

***Curare* – Ausgewählte Editorials aus Vol. 7, 1984**

geringfügig redaktionell überarbeitete Fassung, z.B. Einfügung von kompletten Titeln bei den angeführten Autoren, für die Website der AGEM www.agem-ethnomedizin.de.

Hans-Jochen DIESFELD 1984. Ein persönliches Editorial zur Rolle der traditionellen Medizin.

Curare 7(1984)1: 33-35 [in *Curare* im Rückblick: Repr. *Curare* 15(1992)3: 200-202]

Es gibt sehr viele Ausgangspunkte für eine Betrachtungsweise traditioneller Medizin: Aus der Distanz des wissenschaftlichen Beobachters werden ethnographisch interessante Ausprägungen einer fremden Kultur beschrieben. Auf der Suche nach gemeinsamen anthropologischen Wurzeln kann ein komparatives Element hinzukommen. Nicht zu vergessen ist die Jahrhunderte alte Suche nach Heilmitteln in anderen Kulturen für den eigenen Bedarf. Medizin als Teil eines kulturellen Systems, Ethnomedizin als Kulturvergleich, Medizingeschichte als Kulturgeschichte, als Ideengeschichte und Geschichte von Heilkunden und Heilmitteln.

Die historisch belegte Medizin ist die Geschichte vom Kommen und Gehen und vom Austausch von Heilkunst und Heilmitteln im Verlauf eines ständigen Kulturwandels. Doch noch nie war die Durchdringung anderer Kulturen, d.h. Medizinsysteme, durch eine – die naturwissenschaftlich-positivistisch-rationale technologische des Abendlandes – so absolutistisch, machtvoll und ubiquitär. Doch auch diese ist nicht frei von Gegenströmungen. Die Art und Weise, wie heute "traditionelle Medizin" behandelt, erforscht und ausgebeutet wird, ist Beweis dafür. Eine Triebfeder für diesen Trend auf der Suche nach Alternativen, nach Traditionellem – zwei Begriffe, die auseinandergehalten werden müssen – ist die Schwäche oder vermeintliche Schwäche des einen Systems vor allem im "humanen" Bereich. Dies erfordert Kritikfähigkeit, Toleranz und den offenen Blick, allerdings noch mit der Sicherheit des vertrauten Systems im Hintergrund. Vielleicht ist dies nur eine Übergangsphase vor erneuter Engstirnigkeit und Intoleranz.

Die Bereitschaft zur kritischen und freien Auseinandersetzung mit den sogenannten nicht wissenschaftlichen Medizinsystemen wird von Puristen der naturwissenschaftlichen Medizin als morbide Unwissenschaftlichkeit betrachtet. Die Grenze zwischen Wissen und Glauben ist gerade in der Medizin fließend.

Nicht die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin stehen zur Diskussion; diese werden immer weiter und tiefer und entreißen dem Bereich des Glaubens oder der Empirie immer neue Geheimnisse und überführen sie in naturwissenschaftlich begründetes Wissen. Die Medizin als Kunst des Heilens und Vorbeugens von Krankheit mit Hilfe der Naturwissenschaften steht zur Diskussion. Es gibt nach wie vor vieles im Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten, Krankheits- und Heilungsprozessen, dessen wissenschaftliche Erklärung aussteht. Mit zunehmender Erkenntnis über Gesundheit und Krankheit nehmen diese Fragen zu. So sehr die Heilung der objektiv fassbaren Diagnose und Therapie bedarf, und niemand streitet dies ab, so sehr bedarf sie andererseits in vielen Fällen auch (noch) nicht wissenschaftlich objektivierbarer Prozesse, ohne die der Patient – ohne dass Arzt und Patient sich darüber klar sein müssen – nicht gesunden oder sein Leid tragen kann. Das Problem für den Patienten besteht darin, dass diese Antinomie zwischen wissenschaftlicher und nicht wissenschaftlicher Medizin auf seinem Rücken ausgetragen wird, ihn verunsichert, Vertrauen untergräbt und ihn damit des wohltätigen Einflusses des sogenannten Plazebo-Effekts beraubt. Die Unvereinbarkeit beginnt dort sich zu manifestieren, wo die Jünger der einen Richtung die Jünger der anderen zu überzeugen suchen

und, wo dies nicht gelingt, diskriminieren und verteufeln, nur weil die Messinstrumente des einen die Objekte des anderen (noch) nicht zu erfassen vermögen, oder weil man sich darum nicht bemühen zu müssen glaubt.

