



Medizinische Kulturanthropologie

Die Kulturgebundenheit von Syndromen als Beleg für die Notwendigkeit, mit Patienten gemeinsame Evidenzen zu erarbeiten

von Ludger Albers

Als Kapitel 4 erschienen in Uexküll: Psychosomatische Medizin, 6. Auflage, Dez. 2002.

Verschiedene Heilweisen bilden kulturelle Systeme; das Heilen ist sowohl ein biologischer als ein soziokultureller Prozeß (Hahn 1995: 268)

1. Einleitung: Medizin als kulturelles System¹

In der kulturvergleichenden Medizinischen Anthropologie wird Medizin heute als kulturelles System verstanden, das menschliche Gemeinschaften zur Lösung von Zuständen entwickelt haben, die sie selbst in einer für sie typischen Art und Weise als "krank" definieren (etymol. abgrenzen). Mit der in Kap. 1 vollzogenen konstruktivistischen und semiotischen Wende der Erkenntnistheorie ist jedoch zu fragen, wie dies genau geschieht. Alltägliche Unterscheidungen wie Natur/Kultur oder Körper/Seele/Geist erscheinen nun schärfer als Ergebnis sprachlicher Abgrenzungen, die den Wahrnehmungsstrom kulturell differenzieren und dabei hierarchisch ordnen. Die Unterscheidungen dienen dazu, zielgerichtetes Handeln durch Orientierung zu ermöglichen (wirklich = etymol. durch Handeln geschehend).

Auf den von Peirce beschriebenen Zeichenebenen (icon, index, symbol) haben Sprechlaute, Wörter und Sätze ebenso wie kernspintomographische Bilder keine intrinsische ikonische, indexikalische oder symbolische Funktion. Die Unterschiede in der Bedeutung entstehen jeweils dadurch, daß Dinge von Menschen entweder bezüglich ihrer *Form*, ihrer *Korrelation* oder bezüglich kulturell *vereinbarter Beziehungen* von Elementen (z. B. Sätze, Syndrome usw.) betrachtet werden. Dabei sind sie Bestandteile hierarchischer Klassifikationskontexte (Deacon 1997: 70 ff.).

Menschen konstruieren in historischen und klinischen Zeichenprozessen selbst ihre bedeutsamen Phänomene in evidenten, hierarchisch gegliederten Kontexten. In verschiedenen Kulturen führt dies zu verschiedensten

Syndromen und Diagnosen in unterschiedlichen nosologischen Klassifikationsordnungen. Nach dieser Auffassung können *alle Syndrome und Diagnosen als Erzeugnisse kulturgebundener Zeichenprozesse betrachtet werden*. Danach liefert Kultur orientierende, evidente Vorlagen (Hypothesen), auf welche Art und Weise Sinneswahrnehmungen interpretiert, benannt und "behandelt" werden können. Kulturelle Interpretanten liefern bewährte Vorlagen für medizinische Interpretanten - auf der Grundlage menschlicher Sinnesorgane, des Gehirns und seiner individuellen Prägungen im Laufe einer Lebensgeschichte.

In der Medizin versuchen Heiler jedweder Couleur gemeinsam mit ihren Patienten einen Kontext zu erzeugen, in dem die Beschwerden (Sensationen) als Zeichen gedeutet werden, die auf einen Vorgang oder ein Objekt hinweisen. Für dieses Zeichen wird eine Handlung gesucht, die geeignet ist, das Zeichen zu löschen. In diesem Zeichenprozeß haben sowohl Heiler als auch Patienten ihre eigenen Interpretanten (bedeutungserteilende Instanzen, die Zeichen und Bezeichnetes mit der "Klammer der Bedeutung" versehen).

Kleinman unterscheidet in Gesellschaften grundsätzlich zwischen laienmedizinischen, volksmedizinischen und professionellen (standardisierten) Sektoren der jeweiligen medizinisch-kulturellen Gesamtsysteme (Kleinman 1980). In diesen Sektoren finden Zeichenprozesse statt, in denen verschiedene *Interpreten* die unterschiedlichsten *medizinischen Interpretanten* verwenden, um Beziehungen zwischen Zeichen und Bezeichnetem herzustellen.

Vor der medizinischen Handlung stehen in jeder Kultur Verfahren wie "Anamnese" und "Diagnose" als Strategie, mit Hilfe sprachlicher Codierungen handlungsrelevante Klassifikationsordnungen (Definitionen, Nosologien, ...) zu erzeugen und -ganz entscheidend- gemein-

¹ Teezeremonie: Ludger Albers und Thure von Uexküll

sam zu teilen. Ob aber die Bedeutungserteilungen des Spezialisten für seinen Klienten oder Patienten selbstverständlich sind (Evidenz) und zu einer guten Kooperation führen (Compliance), das entscheidet sich in jeder Kultur an der Art und Weise, wie es Therapeuten im Gespräch mit Patienten gelingt, gemeinsame sprachliche Codierungen für Beobachtungen, diagnostische Kategorien und therapeutische Strategien zu finden.

Die "Haltung der konstruktiven Teezeremonie"

Zur Unterscheidung zwischen eigenen und fremden Interpretanten wird Ärzten als Beobachtern lebender Systeme in Kap. 1 nahegelegt, die Haltung des "Meta-Interpreten" einzunehmen. Dies bedeutet, daß der Arzt "außer der Bedeutung, welche die beobachteten Phänomene für ihn und seine manipulatorischen Möglichkeiten haben, die Bedeutungen erforscht, die sie für das beobachtete Lebewesen besitzen" (T. v. Uexküll). Letzteres erfordert die Fähigkeit des Arztes, sich von seinen eigenen Bedeutungserteilungen, die Folge seiner professionellen und persönlichen Bedürfnisse sind, immer wieder zu distanzieren. In der folgenden Zengeschichte kommt diese Einstellung zum Ausdruck (Reps 1977).

