

WISSENSCHAFTLICHER BEITRAG

Anthropologische und ethnokulturelle Aspekte der Genese von Krankheiten

Armin Prinz

Was ist die Ethnomedizin?

Die Ethnomedizin ist ein kultur- und sozialanthropologisches Fach, das unter Zuhilfenahme von Methoden und Ergebnissen der medizinischen Wissenschaften, der humanrelevanten Naturwissenschaften und der Sozial- und Kulturwissenschaften, die Vielfalt heilkundlichen Denkens, Verhaltens und Handelns des Menschen untersucht. Sie beschreibt, analysiert und vergleicht Heilkunden und die jeweiligen Vorstellungen von Körper, Gesundheit und Krankheit mit dem Ziel, einerseits die diesbezüglichen Unterschiede in den verschiedenen Ethnien, andererseits jedoch auch deren Gemeinsamkeiten (Universalien) festzustellen und zu definieren.

Von besonderer Wichtigkeit sind gerade diese letztgenannten Universalien. Erst deren Kenntnisse ermöglichen einen interkulturellen Diskurs, der das Verstehen anderer Menschen in ihrer heilkundlichen Vielfalt gewährleisten soll. In der notwendigen Kürze können hier natürlich nicht alle relevanten Themen abgehandelt, sondern nur eine Auswahl einzelner Schwerpunkte geboten werden, die Denkanstöße in Hinblick auf transkulturelle Phänomene bieten sollen.

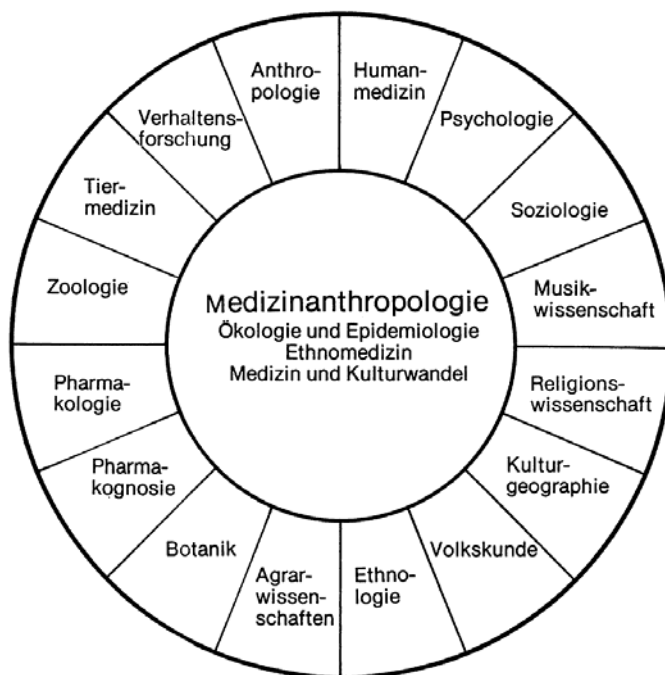


Abb. 1: Die Medizinanthropologie und ihre „Hilfs“-wissenschaften (nach Prinz 1984).

Die Ethnomedizin ist ein Teilgebiet der Medizinanthropologie (*medical anthropology*), die in einer interdisziplinären Arbeitsweise den Zusammenhang zwischen Menschen und Umwelt in Bezug auf Gesundheit und Krankheit erforscht. Wichtige Aufgabengebiete der Medizinanthropologie sind neben der Ethnomedizin, die soziokulturellen Faktoren der Humanökologie und Epidemiologie sowie der Komplex Medizin und Kulturwandel (McBroy 1996).

Das Gefüge zwischen Mensch und Umwelt im allgemeinen und

Mensch und Krankheit im besonderen besitzt biologische, soziale und kulturelle Aspekte. Anhand von drei Beispielen sollen die beiden letzteren erläutert werden:

Beispiel 1: Die soziokulturelle Adaption an die Malaria in Sardinien (nach Brown 1981)

Auf Sardinien war die Malaria bis zu den großen Eradikationsmaßnahmen nach dem zweiten Weltkrieg endemisch. Die Bevölkerung hat im Lauf ihrer Geschichte ganz gewisse Verhaltensweisen und Strategien entwickelt, um mit der Bedrohung durch diese von der Anopheles-Mücke übertragenen, parasitären Krankheit umzugehen. Sie begannen ihre Siedlungen in "gesunden" Höhenlagen anzulegen und die Niederungen "der schlechten Luft" (ital.: „mala aria“ – daher der Name „Malaria“) während der Nacht zu meiden. Demnach entwickelte sich dort eine dreifache Adaptionstrategie gegenüber dieser Krankheit; eine humanökologische (Höhenlage während der Nacht) eine soziale (Stratifizierung der Bevölkerung mit unterschiedlichem Gefährdungspotential) und eine ideologische (Konzept des heilenden Lufthauchs "colpo d'aria"). Diese Maßnahmen führten in Sardinien zu folgenden Ergebnissen:

Kinder, die sich in den ungesunden Gebieten oft bis in die späte Dämmerung aufhielten, erlitten am häufigsten akute Anfälle – das war wichtig, denn in dieser Zeit wird die schützende Semiimmunität gegen die Malaria für das spätere Leben aufgebaut.

Unter den Erwachsenen hatten die Männer, die eher in den Niederungen arbeiteten, mehr Malaria als die Frauen, die gemäß sardischer Tradition in den höher gelegenen Siedlungsgebieten blieben – das ist wichtig für die Fertilität, denn die Malaria stellt eine gefährliche Komplikation während der Schwangerschaft dar.

Unter den Männern hatten diejenigen, die im agro-pastoralen Bereich arbeiteten, häufiger Malaria als Handwerker und Kaufleute - dies führte zu einer Abwanderung aus der Landwirtschaft und der Entwicklung einer überregional bedeutenden Handwerkskunst.