Zum Wohle des Patienten wäre es besser, es würden beide Seiten oder wie viele es auch sein mögen, im Einzelfall versuchen, die ihnen jeweils gesetzten Grenzen zu erkennen und zu respektieren und der anderen Seite eine Chance einzuräumen. Jede Seite wird stets Argumente für sich und gegen die andere Seite haben und mit gutem Grund.

Die Kraft der Heilung liegt aber nicht nur in der objektiven Kraft der Droge oder des Eingriffs, sondern auch in der Überzeugungskraft, oder im Glauben des Heilers an seine Kunst, die er auf den Kranken überträgt. Die Pharmakologie nennt dies im Zusammenhang mit Medikamenten Plazeboeffekt, ohne den es keine Gesundung gibt. Dies gilt für den Schamanen ebenso wie für den modernen Chirurgen. Dies ist eine von den Naturwissenschaften unabhängige Variable, die zu allen Zeiten der Medizin eigen ist. Und hier liegt die Trennlinie zwischen Ärzten in jeglichem Heilsystem und Scharlatanen. Da haben in Bereichen jenseits der Wirkungsgrenzen der naturwissenschaftlichen Medizin psychisch und psychosomatisch unterstützende Vorgänge ihre Berechtigung. Wo Angst gemindert oder Glauben gestärkt wird, findet auch Heilung statt oder wird Kraft zum Tragen des Leidens vermittelt (Lourdes-Phänomen).

Zumindestens finden diese Phänomene ihre Berechtigung, solange die Medizin diese Aspekte nicht selbst in ihre Grundlagen fördernd mit einbezieht – und damit Scharlatanen das Wasser abzugraben hilft. Diese sehr sublimen Grenzen der Medizin, welcher Richtung auch immer, moderner, naturwissenschaftlicher, empirischer, traditioneller, werden systematisch zerstört, wenn man die Frage nach der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit von sogenannten empirischen Verfahren und Heilmitteln fordert. Dass diese Frage gestellt und beantwortet werden muss, ist aus der Sicht der nach Objektivität und Reproduzierbarkeit strebenden naturwissenschaftlichen Medizin klar und logisch. Was dieser Nachprüfung nicht standhält, wird abgelehnt. Und doch werden auch hier, mit modernen Verfahren der Biochemie und Molekularbiologie bestätigt, die vor kurzem noch streng wissenschaftlich abgelehnt werden mussten. Auch dies ist Medizin in einer Transfersituation. Wenn dieser Transfer aus der Empirie in die Welt der wissenschaftlichen Medizin nicht gelingt, ist der Erfahrungsschatz verloren, weil er dann abgelehnt werden wird. Der rationale Planer von modernen Gesundheitssystemen wird nicht ruhen, bevor nicht die letzten Geheimnisse der empirischen Heilkunst aufgeklärt und, wo nicht, eliminiert sind. Daran ändert auch die gesundheitspolitische Forderung nach Akzeptanz von traditioneller Medizin unter bestimmten Bedingungen nichts oder der Ruf nach weniger invasiver Medizin. Die Provokationen eines Ivan Illich sind längst ad acta gelegt. Die blauäugige Wunschvorstellung, traditionelle Medizin dort zu "akzeptieren" und zu fördern, wo moderne Medizin nicht hinreicht, oder nicht bezahlbar ist, verurteilt traditionelle Medizin dort, wo sie noch die Medizin der Wahl ist, zur Medizin zweiter Wahl, nur weil westliche Medizin dort noch nicht Fuß fassen konnte.

