

# Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen



# Grenzfragen

Veröffentlichungen des Instituts der Görres-Gesellschaft  
für interdisziplinäre Forschung  
(Naturwissenschaft – Philosophie – Theologie)  
Herausgegeben von Ludger Honnefelder

Band 33

# Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen

Umdeutungen von  
Gesundheit und Krankheit

Herausgegeben von  
Gregor Maria Hoff, Christoph Klein und  
Matthias Volkenandt

Beiträge von

Eckhard Frick SJ  
Karl Gabriel  
Gregor Maria Hoff  
Ludger Honnefelder  
Christoph Horn  
Christoph Klein  
Ulrich Lüke  
Claude Ozankom

Verlag Karl Alber Freiburg / München

Originalausgabe

© VERLAG KARL ALBER  
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2010  
Alle Rechte vorbehalten  
[www.verlag-alber.de](http://www.verlag-alber.de)

Satz: Wolfgang Dittebrandt, Baden-Baden  
Druck und Bindung: Difo-Druck, Bamberg

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei)  
Printed on acid-free paper  
Printed in Germany

ISBN 978-3-495-48303-9

# Inhalt

Vorwort.....	7
<i>Gregor Maria Hoff / Christoph Klein / Matthias Volkenandt</i>	

## I Soziologische und interkulturelle Bestimmungen

Mancharisqa, Kayak-Svimmel, Koro Interkulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit ....	11
<i>Claude Ozankom</i>	

Gesundheit als Ersatzreligion. Empirische Beobachtungen und theoretische Reflexionen .....	25
<i>Karl Gabriel</i>	

## II Medizinische Grundlagen

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?.....	47
<i>Christoph Klein</i>	

Macht Glaube gesund?.....	65
<i>Eckhard Frick SJ</i>	

## III Philosophische Orientierungen

Gesundheit und Krankheit: philosophische Grundlagen und Perspektiven .....	85
<i>Christoph Horn</i>	

*Inhalt*

Gesundheit – unser höchstes Gut? Anthropologische  
und ethische Überlegungen . . . . . 111

*Ludger Honnefelder*

**IV Theologische Reflexionen**

Gesundheit und Krankheit: theologische Grundlagen  
und Perspektiven . . . . . 131

*Ulrich Lüke*

Gesundheit und Krankheit: Konsequenzen für die Rede  
von Gott und vom Menschen . . . . . 163

*Gregor Maria Hoff*

## Vorwort

Die medizinisierten Gesellschaften des 21. Jahrhunderts stehen vor dramatischen Herausforderungen. Einerseits gehören höchst leistungsfähige, immer aufwändigere Technologien zum Standard der medizinischen Alltagsversorgung. Andererseits ergeben sich gerade in ihrem Zuge ökonomische und logistische Engpässe. Kann sich unsere Gesellschaft die Medizin leisten, die das Leben unter optimierten Versorgungsvoraussetzungen immer weiter verlängert und zugleich steigende Lebensqualitäten verspricht? Damit gehen nicht nur sozialpolitisch folgenreiche Verschiebungen einher. Nicht zuletzt verändert sich unter ökonomischem Anpassungsdruck auch das Bild vom gesunden und kranken Menschen. Was darf, was muss bezahlt werden? Und was hat als „gesund“, was als „krank“ zu gelten? Die globalisierten Gesellschaften befinden sich mitten in komplexen Umdeutungsprozessen, die neue Wissensformen vom gesunden und kranken Menschen generieren und mit Verteilungskämpfen zusammenhängen.

Die damit verbundenen Probleme führen nicht nur an den heißen Kern der laufenden sozial-ökonomischen Debatten – sie betreffen auch grundlegende anthropologische Fragen. Der vorliegende Band greift sie im interdisziplinären Zusammenspiel verschiedener Wissenschaftsperspektiven auf. Was die Medizin unter Krankheit versteht, wird an philosophische Konzepte und Reflexionen rückgebunden. Wissenschaftstheoretisch steht dabei u.a. der Gesundheitsbegriff als solcher zur Debatte. Seine besondere Virulenz zeichnet sich in den Angeboten neuester Lifestyle-Medizin ab, mit denen Gesundheit als Ersatzreligion formatiert wird.