Von den im agro-pastoralen Bereich tätigen Männern hatten die Bauern mehr Malaria als die Hirten - dies führte dazu, dass viele fruchtbare Gebiete wegen der Gefährdung nicht genutzt wurden, aber sich auch ein saisonaler Wechsel zwischen Viehzucht und Ackerbau entwickelte. Während der Zeit geringen Infektionsrisikos, von November bis Mai, wurden die fruchtbaren, aber gefährlichen Niederungen bestellt, während die Hirten mit den Herden in das gesunde Hochland gezogen sind, um die Felder in der Niederung vor den Weidetieren zu schützen.

Im Gegensatz zu dieser von innen, aus der Bevölkerung heraus ablaufenden Adaption, wurden in den außereuropäischen Besitzungen der Kolonialmächte aus medizinischen Gründen Umsiedlungen durchgeführt, die zwar die Bevölkerungen vor Krankheiten schützen sollten, aber gleichzeitig schwere Eingriffe in die sonstigen Lebensbedingungen brachten.

Beispiel 2: Eradikationsmaßnahmen gegen die Schlafkrankheit in Belgisch-Kongo (nach Lyons 1989)

Im Kongo wurden große Teile der Bevölkerung, vorgeblich um vor der Schlafkrankheit zu schützen (eine unbehandelt tödlich verlaufende parasitäre Erkrankung, ausgelöst durch *Trypanosoma* spp. und übertragen durch die Tsetsefliege *Glossina* spp.), von ihren angestammten Wohngebieten an den Flussufern, an die neu errichteten Strassen auf den höher gelegenen Wasserscheiden umgesiedelt. Der erwünschte Effekt war jedoch nicht nur Schutz vor der Krankheit sondern auch eine bessere Kontrollmöglichkeit der Bevölkerung durch die Kolonialbehörden. Die traditionelle Lebensweise der Menschen wurde dadurch aber nachhaltig gestört. Nicht nur, dass sie von ihren Fischgründen getrennt wurden und daher Proteinmangel in der Ernährung auftrat, wurden sie auch von den Gräbern ihrer Ahnen und ihren Kultstätten abgeschnitten, die von höchster Wichtigkeit für das gesunde Sozialleben waren. Der Erfolg war eine von einer Infektionskrankheit besser geschützte, jedoch insgesamt in ökonomischer und psychosozialer Hinsicht schwer gestörte Bevölkerung.

Soziokulturelle Besonderheiten haben auch sehr häufig Einfluss auf ein gehäuftes Auftreten von bestimmten Krankheiten. Insbesondere die Nebenwirkungen von gesellschaftlich anerkannten Stimulantien oder Drogen können in manchen Gebieten schwere, doch weitgehend in Kauf genommene Leiden auslösen. Dieses Faktum ist in Bezug auf Tabak und Alkohol jedem bekannt. Es gibt jedoch auch andere Substanzen die gesellschaftlich akzeptiert angewandt werden und schwere Gesundheitsstörungen hervorrufen können. Hierzu gehört etwa das Betelkauen in Südost-Asien.

Beispiel 3: Krebserkrankungen der Mundhöhle und das Betel-Kauen

In Süd- und Südostasien wird als Stimulans die Betelnuss (der Same der Palme *Areca catechu*) gemeinsam mit dem Betelblatt (das Blatt des Betelstrauches *Piper betle*) gekaut. Damit sich die für die Wirkung verantwortlichen Alkaloide besser lösen, wird der pH-Wert des Speichels durch das Mitkauen von Kalk erhöht. Die Wirkung besteht in einer leichten alkoholähnlichen Berausung und einem zufriedenen Wohlgefühl. Durch das Kauen färben sich Zähne und Zahnfleisch tief ziegelrot. In den Gebieten wo Betel gekaut wird, ist eine starke Verbreitung der Krebserkrankungen der Mundhöhle festgestellt worden. Als auslösende Noxe hierfür dürfte der Inhaltsstoff Crotepoxin verantwortlich sein (Yin et al. 1991).

Kulturbedingte Konzepte über Ursachen von Krankheit

Um als Arzt seine Patienten zu verstehen, sind Kenntnisse über deren Vorstellungen zu Körper, Krankheit und Gesundheit im soziokulturellen Kontext von äußerster Wichtigkeit. Während dieses Verständnis gegenüber Patienten der eigenen Kultur beim Arzt bis zu einem gewissen Ausmaß sozusagen automatisch vorhanden ist, da er es in seiner eigenen soziokulturellen Entwicklung erfahren hat, fehlt dieses Verständnis in den meisten Fällen fremden Patienten gegenüber. Diese Probleme beginnen bereits bei Patienten die einer anderen Gesellschaftsschicht als

der Arzt angehören. Wenn zum Beispiel ein Arzt der einer Ärztesfamilie aus Vorarlberg entstammt, in einem Wiener Arbeiterbezirk seine Tätigkeit aufnimmt, wird er es ohne intensiver Beschäftigung mit dem ethnomedizinischen Hintergrundes seiner Patienten schwer haben, das notwendige Vertrauensverhältnis aufzubauen. Um so wichtiger ist dieses Einarbeiten auf die speziellen Vorstellungen bei Angehörigen fremder Kulturen. Hiezu eignen sich die Kenntnisse wesentlicher heilkundlichen Universalien.

Beispiel 4: Das Konzept der Bikausalität von Krankheit

Eine der Wurzeln für dieses Nichtverstehen zwischen Arzt und fremden Patienten ist ein Phänomen, das wir als Bikausalität von Krankheit bezeichnen können. Letztendlich werden immer zwei Ursachen für den Ausbruch einer schweren Krankheit verantwortlich gemacht. Einerseits eine natürliche wie etwa Infektion, Unfall, schlechtes Essen oder Erkältung, andererseits aber auch ein Disharmonie in der Beziehung zur Gemeinschaft, zu übernatürlichen Mächten und zur Umwelt.