Setzt westliche Medizin sich aber durch, ist dies häufig ein dürftiges Surrogat. Was von naturwissenschaftlicher Medizin häufig übrig bleibt, wenn sie unter Entwicklungslanderbedingungen und in nicht entsprechend angemessener Weise installiert und praktiziert wird, kann u. U. schädlicher sein, als gar keine. Vor allem ihr unreflektierter großmaßstäbiger Einsatz unter falschen Prämissen am falschen Ort kann verheerende Folgen haben. Die unsachgemäße Verwendung moderner Medizin ist ebenso Scharlatanerie wie der Einsatz "traditioneller" Praktiken nur des Scheines wegen, weil sich dies heute gut verkauft. Noch nie wurden iatrogene Schäden verschiedener Heilsysteme gegeneinander abgewogen. Jedes System wird zunächst mit den negativen Effekten des anderen konfrontiert und neigt daher dazu, diese als Beweis für die Schädlichkeit des anderen anzuführen. Eklektische Medizin, kritische Auswahl, das rechte

heilsame Mix - etwa die Fächerkombination Allgemeinarzt und Naturheilverfahren – ist nicht unproblematisch. Es bedarf noch einer intensiven Grundlagenforschung, bevor ein primär naturwissenschaftlich geschulter Arzt sich guten Gewissens der empirischen Medizin bedienen darf, ohne sich in den Augen der Inhaber der reinen Lehre unglaubwürdig zu machen. Was bei uns im harten ärztlichen Alltag mit chronisch Kranken nach der Entlassung aus den Hochburgen der Medizin geschieht, wird von Vertretern der Lehre nicht zur Kenntnis genommen. Nicht einmal die Ausbildung des Arztes zum Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin) wird konsequent gefördert, sondern systematisch auf dem Altar des vermeintlichen Fortschritts geopfert.

Die Beiträge dieses Heftes mögen zur Debatte anregen, die nicht nur in den Entwicklungsländern, sondern auch in unserer Medizin notwendig ist, die ernsthaft und, soweit es möglich ist, objektiv geführt werden muss, nicht so sehr einer wie immer vertretenen reinen Lehre zuliebe, sondern vielmehr zum Wohle der Patienten in aller Welt, sofern die Resultate dieser Auseinandersetzung in die Hand von Ärzten gelegt werden können. – Die Zusammenarbeit des Priesterarztes mit den naturwissenschaftlichen Ärzten, wie sie im vorausgegangenen Beitrag über die Cuna-Indianer von Roland WERNER (*Traditionelle Priesterärzte und Moderne Medizin. Das öffentliche Gesundheitswesen der Cuna-Indianer auf dem San Blas-Archipel von Panama*, S. 3-32) gefordert wird, mag bei entsprechenden Persönlichkeiten auf beiden Seiten möglich sein. Unter dem Übergewicht naturwissenschaftlicher Medizin gerade in den dynamischen sogenannten Entwicklungsgesellschaften wird diese Diskussion erstickt werden. Etablierte Professionalismen stoßen aufeinander. Was passiert, wenn irgendwann und irgendwo auch in der Medizin traditionelle Fundamentalisten die Macht übernehmen, wird sich vielleicht einmal zeigen. Vieles wird an den Patienten und ihrer Präferenz liegen. Sie sind heute diejenigen, die den Markt des Medizinangebots mitbestimmen und ihre Bedürfnisse äußern, wie etwa in den ägyptischen Oasen des Beitrags von Frank BLISS (*Volksheilkunde in den ägyptischen Oasen der westlichen Wüste*, S. 49-60). Welches Unheil hochwirksame westliche Medizin in einem desorganisierten Surrogat eines westlichen Gesundheitssystems anrichtet, zeigt Paul KRÄMER (*Tuberculosis and its Treatment in North-West Somalia: Social and Organisational Problems and their Medical Implications*, S. 42-48) in seinem Beitrag über die Tuberkulosebehandlung in Somalia. Boris VELIMIROVICs "Polemik" zu der Vorstellung der WHO (*Traditional Medicine is not Primary Health Care: a Polemic*, S. 61-79), Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000 mit Hilfe der traditionellen Medizin zu erreichen, möge zu einer heilsamen Diskussion Anlass geben.

Das Aufzeigen der Feigenblattpolitik, als ob traditionelle Medizin und Dorfgesundheitshelfer ein Ersatz für gesundheitsbezogene Entwicklung sei, möge zu einem lebhaften Echo führen in einer Zeitschrift, deren Schicksal es ist, aus der Sicht westlich erzogener Wissenschaftler und Ärzte nicht-westliche Heilsysteme in systemimmanenter Einseitigkeit zu diskutieren. In vielen Fällen ist Medizin ohne Willen zur Gesundung, ohne Glauben und Hoffnung an das Weiterleben können nicht wirksam. Im Leid zerbricht das oft dünne Eis der Objektivität, und der Kranke und der Verzweifelte suchen Heil und Linderung, wo diese zu finden sind. Das naturwissenschaftliche Denkmodell hat bei all seiner Berechtigung und Leistung hier seine Grenzen. Der Vorwurf an dieses System besteht darin, dass es in seinem Absolutheitsanspruch diese Seite des Lebens vernachlässigen zu können glaubt, sofern sie sie überhaupt wahrnimmt. Wie anders ist es sonst zu erklären, dass diese humanwissenschaftlichen Bereiche aus Forschung und Lehre der Humanmedizin so völlig ausgeblendet werden.