Der gewachsene, mithin verselbständigte Wert „Gesundheit“, in dem sich die Glückserwartungen und Lebensentwürfe spät- oder auch postmoderner Gesellschaften konzentrieren, veranlasst im Gegenzug kulturhistorische, interkulturelle und auch interreligiöse Vergewisserungen: Wie wurden und werden Gesundheit und Krankheit erfahren und interpretiert? Welche Bedeutung haben die entsprechenden Vorstellungen für die laufenden Deutungsprozesse? In diesem Zusammenhang schließen sich theologische Bestimmungsversuche an. Sie reichen von der Frage nach dem Einfluss des Glaubens auf die Gesundheit über die Diskussion von Leiderfahrungen bis hin zur Suche nach jenem „Heil“, das in einem sehr komplexen Sinn die Rede von Gesundheit und Krankheit religiös justiert.

Im Zuschnitt medizinischer, philosophischer, soziologischer, religionswissenschaftlicher und theologischer Ansätze konturiert der vorliegende Band ein brisantes Phänomen unserer gesellschaftlichen Realität, das eine eigene Wissensform aufdeckt: In den Umdeutungsprozessen von Gesundheit und Krankheit begegnen veränderte Heilsökonomien mit eigenen Wahrheitsansprüchen und religionsförmigen Verheißungen.

Gregor Maria Hoff / Christoph Klein / Matthias Volkenandt



I  
Soziologische und interkulturelle  
Bestimmungen



# Mancharisqa, Kayak-Svimmel, Koro

## Interkulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit

*Claude Ozankom*

Bei der Vorbereitung auf den vorliegenden Beitrag bin ich auf die *defensio* einer Doktorarbeit mit dem Titel „La membralité: Clé de compréhension des systèmes thérapeutiques africaines“ aufmerksam geworden, die Constantin Panu-Bendele an der Universität Fribourg/Schweiz eingereicht hat.

Aus dem einführenden Vortrag des Autors liest man: „Alors que, par le truchement de sa maladie biologique, le patient se plaint plus souvent de son mal-être et vient solliciter une aide en vue d'un mieux-être (...), il se voit accueilli et aidé uniquement au niveau de l'affection physique. Comment disent Kleinman, Eisenberg & Good (...), le malade parle d'illness (expériences de changements négatifs dans son être et dans sa fonction sociale, c'est-à-dire l'expérience humaine de maladie-sickness), le médecin comprend disease (anormalité dans la structure et la fonction des organes et des systèmes du corps). Il y a là non seulement un dialogue de sourds entre le médecin et le patient, mais aussi et surtout une mutilation de l'individu, une mécanisation du vivant qui engendre la maladie.“ Pointiert heißt es dann : „L'incertitude liée à la pratique de la médecine moderne et l'insatisfaction qui en découle tant chez les médecins que chez les consommateurs constituent, pour nous, le contexte à partir duquel se pose la question de la pertinence de la thérapie alternative à laquelle médecins et patients recourent surtout dans le contexte négro-africain.“

Damit wird die These über kulturbedingte Vorstellungen in der Medizin bekräftigt, die u.a. Lynn Payer wie folgt auf den Punkt

bringt: „Die Medizin wird von den Fachleuten selbst gern als internationale Wissenschaft hingestellt. Doch nahezu jeder, der schon einmal in einem fremden Land einen Arzt aufsuchen musste, wird festgestellt haben, dass die Realität etwas anders aussieht. Nicht nur die Art der ärztlichen Versorgung ist von Land zu Land verschieden; die Medizin ist es auch. Die Unterschiede sind so groß, dass eine Behandlungsmethode, die in einem Land bevorzugt und häufig verwendet wird, im Nachbarland womöglich als Behandlungsfehler gilt“.<sup>1</sup>