Eine Tasse Tee

Nan-in, ein japanischer Meister der Meiji-Zeit (1868 bis 1912), empfing den Besuch eines Universitätsprofessors, der etwas über Zen-Buddhismus erfahren wollte. Nan-in servierte Tee. Er goß die Tasse seines Besuchers voll und hörte nicht auf, weiterzugießen. Der Professor beobachtete das Überlaufen, bis er nicht mehr an sich halten konnte. "Es ist übertoll. Mehr geht nicht hinein!" "So wie diese Tasse", sagte Nan-in, "sind auch Sie voll mit Ihren eigenen Meinungen, Spekulationen, Vorstellungen und Interpretationen. Wie kann ich Ihnen Zen zeigen, bevor Sie Ihre Tasse geleert haben?"

Wenn in dieser Geschichte der buddhistische Meister durch einen Patienten und der Professor durch einen Arzt ersetzt wird, so stellt jeder Patient seinem Arzt die Frage: "Wenn Sie so voll sind mit Ihren eigenen Meinungen, Spekulationen, Vorstellungen und Interpretationen - wie kann ich Ihnen erläutern, wie ich meine Beschwerden erlebe, welche Bedeutungen sie für mich haben und was ich mir für eine Lösung wünschen würde?" Für den ärztlichen Meta-Interpreten hat diese Erwartung des Patienten folgende Konsequenzen:

1. Der Arzt muß die Haltung einer gemeinsamen Teezeremonie einnehmen, zu der jeder Patient seinen eige-

nen Tee mitbringen und mit dem des Arztes mischen kann.

2. Zur Mischung kommen Teesorten aus völlig verschiedenen Anbaugebieten:

- Der Tee des Arztes ist auf dem Boden standardisierter wissenschaftlicher Anbaumethoden in westlichen Kulturen gewachsen und verströmt das Aroma einer wissenschaftlichen Medizin.

- Der Tee des Patienten ist in dessen persönlichem "Schrebergarten" gewachsen und erzeugt für den Arzt z. T. ungewöhnliche, "exotische" Aromata.

3. Die Teezeremonie läuft so ab, daß die beiden Kommunikationspartner das Aroma des Tees schmecken, den der andere zubereitet hat. Danach mischen sie den eigenen Tee mit dem Tee des anderen und bieten ihm dem Gegenüber erneut zur Geschmacksprobe an usw.

Für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird deutlich, daß diese Art der Teezeremonie (als Metapher für den kommunikativen Austausch) beide Teilnehmer verpflichtet, nicht nur genau zu schmecken, sondern dem Partner auch genaue Rückmeldung über das erzielte Aroma zu geben - mit Hilfe präziser sprachlicher Beschreibungen und Unterscheidungen, die zueinander passen müssen.

Ihr Deutschen sagt "meine Meinung" - warum heißt es dann nicht auch "Deine Meinung"? (koreanischer Student)

2. Medizinisch-kulturelle Kommunikationskonflikte

Diese "Haltung der konstruktiven Teezeremonie" dem Patienten gegenüber läßt sich als *ethnographische Position* auffassen. Ethnologen müssen Meta-Interpreten sein, denn sie kennen nicht die Zeichenprozesse, in die die Menschen der untersuchten Kultur eingebunden sind. Gleiches gilt für Ärzte, die Patienten aus einer medizinischen Laienkultur untersuchen, in deren Zeichenprozesse sie nicht eingeweiht sind. Hahn formuliert die ethnographische Position von Ärzten so: "... Ohne es zu wissen, praktizieren Ärzte eine Form der Anthropologie in ihrer Arbeit. So wie sie ihre Patienten treffen, untersuchen und beeinflussen, führen Ärzte implizit ethnographische Untersuchungen durch" (Hahn 1995: 269). Für diese ethnographische Haltung gilt ein Grundsatz, den Maja Nadig so beschreibt: "Subjektivität [des Patienten] ist nicht meßbar, nur erlebbar und mit Hilfe der eigenen Subjektivität interpretierbar [und kommunizierbar]" (Nadig 1986: 36).

Th. von Uexküll hat in Anlehnung an die ethnologisch-linguistische Unterscheidung zwischen '(phon)etic' und '(phon)emic' (das vom Hörer Gehörte und das vom Sprecher Gemeinte) die zeichentheoretischen Begriffe 'Signetik' und 'Signemik' geprägt und damit einen semiotischen Blick auf die Art und Weise geworfen, mit der wir unsere Medizin betreiben. Er schreibt: "Wir können die Haltung des Forschers, der sich für die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Zeichen-Vehikel interessiert, als "signetische Einstellung" bezeichnen. Die Haltung, in der wir uns bemühen, diejenigen Bedeutungen zu entschlüsseln, welche Vehikel als Zeichen für fremde Lebewesen haben, können wir dann im Unterschied dazu "signemisch" nennen (von Uexküll 1997: 452).

Auch Heiler nichtwestlicher Kulturen wie z. B. koreanische Schamanen oder Akupunkteure haben aufgrund ihrer professionellen Standardisierung und persönlicher Bedürfnisse eine gewisse kulturelle und sprachliche Distanz zu ihren Patienten (vgl. Kleinman 1980). Auch sie neigen zu einem signetischen Standpunkt im Sinne ihrer professionellen Kultur. Devereux hat hierzu aus ethnographischer Perspektive formuliert: "Die *ethnozentrische, kulturspezifische Verzerrung [der Bedeutungsverteilung]* ist unvermeidbar. Statt das zu beklagen, müssen wir sie als *Quelle systematischer Fehler* berücksichtigen" (Devereux 1992: 166).

Die elementare Frage eines Arztes mit einer signemischen Einstellung kann folgendermaßen lauten: "*Welche Bedeutung haben die Phänomene für meinen Patienten und welche Konsequenzen muß dies für unsere Kommunikation haben, damit Evidenz für ihn als Grundlage seines Handelns entsteht?*" (Evidenz: Beziehung zwischen Zeichen und Bezeichnetem, die für einen Interpretanten verlässlich ist und dadurch Sicherheit in der Befriedigung von Bedürfnissen durch Handeln gibt).