Heidelberg, am 2.3.1984

BICHMANN Wolfgang 1984. Editorial. Ethnomedizin und primäre Gesundheitspflege.

Curare 7(1984)1: 83-84 [2x Reprint, siehe *Curare* im Rückblick: *Curare* 15(1992)3: 198-199 und im Jubiläumsband *Curare* 25(2002)1+2: 13-16]

Das Völkerkundemuseum der von Porthheim-Stiftung habe im Sinne des Stifters, dessen besonderer Wunsch die Förderung der Medizin war, schon immer Exoten beherbergt. Seit nunmehr zehn Jahren, seit Februar 1974, habe die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. hier Vertrags- und Diskussionsveranstaltungen durchgeführt, und inzwischen sei auch ihre Geschäftsstelle und die Literatursammlung hier untergekommen. Allerdings habe bislang seines Wissens noch nicht abschließend geklärt werden können, wo die Grenzen des ethnomedizinischen Arbeitsgebietes lägen, betonte Dr. Walter Böhning als Gastgeber, als aus diesem Anlass am 13.3.1984 zur Diskussion über ein Thema von allgemeinem, interdisziplinärem Interesse mit gleichermaßen sozial- und entwicklungspolitischer Relevanz eingeladen wurde.

Zur Diskussion stand VELIMIROVICs Polemik zu Traditioneller Medizin (TM) und Primary Health Care (PHC), deren Veröffentlichung in diesem Heft abgeschlossen wird (*Boris Velimirovic: Traditional Medicine is not Primary Health Care: A Polemic, Part 1* in *Curare* 7, 1/84: 61-79, and *Alternative Medicine, Dried Lizards and the Holistic Fad: Polemic, Part 2*, hier S. 85-94 // *Comments on Velimirovic's Polemic* by Beatrix Pfeleiderer, Horst Figge, Paul Hinderling and Thomas Maretzki, and author's reply, hier S. 95-102).

Die Kritik an der Effizienz der TM - auch an den realen Möglichkeiten ihrer Integrierbarkeit in die staatliche Gesundheitsversorgung - ist berechtigt. Es ist andererseits nicht evident, warum die WHO nur aufgrund (natur-) wissenschaftlich gesicherter Daten zur TM Stellung beziehen sollte. Die Förderung operationeller Forschung über TM im jeweiligen nationalen Kontext, aus der dann auch gesicherte Daten hervorgehen, gehört im Sinne von Strategieempfehlungen sicherlich auch zu den Aufgaben dieser internationalen Organisation. Gesundheitsversorgung ist bekanntlich keineswegs nur ein medizinisches Problem, dem mit naturwissenschaftlichen Daten gerecht zu werden ist. Über Gesundheitsversorgung als sozialpolitische Institution liegen indessen die geforderten harten Daten in Entwicklungsländern ebenso wenig wie in den Industrieländern vor: Bei gesundheitspolitischen Diskussionen gehen stets Wertvorstellungen mit ein, und es wäre überraschend, hierbei universelle Einmütigkeit zu erzielen - mit und ohne gesicherte Daten!

Aufgabe der Ethnomedizin kann nicht nur sein, Kenntnisse über nachprüfbare Wirkungen von Phytotherapeutika und traditionellen Techniken zu sammeln: Die Untersuchung der sozialen Realität, in der die Therapie stattfindet, gehört seit jeher mit zum Untersuchungsgebiet. Auch wenn die wissenschaftliche Schulmedizin unbestritten erfolgreich ist, darf die Akzeptanzfrage nicht vernachlässigt werden: Medizinische Maßnahmen wirken nicht nur kausal-instrumentell, sondern sind eingebettet in kulturelle und soziale Beziehungen und Kommunikation. TM hat - zumindest in Afrika und Asien - eine wesentliche Funktion in der Krankenversorgung, auch bei zugegebenermaßen unzureichender Effizienz. Aber auch die Institutionen der Primärversorgung des staatlichen - schulmedizinisch geprägten - Gesundheitsdienstes sind in diesen Ländern insuffizient. Insofern betont VELIMIROVIC völlig zu Recht die Notwendigkeit, diese Einrichtungen zu stärken und zu verbessern und wegen räumlicher Entfernung von ihrer Nutzung ausgeschlossenen Bevölkerungsteilen den Zugang zu ermöglichen. Hieraus eine Begründung für die Ablehnung des TM-Programms der WHO abzuleiten erscheint aber nicht berechtigt.