Mit dieser Einsicht in den „nationalen Charakter“ der Medizin gelangt die Erkenntnis zum Ausdruck, dass Verständnis und Praxis von Gesundheit, Krankheit und Heilkunst nicht einfachhin „objektive Beschreibungen der Phänomene des Krankseins“ und der entsprechenden Reaktionen auf diese sind, sondern zu einem wesentlichen Teil als eine von möglichen Manifestationen der „symbolischen Realität“ zu betrachten sind, welche die Grundstruktur und die weltanschauliche Orientierung der Gesellschaften und Kulturen der Welt durchdringt. Infolgedessen können Erfahrung und Bedeutung von Krankheit nicht aus einer Beschreibung der diesbezüglich jeweiligen Praktiken allein, sondern erst aus einer Betrachtung des gesamten sozio-kulturellen Verstehenshorizonts beleuchtet werden.<sup>2</sup>

Die Vorstellung von Medizin (im weitesten Sinne des Wortes) als System weltanschaulich geleiteten heilkundlichen Handelns bietet m.E. zum einen eine plausible Erklärung für Pluralität und Wandel der medizinischen Konzepte. Zum anderen eröffnet sich damit auch ein Verständnis dafür, dass unterschiedliche Heilssysteme vielfach verschiedene physiologische Phänomene als Krank-

---

1 Payer, Lynn: *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*, Frankfurt a. M./New York 1989, 13.

2 Vgl. dazu Schipperges, Heinrich/Seidler, Eduard/Unschuld, Paul U. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg/München 1978, 494.

sein ansehen und somit von anderen Verstehenshorizonten abweichende Symptome als Krankheit definieren.

Dies soll nachstehend ausgehend von vier exemplarisch gewählten Krankheitskonzepten erläutert werden:

Zunächst möchte ich mich am Beispiel von „Mancharisqa“, „Kayak-Svimmel“, „Koro“, „Onbel“ – Krankheitsbildern, die u.a. in den Anden, in Afrika und im Tibet begegnen – fremdkulturellen Krankheitsvorstellungen nähern.

In Analogie hierzu soll in einem zweiten Schritt ein exemplarisch gewähltes Krankheitsbild im abendländischen Kulturraum untersucht werden, bevor in einer Zusammenfassung die sich aus den untersuchten Beispielen ergebenden interkulturellen Herausforderungen für die Medizin im Zeitalter von Globalisierung und Multikulturalität thematisiert werden können.

### *1. Mancharisqa im Andenkulturraum*

In der Andenregion kommt traditionell eine Krankheit vor, welche in der Quechuasprache „Mancharisqa“<sup>3</sup> (erschreckt sein) genannt wird.<sup>4</sup>

Die für das Vorliegen der Mancharisqa-Krankheit typischen Symptome sind: Müdigkeit, Lustlosigkeit, Apathie usw. Erschwerend kommt die Vorstellung hinzu, dass Mancharisqa den Menschen anfällig gegen andere Krankheiten macht. Als Ursache von

---

3 Spanisch: Susto.

4 Vgl. zu diesem *Passus* u.a. Schweitzer de Palacios, Dagmar: Cambiashun: Traditionelle Heilrituale und ihre Experten in San Miguel del Común, einer indigenen Gemeinde im nördlichen Hochland von Ekuador, in: Ambatielos, Dimitrios (Hrsg.): *Medizin im kulturellen Vergleich*, Münster/New York/München/Berlin 1997, 49-67.

Mancharisqa wird der Verlust der so genannten „kleinen“ Seele angesehen.<sup>5</sup>

Bei Auftreten der für Mancharisqa typischen Symptome wird ein „Heiler“ zur Hilfe gerufen, der in einem ersten Schritt den Betroffenen ausführlich zu Wort kommen lässt. Kommt er hier nach zu dem Schluss, dass ein Fall von Mancharisqa tatsächlich vorliegt, so stellt er klar, dass der Zustand des Erkrankten ernst ist, wobei er zugleich erklärt, wann und wo sich der Patient erschreckt hat und welcher „Geist“ die „kleine“ Seele geraubt hat und gefangen hält.

Für diesen Befund sieht die traditionelle Heilkunst der andinen Völker das aufwendige Ritual der „Rufung der kleinen Seele“ als Therapiemaßnahme vor. Bereits die Vorbereitung nimmt Tage in Anspruch, da verschiedene Pflanzen, Tiere und allerlei Requisiten benötigt werden. Dazu kommen verschiedene Gaben für die Darbringung des Opfers an das Geistwesen, an die Berggötter, an Mutter Erde und an Ankari (= Wind). Ebenso braucht der „Heiler“ einen tüchtigen Assistenten.