Der große britische Sozialanthropologe Sir Edward Evans-Pritchard untersuchte in den 1920er Jahren die Krankheitsvorstellungen bei den Azande, einer ethnischen Gruppe in Zentralafrika im Raum der Nil-Kongo Wasserscheide. Die dabei von ihm beobachtete doppelte Ursache von Krankheit bezeichnete er treffend als "first" und "second spear", die beide den Patienten treffen müssen, um ihn krank zu machen. Während ersterer Infektionen etc. umfasst, besteht der zweite aus einem gesellschaftlichen und emotionalen Spannungszustand, ausgelöst durch Verhexung "mangu" oder magische Praktiken "ngua" übel wollender Mitmenschen.



Abb. 2 Bikausalität von Krankheit bei den Azande Zentralafrikas (nach Evans-Pritchard 1937, modifiziert von Prinz).

Diese außerhalb einer rationalen Denkweise liegenden Störungen sind in allen Gesellschaften nachweisbar, zeigen jedoch kulturspezifische Besonderheiten. Ein an Lungenkrebs erkrankter Europäer wird, wenn er einsichtig ist, akzeptieren, dass sein jahrzehntelanger Tabakkonsum seine Krankheit verursacht hat. Dies wäre die natürliche Ursache. Andererseits wird er sich denken „Aber es rauchen doch Hunderttausende um mich herum genau so viel, warum haben die keinen Krebs? Was habe ich falsch gemacht, wer will mir Übles, wogegen habe ich mich versündigt?“ Unerträgliche Gedanken von Schuld und Sühne befallen ihn, die nur durch adäquate

psychologische Betreuung und Begleitung gelöst werden können (Prinz 1993).

Beispiel 5: Das humorale und solidarische Denken in den Heilkunden

Eine andere Universalie, sowohl in den Traditionen der graeco-arabisch-abendländischen Heilkunden, der indischen Ajurveda und der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), als auch in sämtlichen traditionellen Heilkunden der übrigen Welt, ist das nebeneinander von solidaren (festkörperlichen) und humoralen (saftförmigen) Körperkonzepten. Da auch bei uns das individuelle Leiden in Anlehnung an diese Vorstellungskategorien ausgedrückt wird (etwa in Aussagen wie: das Übel zieht, es sticht, es fließt, es bohrt etc.), muss der Arzt diese kennen, um sich in den Patienten und seine Krankheit einfühlen zu können.

Krankheit kann vom Menschen humoralpathologisch oder solidarpathologisch gedeutet werden. Ersteres ist die Vorstellung, dass die "Körpersäfte" in einem schlechten Mischungsverhältnis zueinander stehen oder qualitätsmäßige Mängel aufweisen und daher krank machen, letzteres ist die Annahme, dass im Körper an einer Stelle Materie erkrankt, die dann ausstrahlend auf den ganzen Organismus übergreift.

Beide Vorstellungen sind allen Heilkunden immanent und nebeneinander zu finden. Bei den Azande sind die Krankheiten, die durch Magie ausgelöst werden, einem humoralpathologischen und solche, die durch Hexerei verursacht werden, dem solidaren Denken zuzuordnen. Bei den Ersteren wird bei der Behandlung versucht "Krankheitsstoffe" abzuleiten, etwa mit Aderlässen oder Skarifikationen, bei den Letzteren werden in "Extraktionsoperationen", ähnlich wie bei den philippinischen Geistheilern, eingedrungene "Metastasen" der Hexenkraft als krankmachende Materie scheinbar entfernt.

Die Bio-Medizin, in ihrem Hang zum Dogmatismus, hat immer nur eines dieser beiden Krankheitskonzepte als "wissenschaftlich" gelten lassen. War bis in die 1830er Jahre die Humoralpathologie Lehrmeinung, so wurde es dann die Solidarpathologie, die keine andere Auffassung neben sich duldet, obwohl sie gerade heute wieder mit den neu entdeckten Hormonen, Neurotransmittern und Mediatorenstoffen, die sich oft physikalisch unerklärlich in Sekundenbruchteilen im Organismus verteilen, in starke Anlehnung zur Säftelehre gerät.

Dieses ständige Nebeneinander dieser beiden Vorstellungen kennt jeder von uns. Einerseits gibt es Krankheiten, bei denen man der Humoralpathologie entsprechend das Gefühl hat, alles fließt durch den Körper und man müsse diesen Krankheitsstoff nur genügend ausschwitzen, ableiten oder ausscheiden, um wieder gesund zu werden, andererseits kennen wir Zustände, bei denen wir ganz dezidiert auf die schmerzende Körperstelle weisen, mit der Vorstellung, dass es sich dabei um einen solidaren, krankmachenden "Gegenstand" handelt, der nur aus dem Körper herausoperiert werden müsse (Prinz 1984).

Medizin und Kulturwandel

Die Untersuchung der Folgen von Einflüssen und Eingriffen auf das soziokulturelle Gefüge einer Ethnie von außen, insbesondere auf die daraus resultierenden Veränderungen der Lebensbedingungen, der Nahrung und der Gesundheitsversorgung, ist das dritte große Arbeitsgebiet

der Medizinanthropologie. Während früher etwa Gesundheitsprojekte ohne medizinanthropologische Begleitung durchgeführt wurden (siehe Beispiel 2 oben), werden heute zunehmend Medizinanthropologen schon bei deren Planung beigezogen. Zu einem späteren Zeitpunkt des Studiums soll auf dieses auch für Ärzte interessante und abwechslungsreiche Berufsbild näher eingegangen werden.

