegenheit sondern als eine soziale betrachtet wird, d. h. Prävention kann nicht wie im Westen vorrangig mit einem individuellen sondern nur mit einem sozialen Ansatz erfolgreich werden. Heute werden aber in Mosambik ähnliche HIV/Aids-Präventionsratgeber verbreitet wie in USA oder Europa. Kaum eine der Präventionskampagnen oder -materialien bezieht systematisch den sozialen Kontext in die Prävention ein, die vor allem individuell auf die Nutzung von Kondome ausgerichtet wird.
2. Die Präventionsmaßnahmen müssen in der jeweiligen Muttersprache kommuniziert werden, was in Mosambik nicht immer der Fall ist. Die meisten Präventionsmaterialien sind in portugiesisch verfasst und gedruckt, was nur eine Minderheit der Landbevölkerung beherrscht. Sogenannte „Aktivisten“, die die Ratschläge der Be-

völkerung nahe bringen sollen, werden bisher allein gelassen, um adäquate Übersetzungen zu finden. So muss man annehmen, dass bisher wichtige Präventionsaussagen von den Angesprochenen nicht richtig verstanden oder verzerrt weitergegeben werden. Dabei müssen alle wichtigen Begriffe in die Muttersprache übersetzt und verständlich erklärt bzw. kulturell nachvollziehbar gemacht werden. Dies ist möglich durch analoge Bilder und Begriffe, die fremde Vorgänge und Konzepte von Ansteckungswegen nachvollziehbarer machen können. In Sofala, Zentral-Mosambik, wurde im Sommer 2005 deutlich, dass erfahrene Präventionspädagogen und Fortbilder zentrale Begriffe wie Ansteckung, Immunsystem, Virus und Prävention vor einer Sena sprechenden Zielgruppe spontan ins Portugiesische benennen; oft kennen sie die muttersprachlichen Übersetzungen dieser Begriffe gar nicht, so dass ihre Präventionsdiskurse von Bevölkerungsgruppen, die meistens kein portugiesisch verstehen, in ihren wesentlichen Aussagen nicht ankommen können (eigene Forschung im Rahmen des GTZ-Projekts 2005).

3. Die Nutzung kulturell adäquater Kommunikationsformen für die Verbreitung von Präventionsempfehlungen ist vorrangig, um mehr Wirksamkeit in der Prävention erreichen zu können: Bei oralen Kulturen wie der in Mosambik sind es vor allem Community-Theatre, Tanz, Lieder, sprachliche Metaphern und Analogien sowie weitere lokale Kommunikationsformen wie Initiationsrituale und andere Rituale, die entscheidend für die Wirksamkeit der Prävention sind. Visualisierungen sind meist weniger hilfreich, da es sich um oral orientierte Kulturen handelt. Der Erfolg der HIV/Aids-Prävention kann auch durch kulturell adäquate Inhalte der Prävention verbessert werden, indem wegen der Unübersetzbarkeit von kulturell geprägten lokalen Konzepten und Begriffen kulturell geprägte lokale Vorstellungen von Ansteckung, Krankheit und Heilung durch die Benutzung von adäquaten Begriffen in der Muttersprache einbezogen werden.
4. Eine soziokulturelle Anpassung der HIV/Aids-Prävention beinhaltet auch, dass „Reinigungsrituale“, die potenziell das HI-Virus verbreiten, mit traditionellen Leadern diskutiert werden müssen, damit dafür gesorgt wird, dass aus-

schließlich nur angepasste Reinigungsformen praktiziert werden.

5. Um wirksamer präventive Handlungen zu fördern, müsste in der Prävention möglichst durch Metaphern aus der Alltagssprache die Notwendigkeit thematisiert werden, dass sich vor den Ahnen, vor denen man nicht lügen kann, auch niemand verstecken kann, wenn eine HI-Virusansteckung an andere weitergegeben wird. Da sich in Mosambik bisher noch zu wenig Menschen testen lassen und nicht wissen wollen, ob sie infiziert sind, sind sie wenig motiviert, sich präventiv zu verhalten, da sie sich nicht bewusst sind, wer ansteckend wirkt. Nach der Durchführung der traditionell nötigen Reinigungsrituale bei möglichen Tabubrüchen könnten durch die Hinweise auf die Ahnen Träger von Aids-Symptomen motivierter werden, zu erfahren, ob sie tatsächlich von HIV infiziert sind, um zu vermeiden, dass sie durch eine Weitergabe einer HIV/Aids-Infektion vor den Ahnen schuldig werden.