Das eigentliche Heilungsgeschehen erstreckt sich in der Regel über fünf Tage. Es fängt damit an, dass eine ganze Nacht lang Opfergaben bereit gestellt, Gebete aufgesagt und symbolische Handlungen sowie Reinigungen vollzogen werden.

Am darauf folgenden Tag bleibt der Kranke in der Hütte. Am Abend werden wieder Gebete vorgetragen. Bei dieser Gelegenheit

---

5 An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in der Andenregion traditionell zwischen „großer“ und „kleiner“ Seele unterschieden wird. Dabei wird die „große“ Seele mit dem Leben dahingehend gleichgesetzt, dass ein Mensch ohne Seele ein toter Mensch ist. Demgegenüber stellt man sich die kleine Seele als etwas vor, das nachts den Menschen verlassen kann oder gar verloren gehen kann. Näherhin verliert der Mensch die „kleine“ Seele vor allem durch erschrecken. Die auf solche Weise entwichene „kleine“ Seele wird vom Inhaber des Ortes gefangen gehalten, an dem sich der Mensch erschreckt hat. Letzterem oft nicht näher bestimmten „Wesen“ muss die „kleine“ Seele wieder abgerungen werden.

überreicht der Patient dem Heiler ein Kleidungsstück, in dem Zucker und Brot eingelegt werden. Sodann führt der Heiler erneut Reinigungsrituale durch, bevor er – begleitet von seinem Helfer – die Hütte des Kranken verlässt und sich zum „Wohnort“ des Geistwesens (in der Regel ein Fels) begibt.

Mit dem Kleidungsstück gehen Mediziner und Assistenten zum „Wohnort“ des Geistwesens. Der Assistent schwingt das Messer; der Mediziner schlägt die Peitsche, um die bösen Geister zu vertreiben.

Mit dem Kleidungsstück, in dem Brot und Zucker enthalten sind, ruft der „Heiler“ die dort festgehaltene „kleine“ Seele. Und da dem Geistwesen die angemessenen Opfergaben dargebracht worden sind, befreit er die kleine Seele, die im mitgebrachten Kleidungsstück des Patienten Unterschlupf findet. Damit kehrt der Mediziner in das Dorf zurück. In der Nähe der Hütte des Patienten läutet er die Glocke, um die Rückkehr der verloren gegangenen „kleinen“ Seele anzukündigen. Danach wird dem Patienten das Kleidungsstück übergestreift, in dem sich seine „kleine“ Seele befindet. Dabei wird ihm der Zucker, der im Kleidungsstück war, überreicht. Zugleich muss er das Brot und ein Paar Krümel der vom Mediziner mitgebrachten Erde vom Ort des Erschreckens essen.

Damit die „kleine“ Seele ihren Platz im Leib wieder einnehmen kann und der Patient vor bösen Geistern geschützt ist, werden weitere Rituale vorgenommen: Aschenkreuz auf der Stirn, Weihrauch, Gebete usw.

In den darauf folgenden vier Tagen besucht der Heiler den Patienten zumindest einmal. Während dieser Zeit darf der Patient hingegen seine Behausung nicht verlassen; zugleich müssen Familienangehörige bei ihm sein und dafür Sorge tragen, dass es dem Patienten an nichts fehlt, dass alles friedlich zugeht, damit die „kleine“ Seele wieder „Fuß fassen“ kann, wodurch der Patient seine Gesundheit wiedererlangt.

Aus dieser Betrachtung des Phänomens Mancharisqa ist vor allem Folgendes bedeutsam:

- 1) Mancharisqa ist als Erkrankung in den Kulturen der Andenregion anerkannt, die besondere therapeutische Maßnahmen erfordert.
- 2) Hinsichtlich der Heilungsmaßnahmen fällt besonders auf, dass dem Patienten eine Zuwendung zuteil wird, die sich über einen vergleichsweise langen Zeitraum erstreckt.