Wir haben die Bedeutung auf die Seite der wissenschaftlichen Abstraktion gelegt und sie der Sensibilität beraubt. Hier liegt eine der Folgen der Zivilisation (Lévi-Strauss 1980: 151)

3. Sogenannte "kulturgebundene Syndrome"

In nichtwestlichen Kulturen existieren Bezeichnungen für sehr verschiedenartige Erkrankungsformen, denen unsere westliche Organmedizin mit Unverständnis begegnet. Ärzte können innerhalb ihres eigenen kulturellen Bedeutungssystems den Phänomenen keine Bedeutungen erteilen. Es fehlt ihnen an Evidenz, weil ihre Kultur keinen theoretischen Rahmen zur Verfügung stellt, in dem die fremden, sogenannten "kulturgebun-

denen Syndrome" interpretierbar sind (da alle Syndrome als kulturgebunden betrachtet werden müssen, wird im folgenden die tradierte Bezeichnung in Anführungsstriche gesetzt).

Diese Resistenz der sogenannten "kulturgebundenen Syndrome" den Deutungen westlicher Organmedizin gegenüber führt dazu, daß sich diese Syndrome besonders zur Darstellung medizinisch-kultureller Konflikte eignen.

Koro: "Schrumpfung der Genitalien" in Südchina

Im Rahmen des **Koro-** oder Suo-yang-Syndroms entsteht in Südchina etwa alle 8 bis 10 Jahre die epidemieartig sich von Dorf zu Dorf ausbreitende extreme Angst vor dem Zurückweichen (shrinking) der Genitalien in den Bauchraum, weshalb in Zuständen extremer ängstlicher Erregung die überwiegend männlichen Genitalien mit allen Mitteln "festgehalten" werden. In einem Film chinesischer Kollegen sind die Verletzungen erkennbar, die sich Menschen in diesen Zuständen zufügen, aber auch die sexuellen Freizügigkeiten, die unerwartet in Erscheinung treten. Alf Gerlach hat sich ausführlich mit den psychodynamischen Bedeutungsaspekten auseinandergesetzt. Zum kulturellen Hintergrund berichtet er, daß es weibliche Fuchsgeister sind, die als Verursacherinnen der vermeintlichen genitalen Schrumpfungen gelten. Seit einem medizinischen Klassiker des Gelben Kaisers (300-200 v. Chr.) wird das Schrumpfen des Penis als unmittelbares Zeichen für den herannahenden Tod aufgefaßt (Gerlach 1996). Dies kommt in den beiden von Gerlach zitierten Volkssagen zum Ausdruck:

Volkssage 1:

Eines Tages trug eine alte Frau zwei verschlossene Körbe auf ihrem Rücken zum Fluß, um überzusetzen. Zwei junge Männer wollten im selben Boot ans andere Ufer. Als die beiden die Körbe sahen, wollten sie von der alten Frau wissen, was denn darin sei. Die entgegnete: "Ihr könnt es nicht anschauen; wenn doch, würdet ihr euch zu Tode erschrecken." Die jungen Männer lachten und glaubten nicht, was die Frau sagte. Sie zwangen sie, den Deckel eines Korbs zu öffnen, blickten hinein und fielen vor Schreck tot um: Er war bis an den Rand gefüllt mit abgeschnittenen Penissen.

Volkssage 2:

Von Zeit zu Zeit steigt eine schöne Fee vom Himmel herab, um die Penisse von Männern und die Brüste von Frauen zu sammeln. Sie ist unsichtbar, und sie kann Wände und Mauern durchdringen. Sobald sie irgendwo einen Penis oder Brüste sieht, nimmt sie sie an sich; und diejenigen, die der Verlust trifft, müssen unweigerlich sterben.

Erkrankungen wie Koro (malaiisch: Schildkröte) werden von Ärzten in der Regel als "exotisch" und nicht relevant abgetan. Diese signetische Position von Ärzten interessiert sich nicht für die spezifischen Hintergründe, die ein solches "kulturgebundenes Syndrom" prägen. Andererseits wird von Anthropologen und Psychiatern der Versuch unternommen, diese "kulturgebundenen Syndrome" in westliche Diagnoseschemata einzuordnen, zum Beispiel in die psychiatrische DSM-Klassifikation (Simons & Hughes 1985). Wenn aber bekannt ist, daß die Entwicklung der DSM-Klassifikation stark von Bedürfnissen geleitet war, eine Grundlage zur besseren Vergleichbarkeit pharmakologischer Studien zu schaffen, so wird klar ersichtlich, daß Nosologien Bedürfnisse und Ziele repräsentieren und daß eine Einordnung im Sinne der Bedeutungserlebnisse von Patienten nicht zufriedenstellend gelingen kann. *Vielmehr sollte zunächst diejenige Nosologie geklärt werden, der diese sogenannten "kulturgebundenen Syndrome" im Erleben der Betroffenen entspringen.* Dies kann zum Beispiel durch ethnographische Interviews geschehen, die die Beziehungen zwischen Zeichen, Bezeichnetem und Interpretanten offenlegen. Auch Pfeiffer unternimmt den Versuch einer Einordnung der sog. "kulturgebundenen Syndrome" in die ICD-Klassifikation, ohne diese als Kulturprodukt ausreichend zu würdigen (Pfeiffer 1994).

Susto: Multiple wechselnde Beschwerden in spanisch sprechenden Ländern

Eine Teilmenge der "kulturgebundenen Syndrome" wird beschrieben als Konstellation verschiedenster unspezifischer vegetativer Beschwerden, denen organische Veränderungen nicht zugeordnet werden können (Simons & Hughes 1985, Pfeiffer 1994). Sie ähneln Beschreibungen der sogenannten "funktionellen Syndrome". Rubel hat 1964 anhand des Syndroms "Susto" in lateinamerikanischen Kulturen eine *Definition* vorgeschlagen, die das kulturelle Desinteresse westlicher Organmedizin betont. Rubel beschreibt "Syndrome, über die die Mitglieder einer Gruppe klagen, für die ihre Kultur Ätiologie, Diagnose, Vorbeugung, Verlauf und Heilmethode kennt, und für die westliche Medizin weder Kompetenz noch Verständnis zeigt" (Rubel 1964: 268).