Kultureller und sozialer Wandel wirkt sich nicht nur im Bereich der traditionellen Medizin aus, sondern er hat auch Rückwirkungen auf die wissenschaftliche Schulmedizin. Sozialepidemiologische, medizinsoziologische und ethnomedizinische Forschungsdefizite bestehen in allen Entwicklungsländern. Die Förderung des TM-Programms könnte dazu führen, dass die von VELIMIROVIC vermissten zuverlässigen Daten im Laufe der Zeit erhoben werden können. Auch die wissenschaftliche Medizin erhält ja ihre Kenntnisse über unnütz und schädliche Therapien nicht nur aus der pharmakologischen Prüfung von Medikamenten – deren Methodik gleichwohl auch auf die Prüfung traditioneller Therapieverfahren übertragen werden sollte. In den wenigsten Entwicklungsländern bestehen dafür aber bislang die materiellen Voraussetzungen. PHC darf nun keinesfalls als Gegensatz zur Einbeziehung der TM in die Gesundheitsdienste verstanden werden. PHC bezeichnet einen neuen gesundheitspolitischen Ansatz und besteht nicht nur in der Förderung der untersten Ebene der nationalen Gesundheitsdienste! Dieses Missverständnis des PHC-Konzeptes ist leider weit verbreitet. Verstärkte Einbeziehung der Gemeinden in gesundheitsrelevante Planungs- und Entscheidungsprozesse zwingt nachgerade dazu, die bestehenden traditionellen Versorgungsformen zu berücksichtigen und zu verbessern. Bei der Förderung von PHC als primärer Gesundheitspflege ist TM daher ein integraler Bestandteil.

Der Kritik an einer euphorischen Verklärung alternativer "ganzheitlicher" Therapieformen, wie sie zur Zeit in Europa zu beobachten ist, kann nur zugestimmt werden. Adressaten dieser Kritik sollten aber die Betroffenen, bzw. präventiv die "Risikogruppen" sein: Diese Diskussion müsste also verstärkt in die Medien getragen werden, die eine breitere Öffentlichkeit erreichen. Da sich diese alternativen Therapien zum großen Teil im Bereich der psychosozialen Befindlichkeitsstörungen etabliert haben, kann ihnen aber auch nicht ausschließlich mit einer im wesentlichen aufs Somatische orientierten biomedizinischen Argumentation begegnet werden.

Durch VELIMIROVICs Polemik wurde eine Diskussion in der AGEM wiederbelebt, die sich um Funktion, Aufgaben und Ziele ethnomedizinischer Forschung im Spannungsfeld zwischen traditionellem Gesundheitsverhalten und soziokulturellem Wandel dreht. Die Widersprüchlichkeit einzelner Argumente kann dabei durchaus befruchtend und weiterführend wirken. Insofern trägt auch das TM-Programm der WHO und die PHC-Philosophie zu einer Öffnung des Blickfeldes vom einseitig medizinischen Denken auf die soziokulturelle und sozioökonomische Einbettung von Gesundheit und Krankheit bei.