### 1.1 Kayak-svimmel<sup>6</sup>

Kayak-Svimmel ist eine Krankheit, die beim Volk der Eskimos angetroffen wird. Der Hintergrund: Bei der Robbenjagd sitzt ein Eskimo in der Regel allein und unbewegt in seinem Kajak in der Erwartung auf das Auftreten einer Robbe. In dieser Situation erleben ca. 10% der Jäger einen Anfall von Kayak-Svimmel, der sich insgesamt durch einen Verlust des Gleichgewichts, Schwindel, Benommenheit, Panik bis hin zur Bewegungsunfähigkeit und Störung der Wahrnehmungsfähigkeit kundtun kann.

Lebensrettend für den Betroffenen ist vor allem das rechtzeitige Eintreffen jeglicher Hilfe. Dadurch wird der Betroffene in die Lage versetzt, mit entsprechender Unterstützung ärztlichen Beistand zu erreichen. Da die Kayak-Svimmel-Anfälle zuweilen in Schüben auftreten, stellt der Verzicht auf die Kajakjagd in vielen Fällen die einzig angemessene Form von Therapie dar.

Insgesamt muss dennoch festgehalten werden, dass Kayak-Svimmel-Anfälle heutzutage eher selten sind, da die Mehrheit der

---

<sup>6</sup> Vgl. hierzu u.a. Gussow, Zachary: A preliminary report of kayak-angst among the Eskimo of West Greenland, in: *Int. J. Soc. Psychiatry* 9 (1963), 18-26; Pfeiffer, Wolfgang M.: *Transkulturelle Psychiatrie*, Stuttgart/New York 1994.



Eskimos im Zuge des zunehmenden Modernisierungsprozesses, dem sie ausgesetzt sind, nach und nach auf die herkömmliche Art der Robbenjagd verzichten.

## 1.2 Koro bzw. Suo-yang

Koro bzw. Suo-yang bezeichnet das „Genitalienschwund-Syndrom“, welches im asiatischen Kulturraum auftritt.<sup>7</sup>

Das Wort „Koro“ ist malaiischer Provenienz und bezeichnet den akuten, von Angst begleiteten Zustand, indem der/die Kranke das Schrumpfen oder gar das Verschwinden des Penis bzw. der Brüste oder Labien verspürt. Dies kann, so die Vorstellung, nicht nur Impotenz oder Sterilität, sondern auch den Tod zur Folge haben.

Die traditionelle Behandlung besteht im Festhalten der „schrumpfenden“ Organe. Zugleich werden exorzistische Handlungen durchgeführt, bei denen das „Austreiben der Fuchsgeister“ eine besonders gewichtige Rolle spielt. Als vorbeugende Maßnahme pflegt man, Abbildungen von Zhong Kwi, einem legendären Dämonenaustreiber aufzustellen.

Ähnlich wie Koro bedeutet der chinesische Ausdruck „Suo-yang“ in einer ersten Annäherung „Schrumpfen des Penis“. In einem allgemein gewendeten Sinn wird mit Suo-yang die „Reduktion des männlichen Elements yang“ bezeichnet, die das Überhandnehmen des weiblichen Elements „yin“ bewirkt. Das Ergebnis ist die

---

7 Vgl. Gwee, Ah Leng: Koro – its origin and nature as a disease entity, in: Singapore Med J 9 (1968), 3-6; Kobler, Fritz: Description of an acute castration fear based on superstition, in: Psychoanal. Rev. 35 (1948), 285-289; Rin, Hsien: A Study of the aetiology of koro in respect to the Chinese concept of illness, in: Int. J. Soc. Psychiatry 11 (1965), 7-13; Tseng, Wen-Shing: The development of psychiatric concepts in traditional Chinese medicine, in: Arc. Gen. Psychiatry 29 (1973), 569-575; Yap, Pow Meng: Koro – A culture bound depersonalization syndrome, in: Br. J. Psychiatry 3 (1965), 43-50.

Störung des für die Gesundheit notwendigen Gleichgewichts beider Elemente. Als Therapie empfiehlt die traditionelle chinesische Medizin revitalisierende Heilmittel.<sup>8</sup>

### 1.3 Onbel

Ähnlich wie in den oben beschriebenen Kulturräumen gilt Onbel im Sinne eines Verlustes der Lebensenergie im Volk der Bunda als etwas Reales.<sup>9</sup> Dabei wird die Lebensenergie als wichtige, immaterielle Komponente des Menschen betrachtet, die vielen Schicksalsschlägen ausgesetzt werden kann. Dazu zählt der Verlust der Lebensenergie, dessen Symptomatik durch Sprachlosigkeit, Verwirrtsein, Arbeitsunfähigkeit bis hin zum plötzlichen Tod markiert wird.