Transkulturelle familienmedizinische Aspekte

Im ethnomedizinischen Teil wurde bereits die Notwendigkeit hervorgehoben, sich als Arzt Kenntnisse über die Vorstellungen zu Körper, Gesundheit, Krankheit und therapeutische Erwartungen seiner Patienten anzueignen. Dies ist verhältnismäßig einfach, wenn es sich um Menschen der eigenen Gesellschaft, insbesondere auch um solche der eigenen sozialen Gruppe handelt. Umso fremder jedoch der Patient für den Arzt ist, oder besser gesagt sie sich gegenseitig sind, umso schwieriger ist es, das für die ärztliche Tätigkeit notwendige Vertrauensverhältnis aufzubauen. Besonders bei Angehörigen fremder Kulturen, mit denen wir in unserer Zeit immer mehr zu tun bekommen werden, ist eine ärztliche Tätigkeit ohne ethnomedizinisches Einfühlungsvermögen praktisch unmöglich. Es muss daher Studierenden immer wieder empfohlen werden sich schon frühzeitig diese transkulturelle Sozialkompetenz anzueignen. Diese kann man nicht studieren, diese muss man sich konsequent erarbeiten. Grundvoraussetzungen, wie die Kenntnisse von heilkundlichen Universalien oder den weiter unten kurz angeführten kulturgebundenen Syndromen, dem soziokulturellen Hintergrund von Menschen aus anderen Ländern, den Familienstrukturen etc. kann man lernen. Das tatsächliche Verständnis muss man sich jedoch selbst, durch eigene Kraft und mit Liebe zur Berufung zum Arzt, erkämpfen. Um diesen persönlichen Weg zum transkulturellen Verständnis augenscheinlich zu dokumentieren, werde ich als Beispiele zu den einzelnen Punkten ausschließlich eigene Erfahrungen als Arzt in Afrika, bei der Wiener Rettung und in der Flughafenambulanz Wien/Schwechat anführen.

Darstellung von Krankheit

Beim Umgang mit fremden Patienten ist vor allem die Kenntnis der Tatsache von Bedeutung, dass in jeder Kultur die Menschen auf eine andere Art lernen ihr Leiden auszudrücken. Es ist kulturell geprägt, wie das Nicht-Gesundsein angezeigt wird und damit die Mitmenschen den Betroffenen als krank erkennen. Während bei uns eher ein analytischer Aspekt vorherrscht - man hat gelernt Lokalisation und Qualität des Schmerzes genau zu beschreiben - wird etwa im mediterranen Raum eher eine dramatische Performance gewählt. Dies führt beim Arzt häufig zu einem Missverständnis, das bis zur Aggression reichen kann. Er, der gewohnt ist, dass die Patienten mit ihm sprechen, ihm erklären wo was weh tut, steht plötzlich vor einem sich windenden Patienten, der keiner verbalen Kommunikation zugänglich ist und ihm womöglich noch auf die Finger schlägt, wenn er ihm auf den Bauch greifen möchte. Böse, rassistische Bemerkungen haben sich hierfür bereits im klinischen Alltag etabliert, wie „Türkenbauch“ oder

„viel weh tun“ etc. Dabei reagieren diese Menschen einzig und alleine wie sie es bei einem Leiden, das von außen nicht sichtbar ist, gelernt haben. Vollkommen anders ist es, wenn jeder sofort sehen kann was ihm fehlt. Der gleiche Patient, der sich bei Bauchschmerzen am Bett windet, zeigt keinen Schmerz wenn er sich den Finger abhackt. Das braucht er nicht zu demonstrieren, da sieht jeder was er hat.

Ganz anders als im mediterranen Raum ist die Darstellung von Leiden in Schwarzafrika. Hier sind die Menschen, wenn sie krank sind, oft ruhig, in sich gekehrt, an der Umwelt scheinbar desinteressiert. Drückt man in den schmerzenden Bauch, ziehen die Patienten eventuell nur kurz zischend die Luft durch die zusammengesetzten Zähne. Eine für uns nicht gewohnte Schmerzreaktion, die leicht dazu führt, Afrikanern eine geringere Schmerzempfindlichkeit zuzuschreiben. In der Kolonialzeit wurde dies ja tatsächlich gemacht und führte zu unglaublich brutalen Körperstrafen, unter dem Motto „damit er ja etwas spürt“.

Eine besondere Bedeutung beim Schmerzerleben kommt auch der vermuteten Ursache hierfür zu. Ist man überzeugt, dass der Bauchschmerz von einer beginnenden Enteritis (Darmentzündung) kommt, weil man Diätfehler begangen hat, wird der Schmerz weit eher toleriert, als bei der Furcht, er könnte durch Krebs ausgelöst sein. Bei Menschen aus anderen Kulturen kommen erschwerend auch Ursachen hinzu, die weit in das soziale und religiöse Leben hineinreichen. Wie unter „Bikausalität von Krankheit“ schon kurz besprochen, sind dies etwa Ängste vor der Strafe Gottes, der Geister oder der Ahnen und vor den Folgen von Hexerei oder magischen Praktiken.

Beispiel 6: Angst vor Magie als Aggravation von Krankheit in Afrika

In einer kleinen Krankenstation im Kongo, im Stammesgebiet der Azande: eine junge Frau wird, gestützt von ihrer Mutter, in den Behandlungsraum gebracht. Wortreich erläutert Letztere die Beschwerden ihrer Tochter dem Arzt. Sie leide schon seit Wochen an einer „kaza basolo“, einer Krankheit die dadurch entstanden sei, dass ihr böse Mitmenschen die Klitoris gestohlen hätten (kaza = Krankheit; basolo bedeutet soviel wie „wegschaben“). Jetzt sei ihr Leben in Gefahr; der ganze Unterleib tue ihr weh und sie drohe zu verbluten. Vor Schwäche könne sie nicht mehr alleine gehen. Der Arzt untersucht die Patientin. Das Abdomen ist weich. Das Genitale ist außer einer menstruationsähnlichen Blutung ohne Befund, die Klitoris unversehrt. Er versucht dies den beiden zu erklären, ohne Erfolg. Für ihn uneinsichtig versteifen sie sich auf die Behauptung des Diebstahls. Um die Patientin zu beruhigen werden die in Buschkliniken üblichen Routineuntersuchungen angeordnet: Blutbild, Hämoglobin, Blutausschrieb sowie Stuhl und Harn auf Parasiten. Das Ergebnis: lediglich eine erhebliche Anämie, die mit dem vorgefundenen, geringen Parasitenbefall alleine nicht erklärbar ist.