An die Statements von vier Teilnehmern vom Diskussionsabend im März und eine Antwort des Autors der Polemik schließt sich Hermann SCHMITZ' Betrachtung der Medizin als dogmatische Wissenschaft in überraschender Aktualität an (*Ein Beitrag der Philosophie zur ärztlichen Selbstkritik*, S. 103-110). Die Beiträge von Erwin ACKERKNECHT (*Säftelehre, einst und jetzt*, S. 111-116), Antonio SCARPA (*Degradation de l'allaitement naturel: de la 'lactatio serotina' ou 'agravidica' à l'hypogalactie des sociétés modernes*, S. 117-122), Günter CLAUSER (*Gedrechselte Windelschoner oder Nachtgeschirre*, S. 123-128 [Reprint in *Curare* 25(2002)1+2: 81-86] und Johannes LAPING (*Gesunde Lebensweise. Der svasthavrttādhyāya des altindischen Mediziners Suśruta. Übersetzt und kommentiert*, S. 129-143) schließlich haben bei aller Verschiedenheit aus ethnomedizinischer Sicht das Thema der gesunden Lebensweise gemein – den eigentlichen Grundgedanken der primären Gesundheitspflege, die sehr viel mehr umfasst als nur den medizinischen Erstkontakt.

Heidelberg im August 1984

Thomas Hauschild: Ethnomedizin als ärztliche Anwendung? Editorial

Curare 7(1984)3: 146-148 [Repr. *Curare* im Rückblick: *Curare* 15(1992)3: 202-204]

Als Ethnologe hat mich immer die Selbstsicherheit beeindruckt, mit der Mediziner auftreten. Die naturwissenschaftliche Ausbildung - so scheint es - befähigt den Dr. med. nicht nur zur oft überlebenswichtigen zupackenden Diagnostik und Therapie, sondern sie erlaubt ihm auch, im schnelleren Zugriff andere Wissenschaftsgebiete zu erfassen und seinem ärztlichen Blick gemäß zu ordnen. Dieses Erstaunen an den Mediziner setzt schon auf der Alltagsebene ein. Ich habe heute noch einen Ordinarius der Ophthalmologie vor Augen, der solchermaßen angefüllt mit Autorität und therapeutischem Charisma durch seine Klinik und auf geschlossene Türen zustürmte, dass es schien, die ja kategorial für ihn bereits aufgelöste Welt habe auch wirklich aufgehört, vor ihm zu bestehen - freilich wurden diese Türen auch stets von beflissenen Assistenten aufgerissen und so der reibungslose Betrieb gewahrt.

Auch der geisteswissenschaftlichen Betrachtungsweise nächstehende Ärzte bleiben manchmal dieser triumphalen Gestik verhaftet. Freud z.B. rätselte, ob er mit der Psychoanalyse der medizinischen Wissenschaft als theoretischer "Conquistador" neue Territorien erschlossen hatte oder ob er nicht umgekehrt sich hatte erobern lassen von den Phantasien seiner frühen Patientinnen (1). Ethnomedizin als interdisziplinäres Arbeitsfeld (2) lebt in manchem von der Spannung zwischen dem naturwissenschaftlichen Zugriff und der ethnologischen Wissenschaft, die sich mit einigem Stolz auf "von innen", durch Feldforschung erworbene Spezialkenntnisse fremder Kulturen zurückzieht. In diesem Dialog stehen oft Restkategorien über, die naturwissenschaftliche Denker stören müssen: Das "Curiose" der Rituale, die abergläubische "Spreu", die man vom "Weizen" der rational begründeten Heilmittel trennt oder auch die schwer übersetzbaren Krankheitsbegriffe fremder Kulturen (3). Während es früher meist bei der Abgrenzung blieb, wird heute gern aus romantischem Interesse oder beim Versuch der funktionalistischen "Abdeckung" des Fremden die Grenze überschritten: Magische Heilmittel etwa werden zum "Placebo", zur "instinktiven Halb-Psychoanalyse", oder schlicht zur "Parapsychologie" deklariert und so dem Zitatenschatz des philosophisch interessierten Arztes eingesackt (4). Die Gültigkeit dieser Übersetzungsversuche und des dabei vorausgesetzten Magieverständnisses hat noch keiner bewiesen. Dabei würden doch gerade die Details der neuerdings von der Schulmedizin so großzügig angebotenen Kooperation mit der traditionellen Medizin von genauer Kenntnis und Abgrenzung in diesem Bereich abhängen. Ein Glück, dass die Realität der Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt (und oft auch bei uns) längst von pragmatischen Patienten selbst bestimmt wird und nicht vom jeweiligen Kategorieapparat des behandelnden Arztes, der sich im Extremfall entweder hysterisch gegen das "Irrationale" stellt oder am liebsten selbst den Zauberstab schwingen würde (5). Der angesichts von Magie und Krankheit angeblich so schutzlose Wilde, das unlogische "Kind des Augenblickes" scheint ohnehin nur in unserer Vorstellung existiert zu haben (6). In den drei Beiträgen des vorliegenden Heftes nun werden Vor- und Nachteile, auch Fortschritte der medizinischen Betrachtungsweise auf unserem Feld sehr deutlich.