Beim Auftreten dieser Symptome wird der Medizinmann zum Betroffenen gerufen.<sup>10</sup> Ist dieser der Überzeugung, dass ein Fall

---

8 Inzwischen legen die Ergebnisse zeitgenössischer Forschungsprojekte die Vermutung nahe, dass Koro bzw. Suo-yang keineswegs auf den chinesischen Kulturraum beschränkt ist, sondern vielmehr Parallelen in anderen Erdteilen aufweist. Vgl. hierzu Jilek, Wolfgang G./Jilek-Aall, Louise: Kulturspezifische Störungen, in: Helmchen, Hanfried (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen, Berlin/Heidelberg/New York 2000, 379-423.

9 Viele Bantu Völker unterscheiden mindestens zwei Aspekte des menschlichen Geistes:

der Geist, der nach dem Tod „Molimo/Modimo“ wird, den man auch den „wahren Menschen“ oder „Muntu mwine“ (l’homme même en Luba) nennt;

die unsichtbare Lebensenergie, „vitale Energie“, die eine Art des „Treibstoffs bzw. Zündstoffs“ ist. Sie wird u.a. Egbo, Ukuku oder Yasi an den Atlantischen Küsten zwischen Angola, Kongo und Gabun genannt oder „bukole bwa Moyo“ „power of Life“, „Lebensenergie“ genannt;

der „Schatten“, „schade“, „ombre“, „double“ eines Menschen, der den Körper im Schlaf verlassen kann oder den man stehlen kann.

Unklar bleibt der Status von „Lebensodem“, „Lebenshauch“, „Atem“.

10 Der Medizinmann beschäftigt sich in seiner Funktion als „Arzt“ (Nganga, mu-Nganga, mo-Nganga) überwiegend mit „Lebensenergie“ sowie mit dem „Schatten“ seines Patienten. Bei der Ursachenforschung aber wird auch der Einfluss der Milim (-u/-o), ba-Kish (-i) im Sinne der „Toten“ oder der „pneumomorphen Wesen“ als mögliche Ursache mitberücksichtigt.

von Verlust der Lebensenergie vorliegt, so besteht seine Aufgabe darin, die Ursachenforschung zu betreiben. Dies geschieht in der Regel durch eine Befragung oder durch ein Ritual, bei dem der Mediziner in Trance gerät, um die Ursache für den Geistverlust in Erfahrung zu bringen. Letzteres kann mit den Ahnen, den Geistern und dem Zauber eines Menschen in engem Zusammenhang stehen.

Wie die notwendige Therapie aussehen kann, soll hier in der gebotenen Kürze am Beispiel eines von den Ahnen „verursachten“ Verlustes der Lebensenergie skizziert werden.

In dem Fall, dass der Verlust als Warnsignal von den Ahnen „ausgelöst“ wurde, teilt der Mediziner zunächst mit, warum die Ahnen zu dieser „Maßnahme“ gegriffen haben.<sup>11</sup> Da es sich in der Regel um eine Übertretung von Verboten handelt, erweist sich eine formelle Versöhnung mit den Ahnen als unabdingbar. Infolgedessen wird eine Zeremonie vorbereitet und wie folgt durchgeführt: Am verabredeten Tag gehen die Ältesten des Clans entweder in die Hütte der Ahnen oder zum Friedhof. Hier legt der Älteste der Anwesenden die mitgebrachten Gaben (Palmwein und Huhn/Ziege) auf den Altar der Ahnen. Dem schließen sich Anrufungen an, in denen er die Ahnen um Verzeihung anfleht und sie um die Annahme der Gaben sowie um die Gesundung des Kranken bittet. Danach essen und trinken alle Anwesenden von den dargebrachten Gaben. Ein Teil davon wird mit ins Dorf genommen und dem Kranken übergeben. Durch die Teilnahme am diesem Versöhnungsmahl und dem Einhalten der von den Ahnen ausgespro-