Als häufige Symptome für das kulturgebundene Syndrom Susto beschreibt Pfeiffer: "allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, niedergeschlagene Stimmung". Kennzeichnend für Susto sei die kulturgebundene Vorstellung, daß ein Schreck zu einem Seelen-

verlust führe. Dem liege die *Theorie der Betroffenen* zugrunde, daß der Mensch aus einem *materiellen Organismus* bestehe und einer *immateriellen Seele*. Zwischen beiden sei keine feste Verbindung gegeben. So könne der Schreck zur Ablösung und zum Verlust der Seele führen ("perdida de la sombra" - Verlust des Schattens). Nach indianischer Auffassung werde die Seele von den Geistern (des Wassers, der Luft, der Erde) in Besitz genommen. Auch bei Lateinamerikanern europäischer Lebensform werde häufig Susto angenommen, vor allem bei Personen in sehr ungünstigen sozialen Umständen. Mit ihrem Leiden komme nach Rubel zum Ausdruck, daß sie sich kritischen Lebensaufgaben nicht gewachsen fühlen. Durch den Umstand, daß sie von Susto getroffen waren, konnten sie einen kulturell definierten Freiraum erlangen und damit auch einige Rücksichtnahme und Unterstützung durch die Umgebung (Pfeiffer 1994). Diese von Pfeiffer beschriebene traditionelle Interpretation von "Susto" ist aus drei Gründen bemerkenswert:

1. Sie enthält Elemente einer modernen Krankheitstheorie im Denken von Laien: *Seelisches Kranksein* hat immer mit einem gestörten Wirklichkeitserleben zu tun, das man beschreiben kann als *Entkopplung von materiellen Phänomenen, die der Betroffene wahrnimmt, und immateriellen Bedeutungen, die er den Phänomenen erteilt.* Am deutlichsten wird dies beim Wahn, trifft aber auch für Neurosen und Konversionsstörungen bzw. funktionelle Syndrome zu.
2. Wenn die Symptombildung mit *Situationen der Überforderung* in Verbindung steht ("kritischen Lebensaufgaben nicht gewachsen"), dann erinnert dies an die Situationen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, die in der Regel mit psychosomatischer Symptombildung verknüpft sind.
3. Bei der beschriebenen "Rücksichtnahme und Unterstützung" handelt es sich vermutlich um den *sekundären (sozialen) Krankheitsgewinn*, der bei funktionellen und anderen psychosomatischen Symptombildungen zu finden ist.

Dies würde die These Thure von Uexkülls bestätigen, daß es sich bei den kulturgebundenen Syndromen vom Typ "Naeng" oder "Susto" um *funktionelle Störungen der jeweiligen Kultur handelt* (Uexküll 1988/1 u. /2). Ihm fiel nämlich in den Beschreibungen beider Syndrome die "Diskrepanz zwischen objektivierbarem Befund und der Beeinträchtigung des Befindens" auf (s. Kap. "funktionelle Syndrome").

4. Der Evidenzkonflikt um die Bedeutung von "Naeng" im medizinisch- kulturellen System Südkoreas

Das Wort "Naeng" (sprich: näng) heißt wörtlich in der Alltagssprache "Kälte" und wird in vielfältiger Weise verwendet. Die damit verbundenen Deutungen sind Teil eines weit verbreiteten allgemeinen Deutungsmusters im chinesisch-koreanischen Kulturraum, das eine übermäßige Einwirkung von Kälte oder Hitze annimmt, wodurch Gesundheit (als Balance der Kräfte Yin und Yang verstanden) beeinträchtigt wird. Dieses Deutungsmuster stammt ursprünglich aus der taoistischen Philosophie, welche die chinesische traditionelle Medizinteorie entscheidend beeinflusste. C. G. Jung stellte das **Tao** als Interpretanten dar, der Menschen im chinesischen Kulturraum ermöglicht, ihre Wirklichkeit zu strukturieren. Er merkt an:

"Leider hat unser abendländischer Geist infolge seines Kulturmangels in dieser Beziehung für die Einigung der Gegensätze auf einem mittleren Wege, diesem fundamentalen Hauptstück innerer Erfahrung, noch nicht einmal einen Begriff gefunden, geschweige denn einen Namen, den man dem chinesischen Tao mit Anstand zur Seite stellen könnte" (Chang 1963: 9).

Das duale Deutungsmuster von Yin und Yang ist für die Mehrzahl der Koreaner völlig evident - d. h. nach der Bedeutung von Phänomenen muß nicht gefragt werden. Es handelt sich um bewährte und dadurch m. o. w. standardisierte kulturelle Deutungsmuster, die Passungsstörungen identifizieren, sobald das Ergänzungsverhältnis von "Yin" und "Yang" nicht mehr stimmt.

Die Yin-Qualität ist nach diesem kulturellen Deutungssystem enthalten im Weiblichen, im Feuchten, im Wasser, im Unteren und im Kalten (Porkert 1982). Maciocia schreibt: "Kälte ist ein pathogener Faktor der Yin-Kategorie und neigt daher zur Beeinträchtigung des Yang. Kälte kann mit dem Wind als Vorhut die Oberfläche des Körpers befallen und zu den ... Symptomen der Wind-Kälte führen. ... Schmerz ist also eine häufige Manifestation der Kälte. ... Kälte zeigt sich häufig in dünnen, wäßrigen und klaren Sekreten, wie etwa weißer, klarer Nasensekretion, sehr blassem Urin, wäßrigen Durchfällen und klarem, wäßrigem Fluor vaginalis" (Maciocia 1994: 309)

Indirekte Hinweise auf psychosoziale Passungsstörungen ergeben sich in den folgenden koreanischen Ausdrücken: *naeng-kasum* = heimliches Leiden, innerlicher Schmerz, unaussprechliche Qual; *naeng-kal-ryeong* =

Kaltherzigkeit, Gleichgültigkeit; *naeng-hyol* = kaltblütig, herzlos (Korean. Ges. f. Germanistik 1984).