Louise JILEK-AALL und Wolfgang G. JILEK (*Intercultural Psychotherapy: Experiences with North American Indian Patients*, S. 161-166) beschreiben Erfahrungen im Umgang mit indianischen Patienten. Aufdeckende Psychotherapie kann hier zur Entdeckung verdrängter kulturspezifischer Syndrome führen, die durch Weiterempfehlung an die traditionellen Rituale gelöst werden können. Andererseits muss die westliche Psychodiagnostik lernen, Unterschiede in den Wertvorstellungen, auch im Begriff für "normal" und "anormal" zu berücksichtigen. Das dabei entstehende Szenario einer "interkulturellen Therapie", welche auch dem durch die Massenmedien in ein internationales Dorf (7) - also in ein neues Mittelalter - versetzten Weißen gilt, wirkt beklemmend prophetisch.

Eine ähnliche Öffnung unserer medizinischen Kategorien deutet sich in Harry D. EASTWELLS (*Australische Aborigines: Psychiatrische Überlegungen zur Lebensführung und zum Weltbild der australischen Ureinwohner*, S. 167-188) Überblick der Ethnomedizin australischer Ureinwohner an. Seine großangelegte Zuordnung epidemiologischer, demographischer und ethnographischer Daten zeigt vor allem die Unvollkommenheit der zitierten Erhebungen. Unser Wissensstand auf diesem Gebiet ist erbärmlich gering – und das nach mehr als einem Jahrhundert australischer Ureinwohnerforschung, welche die "Abos" zu einem Markenzeichen der primitivistischen Ethnologie machte! Einige Schlüsse, so EASTWELL, lassen sich aus dem Datenmaterial aber doch ziehen, z.B. zur Abhängigkeit der Geburtenrate von Fruchtbarkeitsriten oder zu kulturspezifischen Neurosen der Ureinwohner. An manchen Punkten schlägt die sonst so schonungslose Literaturanalyse dann leider in die eigentlich bekämpften Spekulationen um. So wird einfach dekretiert, Hexereivorstellungen seien wahnhaft Rationalisierungsmechanismen angesichts der Psychose – als wüssten wir besser, was Schizophrenie eigentlich ist, als würde dieser Begriff für sich schon alles erklären. Und dass der Autor mal zwei dehydrierte Opfer von Todeszauber mit dem Hubschrauber aus der Wüste in ein Hospital schleppte, muss uns nicht von seinem Argument überzeugen, der angebliche Zauber bestünde "einfach nur in Wasserentzug". Der von EASTWELL zitierte Spruch Gilbert Lewis' "Wer hat je einen Voodoo-Tod beobachtet? Gibt es wirklich keine andere Erklärung dafür als Zauberei?" gilt ja wohl umgekehrt auch und gerade für Ärzte und Physiologen, die uns jetzt schon seit Jahrzehnten einreden wollen, sie wüssten ganz genau wie das funktioniert (8). Weniger wäre hier mehr gewesen, nämlich eine Bestandsaufnahme unseres Wissens über die Aborigines und Hinweise auf konkrete Forschungsziele sowohl für die ethnographische Mikroanalyse des Verhaltens wie für epidemiologische Studien.

Ähnlich lehrreich und doch unbefriedigend bleiben die von Christian SCHARFETTER referierten Arbeiten zur Ethnopsychiatrie der Chaco-Indianer (*Psychiatrie der Chaco-Indianer Südamerikas*, S. 189-194). Wie schon in Jane Murphys einflussreichem Kulturvergleich (9) wird auch hier deutlich, dass neurotische Symptome ganz erheblich kulturspezifisch variieren, Psychosen aber genauso in "primitiven" Gesellschaften auftreten können wie in Europa. Warum diese Darstellung jedoch mit einer Beschwörung verbunden sein muss, nämlich der des "angsterregten" (*existencia panica*), "schutzbedürftigen" und "irrationalen Wilden", dessen Kultur der Zerstörung durch die weiße Zivilisation entgegentreibt – diese Frage wird uns nur die Anwendung psychologischer und ethnologischer Fragestellungen auf die betreffenden Wissenschaftler beantworten können.