Ohne ausreichende Kenntnisse der traditionellen Vorstellungen zur Ätiologie und Symptomatik dieser kaza basolo, könnte der moderne Mediziner in einem solchen Fall leicht dazu neigen,

in Verärgerung über diesen „abergläubischen Unsinn“, die Beschwerden der Patientin zu bagatellisieren. Hiermit würde er sich als unfähig zur ärztlichen Tätigkeit in fremden Gesellschaften erweisen.

Wenn er sich jedoch um die Hintergründe bemüht, würde er erfahren, dass es bei den Azande eine Geheimgesellschaft von Jägern gibt, die „aboro basolo“ heißen (aboro = Menschen). Um größeren Jagderfolg zu haben, führen sie verbotene magische Praktiken durch, für die sie, gemäß der Vorstellung der Azande, eine Klitoris benötigen. Sie tragen am Gürtel einen kleinen Lederbeutel, der wunderkräftige Pflanzen beinhaltet. Wenn sie dann einer Frau die Hand reichen, „wandert“ deren Klitoris über die Arme in diesen Beutel. Zuhause verkohlt der Übeltäter dessen Inhalt zusammen mit dieser imaginären Klitoris, vermischt ihn mit verschiedenen magischen Ölen und schmiert diese Masse auf die Jagdwaffen. Jetzt wird ihm das Jagdglück hold sein, die Frau jedoch, die glaubt ihrer Klitoris beraubt zu sein, reagiert mit Panik. Zuerst muss sie versuchen diese zurück zu bekommen; sie kann sogar zum Stammesgericht gehen um den Jäger zu klagen. Gelingt es ihr nicht diesen zu einer Rückgabe des Säckchens zu zwingen, oder ist dessen Inhalt bereits verkohlt worden, nimmt die Krankheit ihren Lauf. Ihre Menstruation ist gestört, sonstige körperliche Beschwerden stellen sich ein und vor allem seelisches Siechtum beginnt.

Abgesehen von Deutungen im Sinn von Gegensätzen zwischen den Geschlechtern bis hin zu einer kulturspezifischen Form der Ausbeutung von Frauen, zeigt dieses Beispiel eines: die Somatisierung von Konflikten in fremden Gesellschaften kann nur verstanden und nachvollzogen werden, wenn man als Arzt deren soziokulturelle Hintergründe kennt. Für diese gesellschaftsspezifischen Krankheitsbilder hat sich in der Ethnopsychiatrie der Fachterminus „Culture-bound Syndrome“ durchgesetzt.

Die kulturgebundenen Syndrome (CBS)

Die CBS (Prinz 1995) sind psychische Alterationen mit oder ohne zusätzliche somatische Beschwerden, für die es keine Entsprechung in anderen Kulturen und insbesondere in der Psychiatrie der westlichen Medizin gibt. Sie werden in der jeweiligen Gesellschaft als fest umrissene Krankheitsbilder erfasst und gelten durch Faktoren ausgelöst, die ebenfalls nur aus der speziellen soziokulturellen Situation erklärbar sind. Sie stellen eine erhebliche gesundheitliche Belastung für die betroffene Bevölkerung dar und können epidemische Ausmaße erreichen. Darüber hinaus sind sie wegen ihrer Spezifität praktisch nur traditionellen Heilverfahren zugänglich.

Die Ethnopsychiatrie unterscheidet sieben verschiedene Gruppen von CBS, auf die jedoch hier nicht im Einzelnen umfassend eingegangen werden kann. Unser Fallbeispiel gehört zu den „Genital Retraction Taxon“. Dies sind Zustände schwerer Angst vor drohendem Verlust von Teilen des Geschlechtsorganes und somit von Potenz und Geschlechtsidentität. Ein häufiges Syndrom und Grund für die Benennung dieser CBS Gruppe ist die „koro“-Krankheit in Afrika und Ostasien. Durch einen initialen Anlass, in Afrika häufig der Glaube an Hexerei oder Magie, be-

fürchtet man, dass sich der Penis in den Bauch zurückziehen beginnt oder die Klitoris verschwindet. Ein ebenfalls in die Sexualität reichendes CBS ist das nur bei uns bekannte prämenstruelle Syndrom. Nur in der westlichen Welt wird dieser erhöhten Empfindlichkeit der Frau vor Beginn der Menstruation ein Krankheitswert zuerkannt.

Wie bei allen Krankheiten gibt es auch bei den CBS solche die mit einem gewissen gesellschaftlichen Renommee verbunden sind, aber häufig auch solche bei denen gerade das Gegenteil der Fall ist. Diese sind besonders erschwerend für die Betroffenen. Ein solcher Underdog unter den CBS ist die in Südostasien und Indonesien vorkommende Latah. Nach einem starken initialen Stimulus, etwa einem lauten Knall, der eine die Zuschauer erheiternde körperliche Reaktion beim Betroffenen hervorruft, beginnt der Kranke zwanghaft seine Mitmenschen nachzuäffen, ein distanzloses Gehabe an den Tag zu legen und laut schreiend Obszönitäten von sich zu geben. Besonders Frauen sind davon betroffen und in der Folge von gesellschaftlichen Sanktionen bedroht. Sind doch diese Länder mehrheitlich islamisch, wo von den Frauen ein zurückhaltendes Verhalten in der Öffentlichkeit erwartet wird.