Dorothea Sich beschrieb 1979 als Gynäkologin die klinische Situation bezüglich "Naeng" in Korea mit folgenden Worten:

"In der frauenärztlichen Sprechstunde in Korea fällt auf, daß viele Patientinnen - wohl mehr als 50 Prozent - über Ausfluß klagen. Sie bekunden oft ein unstillbares Verlangen nach Therapie und sind diesem gewöhnlich harmlosen Symptom gegenüber von großer Ängstlichkeit. Die Feststellung des Arztes, daß kein krankhafter Befund vorliege, kann in keiner Weise beruhigen. Manche Patientinnen haben eine jahrzehntelange Odyssee durch alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Systeme des Landes hinter sich (chinesische Medizin, drugstores, Schamanen, Volksheiler, moderne Medizin). Ihre Familien sind zutiefst beunruhigt. Viele tausend Mark werden vergeblich in Heilungsversuche investiert und alles, obgleich kein krankhafter Befund vorliegt. Es scheint auf der Hand zu liegen, daß hier ein kulturell bedingtes Phänomen vorliegen muß. Doch der modern ausgebildete Arzt, ob aus dem Westen oder Koreaner, hat weder Zeit noch Vorbildung noch Differenzierungsvermögen, hinter solchen Klagen die "wirklich zugrundeliegende Krankheit" (Balint) zu erkennen. Als in Korea tätige Frauenärztin störten mich, wie meine koreanischen Kollegen, die "neurotischen Klagen" der Ausfluß-Patientinnen, die man nicht beheben kann, und obgleich die Differenz in ihrem Verhalten im Vergleich zu westlichem Klientel offensichtlich war, kam auch mir in den ersten zehn Jahren nie der Gedanke, daß etwas anderes als ein direktes Symptom vorliegen könne, hinter dem ein organischer Befund an den Genitalien stehen muß, andernfalls es sich nicht um eine Krankheit handelt und die Klage der Patientin nicht gerechtfertigt ist. ... Wie sich herausstellen sollte, bedeutete Ausfluß für viele damit behaftete Patientinnen zunächst eine Störung des inneren Gleichgewichtes zwischen "warm" und "kalt" (Sich 1979).

Sich hat damit beschrieben, daß es in Südkorea bezüglich "Naeng" mindestens *zwei Kategorien von Evidenz und zwei Kategorien von Diagnosen* gibt: die der Patientin und die des Arztes. Der in der westlichen Organmedizin ausgebildete koreanische Arzt kennt zwar diese Alltagsbedeutungen des Wortes "naeng" und oft auch die traditionellen Hintergründe chinesisch-koreanischer Medizinteorie. Wenn er aber reflexartig "Naeng" mit der Bedeutung "harmloser Ausfluß" gleichsetzt, so wird er den Interpretanten seiner Patientin nicht gerecht.

Diese Nichtbeachtung von Bedeutungsunterschieden in der Kommunikation hat mit dem Selbstverständnis von Ärzten in Korea und weltweit zu tun. Dieses Selbstverständnis ist ebenso wie die Bewertung von Symptomen

Ergebnis kulturell organisierter Bedeutungszuteilungen, die ihre Grundlage in Evidenzerlebnissen haben. Hahn beschreibt, daß *Ärzte die Evidenz von Informationen hierarchisch bewerten*. Sogenannte Fakten, die Ärzte durch komplizierte wissenschaftliche Prozeduren gewinnen (und die auf den Körper als Untersuchungsgegenstand gerichtet sind), werden als exakter und für die Diagnose geeigneter betrachtet als Fakten, die sie mit ihren bloßen Sinnesorganen entdecken. Diese wiederum scheinen wichtiger zu sein als Fakten, die Patienten in ihren Äußerungen mitteilen (Hahn 1995: 151).

Für den koreanischen Arzt westlicher Organmedizin bedeutet dies, daß in medizinischen Kontexten die sprachlichen Deutungen seiner Patientinnen bezüglich "Naeng" nicht zulässig sind. Ärzte in Korea fragen ihre Patienten in der Regel nicht nach den Bedeutungen, die die Phänomene im Kontext von Erkrankung für sie haben und welche gemeinsame Lösung gefunden werden kann - genausowenig wie dies deutsche Ärzte zu tun pflegen. Sie müssen sonst befürchten, zu Außenseitern ihres medizinisch-kulturellen Systems zu werden, weil sie dessen Evidenzhierarchien nicht befolgen.

Die in westlicher Organmedizin ausgebildeten Ärzte in Südkorea erzeugen zu ihren einheimischen Patientinnen mit dem Naeng-Syndrom eine *medizinisch-kulturelle Distanz*, die als *Ergebnis eines kulturell erzeugten Anspruchs der ausschließlichen Gültigkeit professioneller Evidenz* betrachtet werden kann. 1. Ihr körperorientiertes standardisiertes Denken abstrahiert vom Einzelfall und kann den individuellen, sozial bedeutsamen Auslösern von Beschwerden nicht gerecht werden. 2. Sie orientieren sich nicht an den Bedeutungen, die die Phänomene für die Patienten haben. 3. Ihr ärztliches Selbstverständnis entwertet die Fakten, die Patienten in ihren Äußerungen mitteilen. 4. Sie sind fast ausschließlich mit der körperorientierten westlichen Organmedizin identifiziert.