Die hier genannten Notwendigkeiten werden bisher in der mosambikanischen HIV/Aids-Prävention kaum ernst genommen und umgesetzt; die Prävention müsste nach soziokulturellen Kriterien evaluiert werden, um die Wirksamkeit der HIV/Aids-Prävention sowohl in Mosambik wie auch in ähnlicher Weise in zahlreichen subsaharischen Ländern erhöhen zu können. Wenn wenigstens in den Präventionsbemühungen die Vorstellungen der Betroffenen mehr wahrgenommen würden und diese mehr in die Präventionsratgeber einbezogen werden würden, könnte es zu den eingeforderten Dialogen zwischen den Medizinsystemen und somit vielleicht zu mehr Wirksamkeit der Prävention führen. Hier gilt sinngemäß Paulo FREIRES Bild: erwachsene Menschen sind keine leere Flaschen, die man nur mit präventiven Ratschlägen zu füllen braucht. Erwachsene sind bereits voller Erfahrungen und haben bereits ihr eigenes Wissen. Dies muss mit neuen Erkenntnisse in Austausch treten, damit sie aufgenommen und verdaut werden können.

Danksagung

Ich danke Ekkehard Schröder für das umsichtige Lektorat. Die ursprüngliche Fassung des Beitrags thematisierte beim Arbeitskreis Medizinische Entwicklungshilfe (AKME) bei einer seiner halbjährigen Sitzungen am 8. 4. 2005 in Eschborn die Sensibilisierung von Gesundheitspersonal für kulturanthropologische Dimensionen in der Entwicklungshilfe.

