

Susto – ein universelles Culture-Bound Syndrom?

Überlegungen über die kulturübergreifende Gültigkeit
medizinischer Konzepte

Diplomarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades
Magistra der Philosophie
An der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Wien

Eingereicht von Brigitta Rattay

Wien 2001

Dank

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die mich ein Stück des Weges begleitet haben und mir zur Seite gestanden sind. Vor allem bei meinen Freunden und meiner Familie, deren Mitgefühl und Begeisterung für meine Unterfangen mir stets den Mut geben, an mich selbst zu glauben und voller Zuversicht meinen Weg zu gehen.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Susto konnte ich Einsichten in ein anderes Weltverständnis gewinnen und ich möchte im Anschluss an diese Arbeit meine Forschungen im Bereich des Curanderismo fortsetzen.

An dieser Stelle möchte ich besonders DDr. Armin Prinz danken, der mich auf das Thema Susto aufmerksam machte und mich während meiner Diplomarbeit stets hilfreich unterstützte.

Ein muchas gracias an Elena Avila, die mit ihrem Buch und in persönlichen Gesprächen wesentlich zu meinem Verständnis von Susto und Curanderismo beitrug.

Ein herzliches Danke an Petra, Susa und Wolf, die nicht nur meine willkürlich gesetzten Beistriche den Regeln der Rechtschreibung unterwarfen, sondern auch mit ihren Anregungen zu dieser Arbeit beigetragen haben.

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 3 |
| 1. Einleitung | 7 |
| 2. Methode | 11 |
| 3. Culture-Bound Syndromes | 16 |
| 4. Susto | 27 |
| 4.1 Kosmologien und Seelenkonzepte | 27 |
| 4.2. Verbreitung | 30 |
| 4.3. Symptome und andere Auffälligkeiten | 32 |
| 4.4. Warum Susto? Fragen zur Ätiologie und darüber hinaus | 35 |
| 4.5. Behandlung | 44 |
| 4.5.1. Spezialisten der Volksmedizin | 44 |
| 4.5.2. Behandlungsmethoden/Heilverfahren | 45 |
| 4.6. Erklärungsmodelle zu Susto im Überblick | 49 |
| 4.7. Weitere Culture-Bound Syndromes im lateinamerikanischen Raum | 51 |
| 5. Methodische und andere Grenzen der Forschung | 53 |
| 5.1. Grenzen des traditionell-westlichen Medizinsystems | 55 |
| 5.2. Kulturelle Kompetenz | 58 |
| 6. Soziale Aspekte/Funktionen von Krankheit | 61 |
| 6.1 Krankheit als Sanktion zur Einhaltung von sozialen Normen | 62 |
| 6.2. Krankheit als erweiterter Handlungsrahmen | 63 |
| 7. Susto im Vergleich | 65 |
| 7.1 Störungen nach westlicher Klassifikation, die Ähnlichkeiten zu Susto aufzeigen | 65 |
| 7.1.1. Susto im Vergleich mit posttraumatischer Belastungsstörung | 65 |
| 7.1.2. Susto im Vergleich mit Somatisierungsstörungen | 67 |
| 7.1.3. Susto im Vergleich mit Depression | 69 |
| 7.2. Susto und die Möglichkeit mit schwierigen Lebenssituationen (Schock, Trauer etc) umzugehen | 70 |
| 8. Susto als Chance | 73 |
| 9. Zusammenfassung | 76 |
| Liste der Culture-Bound Syndromes | 81 |
| Lexikon | 90 |
| Bibliografie | 92 |