Beispiel 7: Unterbrechung eines Stupors durch die Erwähnung von Latah

Die Ambulanz des Flughafens in Wien wird über den Tower verständigt, dass in einer aus Jakarta ankommenden Maschine eine Patientin sei, die nicht ansprechbar ist. Wir erwarten die Maschine am Vorfeld. Wir gehen mit sämtlichen Geräten zur cardio-pulmonalen Reanimation an Bord. Dort finden wir eine etwa 30-jährige Chinesin vor, die reglos auf einer Sitzreihe liegt. Sie stammt aus Indonesien und ist seit Jahren mit einem Wiener verheiratet, mit dem sie auch zwei Kinder hat. Ehemann und Flugzeugbesatzung sind aufgeregt und der festen Meinung, dass die Frau kurz vor dem Exitus letalis steht. Der Puls 110 rhythmisch, Blutdruck 130/70, sie atmet, wenn auch bemüht flach, und bei einem kurzen Antupfen der Wimpern zuckt das Lid prompt. Erstdiagnose: Stupor (psychogene Erstarrung). Ich versuche Ehemann und Flugbegleiterinnen zu beruhigen, mit geringem Erfolg. Zu dramatisch erscheint ihnen das Krankheitsbild. Wir bringen die Patientin in unsere Ambulanz und machen (vor allem zur Therapie des beunruhigten Ehemannes) ein EKG und messen die Sauerstoffsättigung. Wie zu erwarten alles in Ordnung. Einzig die Körpertemperatur war auf 37,8° erhöht. Mit Mühe konnte ich den Ehemann hinausschicken und versuchte, wie in solchen Situationen notwendig, mit der Patientin ins Gespräch zu kommen. Jedoch ohne jeglichen Erfolg, sie verharrte in ihrem Stupor. In meiner Verzweiflung beugte ich mich hinunter und flüsterte ihr ins Ohr: „Haben sie Latah?“ Es tat mir schon leid bevor ich es ausgesprochen hatte, denn ihre Symptome hatten bei weitem nichts mit der klassischen Latah zu tun, die ja genau das Gegenteil von stuporös ist, nämlich agitiertes, mit obszöner Gestik verbundenes Fluchen, ähnlich dem Tourette-Syndrom bei uns, bei dem die Patienten lauthals schimpfend auf der Strasse gehen. Abrupt öffnet sie die Augen und richtet sich blitzschnell auf. „Was haben Sie gesagt? Ich soll Latah haben“. Und schon sprudelt es aus ihr heraus. Sie fühle sich erkältet, zu Hause bei den Eltern war es so schön, aber sie liebt auch ihren Mann und ihre Kinder. Sie ist Österreicherin. Sie möchte gar nicht mehr in Indonesien leben. Sie hat beim Abschied schwer gelitten. Aber jetzt ist ja alles gut. Kein gutes Zureden half,

den durch Abschiedsschmerz, grippalem Infekt und der latenten Angst vor der Fremde ausgelösten Stupor zu unterbrechen, doch die leichtfertig hingessagte Behauptung an der stigmatisierten Krankheit zu leiden genügte, um sie wieder zu stabilisieren.

Sicherheitshalber, wie bei jedem Tropenrückkehrer mit Fieber, machte ich noch einen Malariaschnelltest, der negativ war, gab ihr 500 mg Paracetamol und übergab sie „geheilt“ ihrem Mann, der mit großen Augen schauend dieses Wunder nicht begreifen konnte. Überschwänglich bedankte sich die Frau bei mir für die gute Behandlung.

Die Frau in der islamischen Familie

Als Arzt wird man bei uns besonders häufig mit islamischen Patienten in Kontakt kommen. Der Islam ist eine Religion, die wie jede Glaubenshaltung, wenn sie streng befolgt wird, umfangreichen Einfluss auf die Lebensgestaltung seiner Anhänger nimmt. Es wird genau festgelegt wie sich der Mensch - Mann und Frau - zu verhalten haben, um Gott wohlgefällig zu sein. Das hierbei, wie bei allen Religionen, die Gefahr besteht diese Regeln unter gewissen gesellschaftlichen Bedingungen zur Unterdrückung der Menschen, insbesondere der Frauen, zu missbrauchen, ist ein immer wiederkehrendes Phänomen. Dies hängt nicht mit der Religion, sondern mit den ganz profanen politischen und sozialen Machtstrukturen zusammen.

Wenn wir jetzt die Situation bei unseren islamischen Familien betrachten, so sehen wir die enorme Spannung unter der diese Menschen leben. Zum Grossteil stammen sie aus ländlichen Gebieten ihrer Heimat, in denen, wie überall am Land, die Religion einen höheren Stellenwert besitzt als in den Städten. Sie kommen jetzt in eine Großstadt, wo sie die Sprache nicht beherrschen, ihre gewohnten religiösen Bräuche keine Bedeutung haben und die Lebensformen komplett verschieden zu denen ihrer Heimat sind. Alleine die genaue Einhaltung der Fastenregeln während des Ramadans ist für jeden Muslim bei uns mit enormen Stress verbunden. Es bleiben ihnen nur zwei Wege offen, entweder assimilieren sie sich oder sie bilden eine Subkultur in der sie so gut wie möglich ihre alten Lebensweisen zu erhalten trachten. Zumeist wird es ein Hin- und Herwechseln zwischen diesen beiden Möglichkeiten sein, ein Verhalten für das sich in der Soziologie der Terminus „Changing identity“ etabliert hat. In der Früh geht die Frau mit ihrem Kopftuch und langem Rock zu ihrer Arbeit, dort nimmt sie das Tuch ab und zieht ihren knielangen Arbeitsmantel an, ist womöglich den ganzen Tag mit kompromittierenden, ihre islamischen Gefühlen verletzenden Gesprächen ausgesetzt, um dann am Abend wieder zurück in ihre Rolle als muslimische Frau zu schlüpfen.