---

11 Die Ahnen sind immer den noch lebenden Menschen, ihren Nachkommen, wohlwollend. Sie tragen weiterhin die Verantwortung für das physische, geistige und moralische bzw. soziale Wohlergehen ihrer Nachkommenschaft. Aber damit eine Gesellschaft „gesund“ bleibt, sind manchmal Warnsignale und milde Denkkzettel bei Entgleisungen notwendig.

chenen Auflagen erlangt der Patient nach und nach die volle Gesundheit wieder.<sup>12</sup>

#### 1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurde in den USA vor allem infolge des Vietnamkrieges als extreme psychische Störung unter den Vietnamveteranen diagnostiziert und ist in den 90er Jahren ins Internationale Krankheitsklassifikationssystem der WHO aufgenommen worden.<sup>13</sup> Dabei wird der Blick zunächst auf den Auslöser gelenkt, nämlich das Erfahren einer extremen Belastungssituation katastrophalen Ausmaßes, das bei fast jedem Menschen eine tiefe Verstörung auslösen kann. Sodann werden typische Symptome genannt: ein sich wiederholendes Kreisen um das Ereignis in Gedächtnis, emotionale Betäubtheit, Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Lustlosigkeit, soziale Kontaktlosigkeit und damit einhergehende affektive Vereinsamung.<sup>14</sup>

Blickt man von hier aus auf das vorher Ausgeführte, so kann festgehalten werden: Das Unwohl- oder Verstört-sein eines Menschen wird in den Anden, in Asien und in Afrika nicht erst dann

---

12 Unter dem Titel „Les chamans du futur“ wurde im Herbst 2005 ein Dokumentarfilm im belgischen Fernsehen ausgestrahlt, der überzeugend aufwies, wie aktuell und gesellschaftsrelevant die traditionelle afrikanische Medizin auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist.

13 Vgl. WHO, Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen mit Glossar und Diagnostischen Kriterien – ICD-10: Diagnostic criteria for research. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2001. Internet: [www.who.int/classifications/icd/en/grnbook.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/grnbook.pdf)

14 An dieser Stelle sei angemerkt: Die traditionelle afrikanische Heilkunst kennt so etwas wie ein Vorbeugen posttraumatischer Störungen nicht. Zu diesem Zweck müssen beispielsweise alle Teilnehmer an einem Krieg eine „psychotherapeutische Behandlung“ bzw. eine „spirituelle Reinigung“ vornehmen (lassen), bevor sie ihr Dorf wieder betreten dürfen. Ähnliche Rituale sind auch vor der Wiederaufnahme jeglicher Aktivität im eigenen Hause vorgeschrieben. Wer dies nicht beachtet, läuft Gefahr, wahnsinnig zu werden oder zu verblöden.

ernst genommen, wenn dieser Mensch „Tod und Teufel“, Gewalt, Krieg und Katastrophe erlebt hat – wie dies das PTSD-Krankheitsbild vorsieht, sondern bereits wenn – für westliche Maßstäbe – vermeintlich geringfügige Störungen auftreten.

## *2. Zusammenfassung und Ausblick*

Ob es Mancharisqa, Kayak-Svimmel, Koro bzw. Suo-yang usw. gibt, ob Posttraumatische Belastungsstörungen authentische Krankheiten sind oder gar keine, all dies war nicht erkenntnisleitend für meine Überlegungen.

Mir ging es um etwas anderes:

Anhand von gewählten Beispielen wollte ich *erstens* aufzeigen, dass verschiedene Kulturen ganz andere Schnitte setzen auf dem Kontinuum zwischen Gesund- und Kranksein unter besonderer Berücksichtigung psychischer Leiden. Hier zeigt sich: Ein Mensch, der z.B. nach andinem Verständnis an Mancharisqa leidet, würde im westlichem Kulturraum als gesund gelten. Dies macht deutlich, dass Krankheiten nicht einfach verobjektiviert werden können, so als gäbe es sie unabhängig vom jeweils kulturspezifischen Verstehenshorizont.