Vorwort

Seit Menschengedenken setzt sich der Mensch mit Gesundheit und Krankheit auseinander und es wurden verschiedene Überlegungen angestellt, wie man einerseits Gesundheit am besten erhalten kann beziehungsweise Krankheit am besten heilen kann. Einige Methoden werden schon seit Jahrhunderten tradiert und weiterentwickelt, andere stützen sich auf neueste Forschungsergebnisse, um sie in Heilverfahren anzuwenden. Weltweit wird das eine oder andere System präferiert, oft in einem bunten Nebeneinander, das den momentanen persönlichen Bedürfnissen entsprechend konsultiert wird. Jede medizinische Tradition hat aber Grenzen und somit auch Vor- und Nachteile. Und erst das Erkennen dieser ermöglicht ein Überschreiten, und das Überschreiten von Grenzen ist oft notwendig, wenn Probleme unlösbar – oder nicht optimal gelöst – scheinen. Meist gibt es mehrere Herangehensweisen und Interpretationen einer Sachlage, und die Erkenntnis dieser Vielfalt ermöglicht unterschiedliche Zugänge, was letztendlich die Möglichkeit bietet zu einer effizienteren Lösung von Problemstellungen zu kommen.

Anhand von Susto – ein so genanntes Culture-Bound Syndrom, das durch ein traumatisches Erlebnis ausgelöst wird – möchte ich mit dieser Arbeit unterschiedliche Herangehensweisen an dieses Phänomens aufzeigen. Bei diesem im lateinamerikanischen Raum auftretendem Phänomen kann es in Folge eines schweren Schocks oder eines starken seelischen Schmerzes zu einem Verlust an Lebenskraft und -freude kommen, der von manchen als Seelenverlust bezeichnet wird. Dieser Verlust ruft eine allgemeine Schwäche hervor und diverse physische wie psychische Beschwerden können auftreten. Bei der Behandlung von Susto darf nicht nur diesen Beschwerden Aufmerksamkeit geschenkt werden, sondern die Aufarbeitung des traumatischen Ereignisses, der Seelenverlust, steht im Zentrum der Heilpraktiken. Susto ist nicht zuletzt deshalb interessant, da nach dem westlichen¹ schulmedizinischen Verständnis die Ursache von Susto im psychischen Bereich liegt, es aber dennoch zu körperlichen Beschwerden führt und letal enden kann.

¹ Die Bezeichnungen „westlich“ und „nicht-westlich“ haben sich in der diesbezüglichen Literatur etabliert und werden deshalb im Sinne der Verständlichkeit und der Vergleichbarkeit auch in dieser Arbeit verwendet. Der Begriff „westlich“ ist hier nicht im geografischen Sinn aufzufassen, sondern soll vielmehr zur Beschreibung eines rationalistischen Weltbildes dienen. Der Ausdruck „nicht-westlich“ stellt den begrifflichen Gegensatz dar und dient zur Beschreibung von Weltbildern in denen Wirklichkeitserklärungen zugelassen werden, die über ein rationalistisches Weltverständnis hinausgehen.

Mit Methoden der Schulmedizin ist Susto bisher nicht erklärbar, und damit in weiterer Folge auch nicht heilbar; zwar können mit Mitteln der Schulmedizin einzelne Symptome behandelt werden, aber eine gänzliche Heilung² ist nur mit volksmedizinischen Methoden, bei denen die Erklärungsmodelle zu Susto zwischen Heiler/in und Patient/in weitgehend übereinstimmen, möglich. Die Frage nach den Krankheitsursachen ist eine wesentliche, da ausgehend von der angenommenen Ursache bestimmt wird, welche Therapie wirkungsvoll sein kann und deshalb angewandt werden soll. Nach bestimmten Weltbildern werden Krankheitsursachen angenommen, die über das Ätiologieverständnis der westlichen Schulmedizin hinausgehen: Störungen des persönlichen Gleichgewichts (z.B. zwischen Seele, Geist und Körper), eine Disharmonie zwischen Mensch und Umwelt, angenommene oder tatsächliche persönliche Normverletzungen oder Geister (die, die einen quälen, weil etwas Wichtiges nicht zum Abschluss gebracht wurde, oder die der Ahnen) werden als Urheber von Krankheit gesehen.