Kranke erwarten von ihrem Arzt Hilfe bei der Deutung ihrer für sie unheimlich und undurchsichtig gewordenen individuellen Wirklichkeit (Th. v. Uexküll 1986: 1284)

5. Ethnographisches Interview mit einer Naeng-Patientin in Südkorea: "Fremde" Codierungen und Evidenzen

Wie ungeordnet und verwirrend die kulturell eingebettete individuelle Deutungsposition einer koreanischen Naeng-Patientin für einen organmedizinisch ausgebildeten Arzt sein kann, zeigt das folgende Beispiel aus dem ländlichen Korea, das aus einer ethnographischen Studie stammt (Albers 1982). Es enthält implizit verschiedenste Hinweise auf Bedeutungszuteilungen der

Patientin in individuellen Deutungszusammenhängen, die nicht zu den hochgradig standardisierten körperlichen Deutungen der westlichen Organmedizin passen. Sie geben jedoch einen Eindruck von der Identität der Patientin, d. h. ihren inneren Zuständen, die Frucht ihrer Kommunikation mit sich selbst in der ständigen Auseinandersetzung mit ihrer Umgebung sind. Die folgende Patientin erlebt aufgrund ihrer *eigenen Interpretanten* eine völlig anders geartete *Hierarchie der Evidenzen in völlig anderen Kontexten* als ihr Arzt:

(aus Interview 3: 50-jährige Frau, deutliches Untergewicht, klagt über Appetitlosigkeit)

Frage: Was ist Naeng?

Antwort: Mein Körper ist kalt. Fast jede Nacht schwitze ich sehr stark, so daß ich in Schweiß gebadet bin. Etwa seit einem Jahr habe ich keine Menstruationen mehr. Ich habe geglaubt, daß es unten sauber wird, wenn kein Blut mehr kommt. Aber es ist nicht so. Es fließt gelblich heraus.

F.: Hatten Sie Schmerzen?

A.: Nein. Seit letzten Herbst habe ich das Gefühl, als ob ich am Unterleib etwas gelähmt bin. Seitdem tut es auch weh. Ungefähr acht Mal sind diese Schmerzen seit letzten Herbst aufgetreten, im Unterleib und im Rücken. Dann habe ich das Gefühl, daß ich Wasser lassen muß. Seit vorgestern habe ich das wieder. Gleichzeitig kommt mehr Ausfluß. Jeden Tag muß ich die Unterhose wechseln. Manchmal sieht es gelb-eitrig aus. ...

Seit meiner Jugendzeit rauche ich. Die Würmer im Bauch bilden ein Knäuel, das hochsteigt. Wenn ich dann Fleisch oder fettige Sachen rieche, wird mir übel. Um die Übelkeit zu beseitigen, habe ich mit dem Rauchen begonnen. Weil ich sehr viel rauche, habe ich sehr viel Spucke. Wenn ich nervös bin, rauche ich, auch nachts. Wenn mir dann jemand etwas Falsches sagt, könnte ich ihn umbringen. Wenn ich schwitze, fängt es im Bauch an. Ich kann nicht auf dem Rücken liegen, weil sich der Kloß in meinem Leib bewegt. Ich muß auf der Seite schlafen. Andere sagen, es seien Darmbewegungen, die man durch den Bauch sieht. Aber ich glaube das nicht. Meistens ist der Klumpen links. Wenn er bis zur Brust hochsteigt, werde ich ohnmächtig. Dann gibt mir mein Mann ein kleines Stück Gallenstein von einer Kuh, dann werde ich wach. Dann gehe ich ins Krankenhaus, wo ich schon ein paarmal war. Dort bekomme ich Spritzen und es geht mir besser. ...

Ein bekannter Apotheker, der auch in meiner Kirchengemeinde Mitglied ist, hat mir gegen die Spucke Streptomycin empfohlen und verkauft. Er meinte, das könne der Anfang einer Krankheit sein. Ein Bekannter im Dorf hat mir dann das Medikament gespritzt. Aber nach acht Tagen bekam ich Kopfweg und war ganz durcheinander. Ich soll ganz wirre Sachen geredet haben. Jemand sagte mir, ich

solle in eine Universitätsklinik gehen, aber ich bin zuerst ins Krankenhaus nach P. gegangen. Der Arzt dort sagte mir, wenn ich so nach Hause ginge, könnten diese Verwirrungszustände wiederkommen. Ich sollte in einen Tempel gehen und mich etwas ausruhen. Ich bin zu meiner Mutter gegangen. Dort wußte ich manchmal nicht, was ich kurz zuvor gegessen hatte. Manchmal mußte mich meine Mutter suchen. Deshalb bin ich nach Seoul in eine Nervenklinik gekommen, etwa zwei Monate. Ich kann mich selbst nicht daran erinnern, aber die Leute haben es erzählt. ...

Ein chinesischer Arzt sagte mir einmal, daß ich einen Naeng-Kloß habe. Der Kloß frißt alles auf, was ich esse. Auch die Medizin frißt er auf. Deshalb werde ich nicht dicker und habe keinen Appetit. Wenn ich mit meinem Mann gestritten habe und dann alleine liege, bekomme ich Brustschmerzen und Übelkeit. Wenn ich dann meine Finger in den Hals stecke, kommt manchmal rotes und manchmal schwarzes Blut. Mein Mann hat dagegen Medizin geholt. Davon wurde es ein paar Monate lang besser. Aber ich habe auch weiterhin viel Spucke. Manchmal ist sie schaumig, dann gelblich und dann weißlich. Und ich habe immer Kopfweg. ...

Wegen des starken Ausflusses will ich einmal zum Frauenarzt gehen. Bis jetzt habe ich es unten noch niemandem gezeigt...

Die Bedürfnisse der obigen Patientin regulieren und modulieren ihre Art zu sprechen und zu handeln. Ihre körperlichen, geistigen, seelischen oder sozialen Mißempfindungen werden aufgrund individueller Evidenz-erlebnisse mit Merkmalen und Eigenschaften aus ihrem individuellen laienmedizinischen Vorrat versehen und auf diese Weise zu Zeichen konstruiert.