*Zweitens* wollte ich aber auch vermitteln, dass für den Menschen und die Gesellschaft nicht gleichgültig ist, wo der Schnitt zwischen Gesundheit und Krankheit gesetzt wird. Zentral hierbei ist die Frage nach der gesellschaftlichen Legitimität der Krankheit und der Delegitimierung derselben. Eine gesellschaftliche Legitimierung eines Leidens bietet dem Kranken vielfältige Sinnkategorien (Diagnose, Ätiologie usw.) für seine Krankheit, eine Behandlung und einen Schutzraum, in dem er auf Behandlung und auf die Kräfte der Selbstheilung zurückgreifen kann.

Die Frage, die sich abschließend stellt, lautet: Welche Herausforderung ziehen die fremdkulturellen Krankheitsbilder für die Biomedizin im Zeitalter der Globalisierung nach sich?

Eine Antwort hierauf soll anhand zweier Themenkreisen angedeutet werden:

- 1) In zunehmendem Maße wird die Medizin auch hierzulande mit der Frage nach dem richtigen Umgang mit Patienten aus fremdkulturellen Prägungen konfrontiert. Für das medizinische Personal erwächst daraus die Aufgabe, sich in interkultureller Hinsicht kompetent zu machen. Dabei geht es nicht so sehr um Patentrezepte als um die Fähigkeit zu einer interkulturellen Kommunikation, die eingeübt werden kann, und zu der wir in Salzburg einen Beitrag zu leisten versuchen.
- 2) In engem Zusammenhang damit steht die Frage nach der Möglichkeit eines Wissenstransfers. Dem Beobachter drängt sich dabei folgendes Bild auf: Heilmethoden aus dem Osten wie Ayurveda, Akupunktur usw. haben bereits Eingang in den abendländischen Kulturraum gefunden. Indes bestehen die Bemühungen der westlichen Entwicklungshilfe im medizinischen Bereich vielfach darin, westliche Standards in den Ländern des „Südens“ zu etablieren. Dass dies ohne Einbindung des örtlichen sozio-kulturellen Verstehenshorizonts sowie einer Anpassung an die Möglichkeiten der jeweiligen Regionen nicht gelingen kann, belegt das Beispiel mancher hochtechnisierter Kliniken in Schwarzafrika, die nach Fertigstellung kaum funktionsfähig gehalten werden, weil zum einen die technisch-materiellen Voraussetzungen (z.B. eigene Herstellung und Kühlung von Medikamenten, Wartung der Geräte usw.) nicht vorhanden sind. Zum anderen fehlen vielerorts angemessene vertrauensbildende Maßnahmen, welche die Akzeptanz der medizinischen Einrichtungen euro-amerikanischen Zuschnitts durch die Lokalbevölkerung fördern könnten. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Kaufkraft der meisten Menschen derart niedrig ist, dass sie sich eine Behandlung in einem Krankenhaus in der Regel nicht leisten können. Neben Initiativen zur kreati-

ven Integration zwischen traditionell afrikanischer Heilkunst und abendländischer Biomedizin, müssen daher auch die sozio-ökonomischen Verhältnisse der Länder Schwarzafrikas für das Gelingen eines Wissenstransfers im medizinischen Bereich stärker berücksichtigt werden.

Umgekehrt müsste im westlichen Medizinsystem vor allem einem Dreifachen eine größere Aufmerksamkeit zuteil werden. Erstens gilt es wahrzunehmen, dass der Grund für eine Störung des Gleichgewichts kaum objektiven Kriterien unterworfen werden kann. Denn ein Mensch, dem ein kleiner Stein auf den Fuß gefallen ist, kann Schmerzen empfinden, allein durch die Tatsache des Gefallenseins des Steines.<sup>15</sup> Ein Zweites: Aus dem Vorgehen der Mediziner wird deutlich, wie sehr eine Sensibilität für eine adäquate Anamnese notwendig ist. Ein Drittes und Letztes: Heilung geschieht in der Zuwendung. Diese Tatsache droht durch die Dominanz der Apparate im westlichen Medizinsystem verloren zu gehen.

---

15 Vgl. zur kulturellen Determinierung vom Schmerzerleben, u.a. Egle, Ulrich Tiber/Hoffmann, Sven Olaf (Hrsg.): *Der Schmerzkranken, Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-spezialer Sicht*, Stuttgart/New York 1993, v.a. 29ff.