Jede Betrachtungsweise von Krankheiten birgt Möglichkeiten zur Heilung, aber auch die Gefahr, nicht die beste Möglichkeit zu sein. Wenn eine andere Methode als die herkömmliche zielführender erscheint oder man mit der bekannten Methode nicht mehr weiter kommt, sollte man sich diese Grenzen eingestehen und nach anderen Zugangsweisen suchen. Ein falscher Weg ist sicherlich, das eine oder andere Heilsystem höher zu werten und stets als besten oder einzigen Weg heranzuziehen. Die westliche Schulmedizin, die viel Großartiges geleistet und wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität von vielen Kranken beigetragen hat, beansprucht oft eine allein herrschende Vorreiterrolle in der medizinischen Anwendung. Man sollte dabei nicht vergessen, dass die westliche, biologisch-organisch orientierte Medizin nur einer von vielen möglichen Zugängen ist und dass die so genannte Volksmedizin ebenfalls auf eine jahrhundertelange Tradition und erfolgreiche Anwendung zurückgreifen kann. Diese Effizienz wird beispielsweise bei der Verwendung von Heilkräutern bestätigt, wo Forschungsergebnisse zeigen, dass bei bestimmten Beschwerden weltweit oft dieselben Heilkräuter oder Essenzen mit gleichen Inhaltsstoffen verwendet werden, und dass sich viele dieser Inhaltsstoffe in synthetisch hergestellten Medikamenten wiederfinden (Stammel 1986 S.227). Auch

² Unter gänzlicher Heilung ist unbedingt auch die Erkenntnis des Betroffenen, der sich geheilt fühlt und nicht nur die Kriterien eines medizinischen Systems, die den Betroffenen als geheilt erklären, heranzuziehen.

wenn gewisse Kräfte mit dem westlichen rationalen Weltverständnis nicht erfasst werden können, oder mit den herkömmlichen Methoden nicht messbar sind, sollte man sie nicht als nicht-vorhanden und nicht-wirksam abtun, denn immer wieder berichten Betroffene, von Lourdes bis zum Amazonas, dass sie ihre Heilung ebensolchen Kräften zuschreiben.

Während meiner Forschungen für diese Arbeit konnte ich selbst erfahren, wie schwierig es ist, gefestigte rationale Weltbilder zu hinterfragen und andere so genannte irrationale Denkweisen zuzulassen. Je mehr mir dies gelang, desto größer wurde mein Verständnis in Bezug auf die lateinamerikanische Herangehensweise zu Susto, die sich deutlich von der westlichen unterscheidet. Dort, wo anfangs Unverständnis herrschte – ich muss zugeben, aus meinem eher unreligiösen, rationalistischen Weltverständnis heraus, konnte ich mit dem Begriff Seele wenig anfangen – erwuchs eine neue Betrachtungsweise meiner Wirklichkeit. Elena Avilas Buch – der Bericht vom Werdegang und Weltverständnis einer Curandera (Heilerin), die durch ihre langjährige Tätigkeit als diplomierte psychiatrische Krankenschwester ebenso Wissen und Erfahrung in der westlichen Schulmedizin besitzt – trug viel zu diesem neuen Weltverständnis bei. Ihre Erklärungen zum Seelenbegriff (Avila/Parker 2000 S.204)

... ist die Seele jener Teil von uns, der alles umfaßt, was wir sind: unsere Begabungen, unsere Hoffnungen und Träume, unsere wahre Stimme, unser Wesen und unsere Identität. (...) Sie ist nicht nur passiv vorhanden, sondern in einem fortwährenden Entwicklungsprozeß begriffen ...

waren für mich nachvollziehbar, und hatten nichts mehr von dem christlich-moralischen Touch, mit dem mein Seelenbegriff bis dato behaftet war. Dass Teile dieser Seele eine Störung erleiden konnten, wurde mir durch Avilas Seelenverständnis klar und, dass auch andere Teile des Selbst davon betroffen sind, wenn die Hoffnungen und Träume zerstört werden, könnte man – um es mit westlichen Denkmustern zu umschreiben – fast schon als logisch bezeichnen. Die Möglichkeit, Elena Avila bei der Heilung einer Patientin, bei der das „Chronic Fatigue Syndrom“ diagnostiziert wurde³, zu erleben, führte mir die Effizienz des Curanderismo vor. Obwohl dieses Phänomen mit Konzepten der westlichen

³ Das „Chronic Fatigue Syndrom“ ist eine Krankheit, die die westliche Schulmedizin zwar diagnostizieren kann, für die es aber noch kein wirklich effizientes Heilverfahren nach allopathischen Methoden gibt.