Literatur

- AIRHIHIBUWA C.O. & DE WITT WEBSTER J. 2004. Culture and African context of HIV/AIDS prevention, care and support. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance (SAHARA)* Vol., Nr.1.
- AUGÉ M., HERZLICH C. 1994. *Le sens du mal*. Bruxelles: Editions des archives contemporaines.
- BENN C. 2002. Der Einfluss von Weltanschauung und Kultur auf die HIV-Aids Pandemie“ *epd – Entwicklungspolitik* Nr.16.
- BONNET D. & JAFFÉ Y. 2003. *Les maladies de passage – Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l’Ouest*. Paris: Karthala.
- BENOIST J. & DESCLAUX A. 1996. *Anthropologie et Sida*. Paris: Karthala.
- COMAROFF J. & COMAROFF J. 1993. *Modernity and its malcontents: Ritual and power in post-colonial Africa*. Chicago: University of Chicago Press.
- 1999. Occult economies and the violence of abstraction : Notes from the South African postcolony. *American Ethnologist* 26: 279-303.
- CAPRARA A. 2000. *Transmettre la maladie. Représentation de la contagion chez les Alladian de la Côte d’Ivoire*. Paris: Karthala.
- CROS M. 2005. *Résister au Sida – Récits du Burkina*. Paris: PUF.
- DAMASIO A.R. 1999. *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness* New York: Harcourt.
- DE GRACA-BUKALI F. L. 2002. *HIV/AIDS Prevention and Care in Mozambique*. Maputo: UNESCO.
- DEVEREUX G. 1972. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Gallimard.
- 1992 (1973 dt. Erstausgabe bei Hanser in München, engl. orig. 1967 in Den Haag). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- DILGER HJ. 2003. *Gesellschaftliche und kulturelle Aspekte von AIDS in Afrika: Implikationen für die Entwicklungszusammenarbeit*. Seminar Ländliche Entwicklung der Humboldt-Universität zu Berlin (Hg). *Entwicklungspolitische Diskusstage*. Berlin: HU: 69-77.
- 2005. *Leben mit AIDS. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika. Eine Ethnographie*. Frankfurt am Main: Campus.
- DOUGLAS M. 1985. *Reinheit und Gefährdung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp (Orig.: *Purity and Danger*. London 1966).
- EVANS-PRITCHARD E. E. 1937. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford.
- FARMER P. 1996. *Sida en Haiti – la victime accusée*. Paris: Karthala.
- FHI/IMPACT 2002. *Rapport d’Évaluation qualitative des connaissances, attitudes et comportements des jeunes en matière de sexualité avant le mariage dans la zone pastorale de Kibuye/Dioecese de Nyundo*. Kigali: Bericht einer ruandaischen NRO-FHI/Impact-Rwanda.
- GAUSSET Q. & MØRGENSEN H.O. 1996. „Sida et pollutions sexuelles chez les Tonga de Zambie“. *Cahiers d’études africaines* 14,3 (XXXVI) 455-476.
- GEEST S. VAN DER 2004. “Dying peacefully: considering good death and bad death in Kwahu-Tafu, Ghana.” *Social Science & Medicine* 58: 899-911.
- GESCHIERE P. 1995. *Sorcellerie et politique en Afrique. La vie des autres*. Paris: Karthala (engl. 1997, *The Modernity of Witchcraft. Politics and the Occult in Postcolonial Africa*, Charlottesville and London: University of Virginia).
- GREEN E.C. 1994. *DTS and HIVS-SIDA in Africa*. Washington. ——— 1999a. *Indigenous Theories of contagious disease*. Walnut Creek: Altamira Press.
- 1999b *The Involvement of African Traditional Healers in the Prevention of Aids and STDS*. In HAHN R.A. (ed). *Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. Oxford: Oxford University Press: 63-83.
- 2003. *Rethinking Aids Prevention-Learning from Successes in Developing Countries*. Westport: Praeger.
- GRONEMEYER R. 2002. *So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im südlichen Afrika scheitern*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- GUNE E.V.S. 2001. *O Papel da Cultura na Prevenção do HIV/ SIDA em Moçambique. 1987-1999*. Pesquisa exploratória. Maputo: Licenciatura, Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais (UFICS)-UEM, Maputo.
- HONWANA A.M. 2002. *Espíritos vivos, tradições modernas*. Lisboa: Ela por Ela.
- JACOBSON-WIDDING A. & WESTERLUND D. 1989. *Culture, Experience and Pluralism “Essays on African Ideas of Illness and Healing*. Uppsala: University of Uppsala.
- JAFFRÉ J. & DE SARDAN J. P. O. 1999. *La construction sociale des maladies*. Paris: PUF.
- JANZEN J. M. 1978. *The Quest for Therapy: medical pluralism in Lower Zaire*. Berkeley and London: University of California Press.
- JUNOD H. 1996. *Usos e costumes dos bantu*. Maputo: Archivo Histórico de Moçambique.
- KOTANYI S. 1999. *Das Kind, das auf einem Faden läuft – Ethnopsychanalytische Behandlung von Migrantenfamilien in Frankreich. Einführung in die Ethnopsychiatrie von Tobie Nathan*. Unveröffentlichte Magisterarbeit in Ethnologie an der FU Berlin.
- 2003-2006. *EspíritoCorpo – GeistKörper*. Dokumentarfilm. Maputo/Göttingen: IWF.
- KOHNERT D. 1996. Magic and witchcraft implication for democratisation and poverty-alleviating aid in Africa. *World Development* 24,8: 1347-1355.
- 1997. Zum Einfluss des Okkulten auf staatliche Legitimität und Demokratisierungshilfe in Afrika. *Sociologus* 47,1: 24-50.
- LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. 1967. *Vocabulaire de la psychoanalyse*. Paris: PUF.
- LAST M. & CHAVUNDUKA G.L. (eds) 1986. *The professionalisation of African medicine*. Manchester: Manchester University Press.
- LATOUR B. 1996. *Nous n’avons jamais été modernes*. Paris: La Découverte.
- LEWERTOWSKI C. & NATHAN T. 1998. *Soigner: Le virus et le fétiche*. Paris: Odile Jacob.
- LUIG U. 1978. Sorcery Accusations as Social Commentary. A Case Study of Mulago/Uganda. *curare* 1,1: 31-42.
- MORO M.R. 1994. *Parents en exil : Psychopathologie et migrations*. Paris: Puf.
- NATHAN T. 2001. *La Folie des autres – Traité d’ethnopsychiatrie*. Paris: Dunos.
- & STENGERS I. 1999. *Médecins et sorciers – Manifeste pour une psychopathologie scientifique*. Paris: Collection Les Empêcheurs de penser en rond.
- OFFE J. 2004. *Taking death Away. Veränderungen des Witwenreinigungsrituals in der Folge von AIDS. Vorläufige Ergebnisse einer Fallstudie bei den Bemba in Sambia*. In DILGER H.J., WOLF A., FRÖMMIG U. & VOLKER-SAAD K. (Hg). *Moderne und postkoloniale Transformation. Ethnologische Schrift zum 60. Geburtstag von Ute Luig*. Berlin: 162-176.