Bei oberflächlicher Betrachtung erscheint uns die Rolle der Frau in diesen Familien von geringerer Bedeutung als bei uns. Doch sie ist nur anders, durch Tradition und Religion geprägt. Frauen haben ganz genau festgelegte Pflichten aber auch Rechte, die sie zu verteidigen wissen. Vor allem sind sie auch für die medizinischen Belange zuständig. Sie bestimmen wie ihre Kinder behandelt werden sollen und sie wird auch bei ihrem Mann achten, dass er im Krankheitsfall das ihrer Meinung nach Richtige tut.

Besondere Probleme in dieser ambivalenten Stellung zwischen den Kulturen treten für die Frauen im sexuellen Bereich auf. Es muss im Islam die strenge Regel befolgt werden, dass der Ehemann Muslim sein muss, die Ehe mit einem Christen daher nur möglich ist, wenn er vorher konvertiert. Die so genannte arrangierte Ehe etwa bei türkischen Familien ist kein islamisches, sondern ein ländlich anatolisches Phänomen. Im Koran gibt es keinen einzigen Hinweis, dass die Frau nicht frei in der Entscheidung bei der Wahl ihres Ehepartners ist. Sehr wohl auf den Koran zurückzuführen ist die Forderung auf unbedingte Keuschheit der Mädchen vor der Ehe, wobei es hier ebenfalls keinen Unterschied zum konservativen Christen- oder Judentum gibt. Beim Bruch dieses Tabus kommt es in islamischen Familien zu schweren sozialen Störungen, die mit Ausschluss des Mädchens aus der Familie enden können. In den islamischen Familien bei uns führt die Forderung dem Islam gemäß zu leben häufig zu einem Generationskonflikt. Viele junge Leute tendieren, zumindest zeitweilig in ihrer Entwicklung, auch im sexuellen Bereich, zu den westlichen Wertvorstellungen, die zwangsläufig zu Problemen mit den im Islam noch fest verankerten älteren Verwandten führt.

Beispiel 8: Fluchtversuch aus der traditionellen Realität

Nächtlicher Einsatzbefehl bei der Wiener Rettung. Am Display des Bordcomputers des Notarztwagens steht neben der Adresse lakonisch: Exitus letalis, Berufung durch anwesenden Polizisten. Am Berufungsort eine Funkstreife, ein Polizist erwartet uns und beruhigt uns, keine Eile, die Patientin ist tot. Wir kommen in eine Substandardwohnung, Heizölgeruch vom Zimmerofen, Teppiche am Boden, ärmlich, aber peinlich sauber. Eben typisch für eine Wohnung unserer türkischen Landsleute. In der Mitte des Zimmers liegt aufgebahrt ein Mädchen. Vater, Mutter, Geschwister stehen mit Kerzen um sie herum und weinen. Eine alte Frau, vielleicht die Großmutter, streichelt ununterbrochen über den Kopf des Mädchens, küsst es auf die Stirn und streicht mit einer islamischen Gebetskette über ihren Hals und ihre Brust. Es war gar nicht einfach bis zur Patientin durchzukommen. Nicht, dass die Leute dem Doktor nicht ergeben Platz gemacht hätten, aber das Zimmer war so klein und es waren so viele Menschen da, die immer wieder zu dem Mädchen wollten um zu weinen. Nun, meine erste Untersuchung ergab: wieder ein Stupor; Puls in Ordnung, Atmung unterdrückt und flach, Reaktion der Lider auf eine kurze Berührung. Es ist klar, ich muss die Patientin aus dieser Wohnung hinausbringen. Ich erkläre dem Vater, wenn wir ins Spital fahren, können wir vielleicht noch etwas für das Mädchen tun. Zögernd willigt er ein, er glaubt ja, dass seine Tochter tot ist. Bei Muslims, ähnlich wie bei Juden, ist es religiöses Gesetz, dass Verstorbene innerhalb von 24 Stunden begraben werden müssen. Dies ist ein enormer Druck, der auf den Angehörigen lastet. Insbesondere wenn sie den Leichnam noch in die heimatliche Erde der Türkei bringen wollen.

Im Krankenwagen, alleine mit der Patientin, wieder das gleiche Nicht-Reagieren auf guten Zuspruch wie bei der Patientin aus Indonesien. Reden, Fragen wieso, keine Antwort. Darauf sage ich ihr, dann müssen wir halt auf den Steinhof fahren. In dem Moment, als ich den Namen des, heute wirklich ungerechter Weise in der Bevölkerung so schlecht angeschriebenen psychiatrischen Krankenhauses genannt habe, beginnt sie mit mir zu sprechen. Sie, ein 16-jähriges türkisches Mädchen, bereits in Österreich geboren und hatte daher auch die Aversion der Wiener

gegenüber dem psychiatrischen Krankenhaus angenommen, ist schwanger. Sie hat es heute erfahren und wusste sich keinen Rat. Sie wollte einfach tot sein. Ich brachte sie auf die Frauenklinik und hoffte, dass sie dort eine adäquate psychosoziale Hilfe bekommen werde.

Traditionelle Behandlungsformen



Abb. 1 Ein islamischer Arzt aus dem Iran beim traditionellen Schröpfen mit einem Horn. Foto Mohammad Shekari.



Abb. 4 Der Sohn des Arztes skarifiziert das Schröpf-Ödem. Foto Mohammad Shekari.

Bei islamischen Patienten sieht man als Arzt auch oft Artefakte, d.h. künstliche Zeichen von therapeutischen Maßnahmen der arabischen Medizin. Eine häufige Methode ist das Schröpfen (Abb. 3), das auch in vielen anderen Kulturen, auch in unserer Medizingeschichte, weit verbreitet war oder ist. Hierbei werden Glashalbkugeln, so genannte Schröpfköpfe, heiß gemacht und auf die erkrankte Stelle aufgesetzt. Dabei bildet sich zumeist ein kreisrunde Verbrennung und durch das Erkalten ein Vakuum, das die darunter liegende Haut pilzförmig in den Glaskörper saugt. Häufig wird auch die darunter liegende Haut mit einer Lanzette skarifiziert (eingeschnitten; Abb. 4, Abb. 5). Gemäß der Humoralpathologie glaubt man, dass auf diese Art krankmachende Dämpfe oder Säfte aus dem Körper herausgezogen werden. Im modernmedizinischen Sinn könnten wir eine solche Behandlung als oberflächliche Reiztherapie ansehen, die oft erstaunliche Erfolge zeigt.