Schulmedizin nicht nachvollziehbar und mit einem rationalistischen Weltbild nicht erklärbar ist, war nach nur wenigen Behandlungstagen eine deutliche Besserung des Zustandes der Patientin erkennbar.

Durch das Erkennen und Anerkennen von anderen Weltbildern und Wirklichkeiten eröffnen sich neue Handlungsmöglichkeiten, die durch ihre zufriedenstellende Wirkungsweise bei den Betroffenen immer wieder ihre Effizienz unter Beweis stellen. Ich hoffe, dass allen medizinischen Traditionen und Techniken, die zum Wohlbefinden eines leidenden Menschen beitragen eine heilbringende Zukunft gewährt ist und sie nicht zu „Ungunsten“ einer einzigen medizinischen Wirklichkeit geopfert werden.

1. Einleitung

Viele Denkweisen, westliche⁴ wie nicht-westliche⁵, gehen von einer Vernetzung des Universums aus – das heißt, alle Dinge (materielle und nicht-materielle) sind miteinander verbunden und beeinflussen einander. Darüber hinaus sind all diese Dinge und Begriffe mit bestimmten Bedeutungen belegt. Einerseits wird die Bedeutung durch das soziale und kulturelle Umfeld – durch vorgegebene Bedeutungsmuster – bestimmt, andererseits trägt die individuelle Erfahrung zur Bedeutungsbestimmung bei. Krankheiten, mit denen ein Mensch im Laufe seines Lebens konfrontiert wird, werden ebenfalls nach diesem Muster interpretiert. Das jeweilige Umfeld hält bestimmte Erklärungsmuster bereit, die in individueller Abstimmung auf die/den Kranke/n angewandt werden können. Diese Erklärungsmuster bestimmen den weiteren Krankheitsverlauf wesentlich mit. Sie liefern Interpretationen für die Krankheitsursache, den Krankheitsauslöser und die Erstdiagnose, die nach Kleinman (Kleinman 1980) in den meisten Fällen innerhalb der Familie beziehungsweise im unmittelbaren Umfeld der Person, also ohne Hinzuziehung eines/r Spezialisten/in, erfolgt. Erst nach diesen Interpretationen wird die Frage nach etwaigen weiteren therapeutischen Schritten (z.B. wann welche/r Spezialist/in aufgesucht werden soll) gestellt.

Wie unterschiedlich solche Interpretationen ausfallen können, wird zum Beispiel bei Trance- und Besessenheitszuständen deutlich. In bestimmten Gesellschaften werden sie als bedeutender Teil der menschlichen Erfahrung gesehen, der zum individuellen wie kollektiven Vorteil genutzt werden kann, während sie nach westlich-medizinischen Vorstellungen krankhafte Zustände anzeigen und therapiert werden. Ein weiteres Beispiel für unterschiedliche Betrachtungsweisen liefert die Interpretation der Kommunikation mit der spirituellen Welt: In vielen Gesellschaften bildet sie die Grundlage für Heilungen, nach schulmedizinischen Vorstellungen hingegen bedürfen solcherart Betroffene einer Heilung. Nicht nur was als Krankheit angesehen wird variiert, auch das Ausleben der Krankheit, die Therapie sowie der weitere Krankheitsverlauf sind von den individuellen⁶, sozialen und kulturellen

⁴ Der von Leibnitz geprägte Begriff „philosophia perennis“ (immerwährende Philosophie), der von einem vernetzten Universum ausgeht, prägte die Weltanschauung vieler westlicher Denker und Wissenschaftler wie z.B. Plato, Schopenhauer, Jung, Einstein, Schrödinger (Walsh 1998 S.317).