In diesem Sinne möchte ich meinen künftigen Beitrag in der Schriftleitung von *Curare* gestalten: ausgehend von den im Dialog Ethnologie-Medizin offen bleibenden Fragen konnten wir vordringen zu einem erweiterten Verständnis der Bedingungen von Gesundheit, Krankheit und Heilung in fremden Kulturen und schließlich bei uns selbst.

Anmerkungen

(1) SCHUR M. 1973. *Sigmund Freud, Leben und Sterben*. Frankfurt/M., S. 243ff.; ERDHEIM M. 1982. *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit*. Frankfurt am Main, S. 63ff.; vgl. HAUSCHILD Th. 1980. Ethno-Psychoanalyse, Symboltheorien an der Grenze zweier Wissenschaften, in: SCHMIED-KOWARZIK W. & STAGL J., *Grundfragen der Ethnologie*, Berlin, 151ff.

(2) STERLY J. 1971. Ethnomedizin, Entwurf einer Zeitschrift. *Ethnomedizin*, Bd. I, S. I ff.; ders. 1974. Zur Wissenschaftstheorie der Ethnomedizin. *Anthropos* 69, S. 608ff.

(3) HAUSCHILD Th. 1976/77. Zur Ideengeschichte der Ethnomedizin. *Ethnomedizin*, Bd. IV, S. 357ff.

(4) HAUSCHILD Th. 1979. Sind Heilrituale dasselbe wie Psychotherapien? Kritik einer ethnomedizinischen Denkgewohnheit am Beispiel des süditalienischen Heilrituals gegen den bösen Blick, *Curare* 4, S. 241 ff.; ders. 1980, Ethnopsychiatrie bzw. transkulturelle (vergleichende) Psychiatrie, in: PETERS U. (Hg), *Die Psychologie des XX. Jahrhunderts*, Bd. X, München, S. 1113-1120.

(5) GREVE R. 1982. 'Deu basne' und Antibiotika: Schamanistische Heilrituale und westliche Medizin im Austausch, in: BRINKMANN F., *Nachtschatten im weißen Land, Betrachtungen zu neuen und alten Heilsystemen*. Berlin, S. 257ff. und in: HAMPEL D. u.a. 1983. *Gesundheit in der dritten Welt*. Darmstadt, S. 280ff.

(6) Zur Illustration des Wandels in der ethnologischen Auffassung vom "angsterregten Wilden" vergleiche man folgende Zitate. Freud gab die herrschende ethnologische Sichtweise wider, als er 1913 schrieb: "Der Primitive ist ungehemmt, der Gedanke setzt sich ohne weiteres in Tat um, die Tat ist ihm sozusagen eher ein Ersatz des Gedankens..." (*Totem und Tabu*, Gesammelte Werke, Bd. IX, S. 194. Claude LÉVI-STRAUSS setzte seinem 1962 erschienenen Buch "Das wilde Denken" folgendes Balzac-Zitat voran: "Niemand ist in seinen Berechnungen so genau wie die Wilden, die Bauern und die Provinzler; wenn sie vom Gedanken zur Wirklichkeit kommen, ist daher alles schon fertig". (*Das wilde Denken*, Frankfurt/M. 1973, S. 8).

(7) McLUHAN M. 1968. *Die magischen Kanäle*. Düsseldorf.

(8) CANNON W.B. 1942. 'Voodoo'-Death. *American Anthropologist*. N.S. 44; dazu bereits LÉVI-STRAUSS' in "Der Zauberer und seine Magie" (*Strukturelle Anthropologie*, Bd. I, Frankfurt 1967, S. 183ff), wo CANNONS Thesen scheinbar akzeptiert werden, aber die weitere Abfolge der Fallgeschichten gerade rationalistische Erklärungsmuster entwertet, und FEYERABEND P. 1976. *Wider den Methodenzwang*. Frankfurt, S. 71ff., 73ff.; sowie STERLY J. 1965. Kritische Bemerkungen zur Erörterung des sogenannten gewaltsamen Todeszaubers in Melanesien, in: PETRI H., *Beiträge zur völkerkundlichen Forschung*, Köln, S. 205ff.

(9) MURPHY J.M. Psychiatry labelling in cross-cultural perspective. *Science* 191, S. 1019 ff.

-