Beispiel 9: Artefakte traditioneller Behandlung

Ein kurdischer Asylwerber wird in unsere Flughafenambulanz gebracht. Der begleitende Sicherheitsbeamte ist ganz aufgeregt und will wissen, ob diese furchtbare Hautkrankheit, die der Patient habe, ansteckend sei. Beim Duschen wurde gesehen, dass er am Rücken symmetrisch verteilt acht etwa 12 cm Durchmesser große, bläulich-livide verfärbte Hautveränderungen hat,



Abb. 2 Die Schröpfungswunde nach dem Skarifizieren und nochmaligem Schröpfen mit einer modernen, in einer Plastikfabrik hergestellten Schröpfungspumpe. Foto Mohammad Shekari.

die wallartig mit Krusten umrandet waren. Ich konnte den Polizisten beruhigen, dies waren nur die Hämatome und Narben von einer Schröpfbehandlung, die er in seiner Heimat durchführen ließ.

Da der Mann jedoch recht mager war, einen kränklichen Eindruck machte und hustete, veranlasste ich eine interne Untersuchung mit Lungenröntgen. Diagnose: Verdacht auf Lungentuberkulose. Der Patient wurde auf eine Spezialabteilung zur weiteren Therapie gebracht.

Die Beschneidung der Frau

Zum Abschluss soll noch ein wichtiges Thema aus dem transkulturellen Bereich angerissen werden, die Beschneidung der Frau (Prinz & Katzensteiner 1986, Abu Baker 2000, Binder-Fritz 2000). Diese rituelle Verstümmelung ist ein alter und weltweit verbreiteter Brauch. Wie Mumienfunde beweisen, wurde sie schon im alten Ägypten durchgeführt. Hiermit ist auch die weit verbreitete Annahme widerlegt worden, dass dieses Brauchtum vom Islam getragen und verbreitet wurde. Tatsächlich werden im Bereich dieses Glaubensbekenntnisses besonders häufig die Mädchen diesen schmerzhaften und verstümmelnden Operationen unterzogen, obwohl keine Legitimation hierfür aus dem Koran abzuleiten ist. Auf der anderen Seite sind etwa Marokko, Tunesien, westliches Saudi-Arabien, Türkei, Syrien und der Iran, um nur einige zu nennen, islamische Länder, in denen keine Klitoridektomie durchgeführt wird. Die weibliche Beschneidung wird etwa auch bei den koptischen Christen Ägyptens, den orthodoxen Christen sowie bei den jüdischen Falascha Äthiopiens und bei vielen nicht-islamischen ethnischen Gruppen Afrikas, in Malaysia und Indonesien sowie im amerikanischen Raum im östlichen Mexiko, in Ecuador, Peru und Brasilien gepflegt. Auch unter den australischen Ureinwohnern ist dieses Ritual verbreitet. Bis vor etwa 160 Jahren gab es auch in Europa – etwa in Rumänien und Russland – die christliche Sekte der Skopzen, die neben schweren Genitalverstümmelungen beim Mann, die bis zur totalen Amputation von Penis und Hoden reichten, auch bei den Frauen die Klitoridektomie und die Ablatio beider Brüste durchführten. Das Hauptverbreitungsgebiet, in dem dieser unmenschliche Brauch auch am beharrlichsten durchgeführt wird, ist, trotz vieler legislatischer Bemühungen – der Nordosten Afrikas mit Sudan, Äthiopien und Somalia.

Die rituelle Beschneidung der Frau umfasst mehrere verstümmelnde Eingriffe am äußeren weiblichen Genitale. Die häufigsten Formen sind:

1. Eine teilweise Ausschneidung von Klitoris und kleinen Labien von unterschiedlicher Radikalität. Am geringsten ist die so genannte »Sunna-Zirkumzision«, bei der „nur“ das Präputium der Klitoris entfernt wird.
2. Die vollständige Amputation von Klitoris und kleinen Labien, an die zumeist noch zusätzlich eine Infibulation (Vernähung der Vulva) angeschlossen wird, die so genannte »Pharaonische Beschneidung«.
3. Die Introizision in Westafrika, bei welcher um die Vagina Einschnitte vorgenommen werden, um sie für zukünftige Geburten zu »erweitern«.

Autorenkontakt

Ao.Univ.-Prof. Dr. Dr. Armin Prinz
Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Kinderspitalgasse 15/I
1090 Wien
E-Mail: armin.prinz@meduniwien.ac.at

Literatur

- Abu Baker, H. (2000): Female Genital Mutilation in Sudan: Policies and Information Dissemination. *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 2: 16.
- Binder-Fritz, C. (2000): A Cross-Cultural Meeting on Female Genital Mutilation. *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 2: 12.
- Helman, C.G. (2001): *Culture, Health and Illness*. Oxford University Press.
- Prinz, A. & S. Katzensteiner (1986): Die Beschneidung der Frau. *SPECULUM*, 4.2: 22.
- Prinz, A. (1992): Die Ethnomedizin. Definition und Abgrenzung eines interdisziplinären Konzeptes. *CURARE* 15: 147-160.
- Prinz, A. (1995): Kranksein in fremden Kulturen. S. 77-80 in O. Frischenschlager, M. Hexel, W. Kantner-Rumplmair, M. Ringler, W. Söllner & U.V. Wisiak (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie*. Springer Verlag, Wien.

Zitationsvorschlag

Prinz, Armin (2018): Anthropologische und ethnokulturelle Aspekte der Genese von Krankheiten. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 27-40.