⁵ In den meisten nicht-westlichen Gesellschaften herrscht ein holistisches Weltbild, in dem die Individuen und ihre Umwelt mit natürlichen und übernatürlichen Einflüssen konfrontiert werden, die untereinander in Wechselwirkung stehen können.

⁶ In den individuellen Bereich spielen sowohl biologische Faktoren als auch die persönliche Erfahrung hinein. Sofern nicht anders angegeben sind immer beide Bereiche gemeint.

Faktoren mitbestimmt.

Den Einfluss von bestimmten Glaubensvorstellungen innerhalb einer Gesellschaft zeigt Kleinman (Kleinman 1980) mit Beispielen aus seinen Feldforschungen in Taiwan auf, wo die Mitglieder der chinesischen Kulturgemeinschaft psychische Störungen⁷ stark stigmatisieren. Die Folge davon ist, dass sich psychische Störungen selbst dann, wenn keine organischen Störungen vorliegen, oft in Somatisierung (Auftreten von körperlichen Beschwerden) äußern. Dies ermöglicht das Ausleben der Krankenrolle ohne negative gesellschaftliche Bewertung, da organische Krankheiten einem neutralen kulturellen Krankheitsbild entsprechen und so eher und mehr soziale Unterstützung erwarten lassen als dies bei gesellschaftlich meist negativ bewerteten psychischen Störungen der Fall wäre. Das heißt, dass bei einer Erkrankung, die auch psychische Aspekte umfasst, vorrangig die körperlichen Beschwerden erfasst und behandelt werden müssen, während die psychologische Therapie fast unsichtbar im Hintergrund abläuft. Einige der dort ansässigen westlichen Mediziner wenden dieses Wissen an, wobei vor allem mit dem Konzept von Neurasthenia⁸ gearbeitet wird, das vielerlei Interpretationsmöglichkeiten bietet (Kleinman 1980 S.128):

Western-style doctors do much the same thing, making use of a concept such as neurasthenia as if it were a physical disorder. Among themselves, western-style doctors will use terms like depression, anxiety neurosis, hysteria, and mental illness and will describe neurasthenia most frequently as a psychological disorder; but with their patients, neurasthenia generally is used to convey the idea of a physical disorder and the other terms are avoided.

Wie sich unterschiedliche Erklärungsmodelle auf Diagnose, Behandlung und Verlauf der Krankheit auswirken, kann man anhand der Krankengeschichte von Mr. Chen, die Kleinman (Kleinman 1980 S.333ff) aufgezeichnet hat, erkennen: Mr. Chen litt 16 Jahre an einer chronischen Krankheit – das heißt er bezeichnete sich selbst als chronisch krank. Er zog für seine Krankheit verschiedene Erklärungsmodelle und Therapien heran, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führten: Die Diagnosen und durchgeführten Therapien nach westlicher und chinesischer Medizin sah der Patient

⁷ Die Benennung der Störungen und Krankheiten erfolgt, sofern nicht anders angeführt, nach Termini gemäß westlicher Medizin, die sich in der Forschung und Literatur durchgesetzt haben. Da Verständlichkeit und Vergleichbarkeit nur durch diese Termini zu leisten sind, werden sie auch in dieser Arbeit verwendet.

⁸ Nach Kleinmann ist Neurasthenia die in Taiwan am häufigsten diagnostizierte Störung bei kleineren psychiatrischen Störungen oder zwischenmenschlichen Problemen.

als fehlgeschlagen an. Die Interpretation und Behandlung nach volksmedizinischen Konzepten brachte den gewünschten Erfolg, das heißt der Patient sah sich als beschwerdefrei: Ein tâng-ki (taiwanesischer Schamane) erkannte die Krankheit als eine durch Gott hervorgerufene und therapierte mittels kulturell akzeptierter Trance. Dies impliziert aber keine Wertigkeit über irgendeines der hier angeführten Erklärungsmodelle, sondern bedeutet nur, dass in einem individuellen Fall zu einer bestimmten Zeit und unter Einbeziehung der sozialen und kulturellen Umstände nur mit einem Modell die Heilung des Kranken bewirkt werden konnte, während die anderen angewandten Modelle nicht zu einer wirkungsvollen Behandlung beitragen konnten.