- ORTIGUES M.-C. & ORTIGUES E. 1966. *Oedipe Africain*. Paris: Harmattan.
- PARADA MARQUES I., FIALHO FELICIANO J., ADAM Y. & KOTANYI S. 2003. *Brochura de acompanhamento para a difusão activa do filme Espírito-Corpo*. Maputo: CIDAC.
- PARIN P., PARIN-MATTEHEY G. & MORGENTHALER F. 1971. *Fürchte deinen Nächsten, wie dich selbst*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- 1984. *Die Weißen denken zuviel*. München: Kindler.
- PFEIFFER J. 2002. African Independent Churches in Mozambique: Healing the Afflictions of Inequality. *Medical Anthropology Quarterly* 16,2: 176-199.
- 2004. Condom Social Marketing, Pentecostalism, and Structural Adjustment in Mozambique: a Clash of AIDS Prevention Messages. *Medical Anthropology Quarterly* 18,1: 77-103.
- SCHRÖDER E. 2002 (1983). Beobachtungen und Gedanken zum Dialog mit den Vertretern der traditionellen Heilkundigen. Ein Bericht. *curare* 25,1+2: 161-164 (Reprint aus *curare* 6,1: 3-8).
- SOMMA D.B. & KESSLER C. 2003. *The Cultural Approach to Hiv/Aids Prevention*. Bern: DEZA/SDC (Schweiz)
- THETA. 1998. *Innovation or re-awakening? – Role of Traditional Healers in the Management and Prevention of Hiv-Aids in Uganda*. Evaluation report. Kampala.
- THOMAS L.V. 2000. *Les chairs de la mort – Corps, mort, Afrique*. Paris: Sanofi-Synthélabo.
- POSEL D., COLSON E., CHRISTIANSEN C., ROMPEL M., HEALD S. & KOHLMORGEN L. Aids und Politik. *Peripherie* 93/94 (Schwerpunktheft).
- UNESCO 1999-2003. *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA* Nr 1 bis 20. Paris: <http://www.unesco.org/aids>.
- UNAIDS best Practice Collection. 2000. *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa—A literature review*. Key Material. Genève: UNAIDS..
- 2002. *Ancient remedies, new Disease. Involving traditional healers in increasing acces to AIDS care and prevention in East Africa* UNAIDS Case Study. Genf: UNAIDS.
- VENTEVOGEL P. 1996. *Whitemans's Things—Training and de-training healers in Ghana*. Netherlands.
- VANGROENWEGHE D. 2000. *Sida et sexualité en Afrique*. Bruxelles: Press
- WEISS F., MORGENTHALER F. & MORGENTHALER M. 1984. *Gespräche am sterbenden Fluß*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- WEISS F. 1999. *Die dreisten Frauen* Frankfurt a. M.: Fischer.
- WOLF A. 2001. Morality and Indigenous Concepts of Sexually Transmitted Diseases in Southern Africa. *afrika spectrum* 36,1: 98-108.



Sophie Kotanyi, * 1953, Ethnologin, M.A., Filmautorin. Studium der Anthropologie, Religionswissenschaften, Psychologie an der FU Berlin, und Filmstudium. Realisierte Film-Produktionen u.a. auf den Kapverden, in Guinea Bissau und in Mosambik; in der Erwachsenenweiterbildung tätig sowie in der psychosozialen Traumaarbeit in Mosambik und Ruanda; Lehrtätigkeit am Tropeninstitut in Heidelberg (ATHÖG).

Fichardstr. 52, D-60322 Frankfurt a.M.
e-mail: sophiekotanyi@yahoo.de