Für den Laien sind es die Symptome, die das Wesen der Krankheit bilden, und Heilung ist ihm die Aufhebung der Symptome (Freud 1917: 350)

6. Individuelle Bedeutungskontexte und Symptomkonstellationen

Bei einer ethnographischen Befragung koreanischer Krankenschwestern in Deutschland stellte sich heraus, daß sie für die Ursachen und die Symptome des Naeng-Syndroms ähnliche Antworten gaben wie sie in Korea bei Laien gegeben werden. Auch wurde zwischen "Ursachen" und "Symptomen" nicht so klar unterschieden, wie man es bei Krankenschwestern erwartet hätte. Es schien, als ob es sich bei den Befragten um einen einheitlichen Bedeutungszusammenhang handelte, der sich nicht in "Symptome" und "Ursachen" aufgliedern ließ, wenn es um das eigene Befinden ging. Bei diesen Antworten handelte es sich um folgende Themenkomplexe (Albers 1989):

Antworten zu den Fragen nach Symptomen bzw. Ursachen von Naeng: Aufregung, Nervosität, Entzündung, Hormonwirkung, Schwangerschaft, schwache Abwehr, sexuelle Erregung, mangelhafte Hygiene, Geschlechtskrankheiten, viele Geburten, kalter Sitzplatz, kalter Schlafplatz, Kleidung nicht warm genug, in der Kälte sitzen, nach Geburt nicht genug geschont, Kreislaufstörung, "Kälte", keine Harmonie des Körpers, kaltes Wasser bei der Arbeit, kaltes Wasser nach einer Entbindung, Krebs, in jungen Jahren nicht warmgehalten, Medikamente, körperliche Schwäche, Leben ohne Geschlechtsverkehr, schwache Konstitution, kalte Hände und Füße, Zerfall der Uterusschleimhaut, Konstitution der Frauen, alkalischer pH-Wert, Übermüdung, Streß, außerehelicher Geschlechtsverkehr, Schwäche, Nahrungsmittelallergie, kalte Veranlagung/Konstitution, Unterkühlung innerer Organe, Unterfunktion der Unterleibsorgane, Stoffwechselstörung, Körper nicht genügend geschützt, kalte Nässe, kalt in die Sauna gehen, Harnröhrenentzündung, Abtreibung, Untersuchungsinstrumente, Spirale, schwache Gebärmutter, kein gesundheitliches Gleichgewicht, Uterus nicht in Ordnung, feucht-kaltes Wetter, niedriger Blutdruck, "Erkältung", nach einer Geburt entsteht Naeng, wenn der Unterleib kalt ist, bei Armut und schwerer Arbeit, Wäschewaschen am Fluß in Hockstellung und Nähe des Unterleibs zum Wasser, Schwäche des Gebärmuttermunds, Durchblutungsstörung, vor der Periode entsteht Naeng, Verletzung beim Geschlechtsverkehr, Pille, Lieblosigkeit in der Ehe, organisch unnormal, keine eheliche Harmonie.

Daß die verschiedenen Begriffe aus unterschiedlichen theoretischen Kontexten (kosmopolitische Medizin, traditionelle koreanische Medizin, Laienmedizin) stammen, scheint kein Hinderungsgrund für eine subjektive "Passung" der Meinungen und Erklärungen in einem individuellen Erfahrungs- und Bewertungskontext zu sein. Dies führte zu der *Schlußfolgerung*, daß die symbolische Wirklichkeit (symbolic reality, Kleinman 1980) der Krankenschwestern bezüglich "Naeng" um Inhalte moderner Medizin und Kultur erweitert wurde, ohne die zuvor in Korea erworbenen traditionellen und laienmedizinischen Erklärungsmodelle auszulöschen (Kim & Sich 1982, Albers 1989).

7. Ein "heißes" pflanzliches Therapeutikum gegen die "Kälte-Krankheit" Naeng

Die Bedeutungen um die Naeng-Erkrankung werden auch durch die folgende Erzählung repräsentiert, die eine Staude namens "Yookmocho" mit "heißen" Eigenschaften ausstattet - im Sinne der traditionellen medizinischen Klassifizierung und Bedeutungserteilung. Diese

"heiße" Eigenschaft kann gegen "Kälte" bei "Naeng" eingesetzt werden. Von dieser Pflanze wird behauptet, daß sie Menschen zeugen kann. Die Erzählung lautet:

"Es war einmal im Hause eines Edelmanns eine verwitwete Schwiegertochter, die an Naeng litt und täglich große Mengen Yookmocho zu sich nahm. Da wurde sie schwanger. Ihre Schwiegereltern waren betroffen und ärgerlich über die Schande, die sie über ihr vornehmes Haus gebracht hatte. Im Dorf summt es von Gerüchten. Vergeblich beteuerte die Schwiegertochter ihre Unschuld, und daß sie nur Yookmocho zu sich genommen habe. Man glaubte ihr nicht. Schließlich kam sie nieder und gebar einen Sohn. Einige Zeit später wurde in dem Haus ein Fest gegeben, zu dem das ganze Dorf geladen war. Da verdunkelte sich der Himmel und ein schreckliches Gewitter brach so plötzlich los, daß das Kind dem herabstürzenden Regen ausgesetzt war. Und siehe, es verwandelte sich augenblicklich in eine Yookmocho-Staude. Die Unschuld der Witwe war für alle bewiesen. Aber solche Kraft hat Yookmocho." (Sich 1979)

Die symbolische Kraft der Pflanze findet in dieser Erzählung ihren Ausdruck dadurch, daß die Bedeutung mit umgangssprachlichen Wortzeichen umschrieben wird. Es ist eine Erzählung über ein *Phänomen* der Natur (eine Pflanze), die für die Menschen eine *Bedeutung* hat, die mit therapeutischem *Handeln* verknüpft ist. Wenn diese Pflanze gekocht und der bittere Sud getrunken wird, nimmt die Patientin in Korea mit der Pflanze auch deren biologische und kulturelle Bedeutungen in ihren Körper auf. Von den biologischen Bedeutungen sogenannter Moleküle weiß die Patientin in der Regel nichts, aber die Bedeutung der Pflanze, wie sie in der o. a. Geschichte zum Ausdruck kommt, ist ihr sehr vertraut und prägt ihre Interpretanten. Die *potentiellen* kulturellen Bedeutungen, die in dieser mythischen Erzählung transportiert werden, werden im Moment des tatsächlichen medizinisch-rituellen Gebrauchs des pflanzlichen Zeichens zu *aktivierten* Bedeutungen (symbolisches Heilen, vgl. Placebokapitel).

Es ist wie mit der landläufigen Auffassung, daß *die anderen* Dialekt sprechen - kulturgebundene Syndrome kommen für viele nur in fremden Kulturen vor (Hahn 1995: 50)

8. Ethnographische Untersuchung von Patienten in Deutschland

Nach der vorausgehenden Darstellung der Abhängigkeit aller Syndrom- und Diagnosenbildung von Interpretanten einzelner Kulturmitglieder kann man zu folgender *Definition laienmedizinischer Syndrome* gelangen, mit denen Patienten ihre Wirklichkeit strukturieren:

"Bei **laienmedizinischen Syndromen** handelt es sich um Kombinationen körperlicher, seelischer, sozialer, geistiger und anderer **Phänomene** (geophysikalisch, astrologisch, ...)

- die in der Erfahrung des Krankseins von medizinischen Laien aufgrund **spezifischer Bedürfniskonstellationen (Interpretanten)** wahrgenommen werden
- und die aufgrund von Sozialisationserfahrungen und Evidenzerlebnissen des Einzelnen mit kulturtypischen, aber gering standardisierten **Bedeutungserteilungen in hierarchischen Kontexten** verknüpft sind (zum Beispiel mit Begriffen, Erklärungen, Gefühlen, Werten, Erwartungen, Meinungen, Normen, Ideologien, Techniken usw.)
- weshalb nur dann Erfolg in der Behandlung dieser Syndrome eintritt, wenn die Bedeutungssysteme von Patienten und Therapeuten über **Sprechen und Handeln zu miteinander geteilten evidenten Zeichen** werden, die die gemeinsam erarbeiteten Bedeutungen repräsentieren".

Diese von Patienten individuell konstruierten laienmedizinischen Syndrome sind in der westlichen Organmedizin weltweit nach wie vor nicht ausreichend bekannt. Bei ihrer Untersuchung müssen folgende gegensätzliche Interpretanten vermieden werden:

1. **Der Interpretant des Ethnozentrismus**, mit dem Ärzte alle Formen von Medizin entwerten, die nicht den Evidenzhierarchien der westlichen Organmedizin folgen.
2. **Der Interpretant des Exotismus**, mit dem Angehörige einer bestimmten Kultur "alles zu einer fremden Kultur [z. B. der Laienmedizin] Gehörige mit einer besonderen Aura ausstatten, wobei der Grad der Attraktivität mit der Größe der Unkenntnis zu steigen vermag" (Brockhaus).

Literatur:

- Albers, L.: Ethnographische Interviews zum kulturgebundenen Syndrom Naeng bei Frauen im ländlichen Südkorea. Bericht an die Carl-Duisberg-Gesellschaft, Berlin 1982.
- Albers, L.: Das kulturgebundene Syndrom Naeng. Dissertation Heidelberg 1989.
- Chang, C.-Y.: Tao, Zen und schöpferische Kraft. Düsseldorf 1963.
- Deacon, T: The symbolic species. The Co-evolution of Language and the Brain. New York 1997.
- Devereux, G.: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt 1992.
- Freud, S.: Die Wege der Symptombildung. Vorlesung 23. Frankfurt 1982: 350 ff.
- Gerlach, A.: Kastrationsangst und oraler Neid im Geschlechterverhältnis. Analytisches Arbeiten mit einer ethnologischen

- Beobachtung, in: Haase, Helga (Hrsg.): Ethnopschoanalyse. Wanderung zwischen zwei Welten. Stuttgart 1996.
- Hahn, R. A.: *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective.* Yale University Press 1995.
- Kim, Y. K. & D. Sich: Naeng: A Korean Folk Illness, ist Ethnography and it's Epidemiology. in: Diesfeld, H. J. (Hrsg.): *Medizin in Entwicklungsländern. Proceedings of the Xth International Conference on Tropical Hygiene in Aachen.* Frankfurt/Bern 1982.
- Kleinman, Arthur: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry.* University of California Press 1980.
- Koreanische Gesellschaft für Germanistik: *Koreanisch-Deutsches Wörterbuch.* Minjungseorim, Seoul 1984.
- Lévi-Strauss, C.: *Mythos und Bedeutung.* Frankfurt 1980.
- Maciocia, G.: *Die Grundlagen der chinesischen Medizin.* Kötzing 1994.
- Nadig, M.: *Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopschoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko.* Frankfurt 1986.
- Pfeiffer, Wolfgang: *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme.* Stuttgart 1994.
- Reps, P.: *Ohne Worte - ohne Schweigen.* 101 Zens-Geschichten. O. W. Barth Verlag, Bern 1977.
- Rubel, Arthur J.: *The Epidemiology of a Folk Illness. Susto in Hispanic America.* *Ethnology* 3 (1964): 268-283.
- Sich, D.: Naeng. Begegnung mit einer Volkskrankheit in der modernen, frauenärztlichen Sprechstunde in Korea. *Curare* 2 (1979): 87-96.
- Simons, R. C. & C. C. Hughes: *The Culture-Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest.* Dordrecht/Boston 1985.
- Uexküll, Thure von: *Patientenkarrieren.* Vortrag im Rahmen einer Sonderveranstaltung der Ärztekammer Hamburg am 19.4.88.
- Uexküll, Thure von: *Are Functional Syndromes Culture-Bound? Lecture at the Conference "Anthropologies of Medicine",* Hamburg, 5.12.88.
- Uexküll, Th. v., Wesiack, W.: *Theorie der Humanmedizin.* München 1998
- Uexküll, Th. v.: *Biosemiose.* In: Posner et al. (Hrsg.): *Semiotik. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur.* Berlin 1997.

Soll:

9 x 4500 Zeichen = 40500 Zeichen mit Leerzeichen

Ist:

40337 Zeichen mit Leerzeichen