Ein wesentlicher Wirkfaktor liegt im gemeinsamen Weltbild von Heiler/in und Patient/in, das heißt, dass sich die Ansichten zu Krankheit und Therapie im Wesentlichen decken. Die Erklärungen zur Krankheitsursache sind für beide Beteiligten ebenso nachvollziehbar wie die therapeutischen Maßnahmen. Dieses geteilte Verständnis trägt stark zur Heilung bei, denn wenn eine Behandlung dem/r Patienten/in sinnvoll erscheint, ist der/die Patient/in in stärkerem Ausmaß bereit die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Heilung zu ergreifen.

Der erweiterte Handlungsspielraum, der Volksmedizinern gegeben ist, beinhaltet Faktoren, die eine effizientere Heilung ermöglichen können. In einem Trancezustand, wo gewisse Kontrollmechanismen ausgeschaltet sind, können bestimmte Themen angesprochen oder Missstände aufgezeigt werden, die ansonsten etwa wegen bestimmter hierarchischer Sozialordnungen oder Tabuvorschriften niemals zur Diskussion gestellt werden dürften. Der „heilige“ Charakter, der dem Setting von allen Beteiligten gegeben wird, kann ebenfalls zur Wirksamkeit beitragen: Sowohl die Krankheitsursache als auch Diagnosen und die Therapievorschlüsse können im übernatürlichen Bereich liegen – und unterliegen somit der „Allmacht“ der Götter, Geister oder Ahnen. Kritik und Zweifel an Diagnose und Therapie gestalten sich angesichts dieses „Kräfteunverhältnisses“ schwierig. Das Anerkennen und Verständnis der Erklärungen führt zu einer positiven Erwartungshaltung, die wiederum einen starken therapeutischen Effekt hat.

Die unterschiedlichen Erklärungsmuster sind aber nicht der einzige Aspekt, bei dem der kulturelle Einfluss auf Krankheit deutlich wird. Kulturspezifische Erwartungshaltungen können ebenfalls zu kulturspezifischen Krankheitsbildern beitragen, was z.B. bei Essstörungen ersichtlich wird. Von Essstörungen, wie

Magersucht (Anorexia nervosa) oder Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa), sind vornehmlich Frauen betroffen, die in Ländern mit einem Überfluss an Nahrung leben, in denen Attraktivität mit Schlank- bzw. Magersein gleichgesetzt wird.

Beim Umgang mit schwierigen Situationen wie Stress, Angst, Trauer oder beim Ausleben von kulturell sanktionierten Emotionen kann Krankheit eine Möglichkeit bieten, um mit diesen innerhalb eines kulturell akzeptierten und geschützten Rahmens umzugehen. Da diese Spannungselemente oft kulturgebunden sind, ist es naheliegend, dass in jeder Kultur eigene Mechanismen produziert werden, um diese Spannungssituationen aufzulösen oder zumindest zu entschärfen. Bei den so entstandenen Störungen und Krankheiten muss daher auch bei den Maßnahmen, die zur Besserung des Krankheitszustandes führen sollen, die kulturelle Komponente berücksichtigt werden. Ein Verzicht des Miteinbeziehens von kulturellen Faktoren in Diagnoseschemen führt also nicht nur dazu, dass manche Krankheiten oder Störungen gar nicht als solche erkannt werden, sondern beinhaltet auch die Gefahr, dass nicht alle Maßnahmen ergriffen werden, um eine Optimierung der Lebensqualität des/r Patienten/in herbeizuführen.

Mit dieser Arbeit will ich anhand von Susto aufgezeigen, dass es durchaus sinnbringend und heilsam sein kann, verschiedene Betrachtungsweisen und Zugangsmöglichkeiten in die Heilung miteinzubeziehen. Da das Phänomen Susto in seiner Gesamtheit mit den herkömmlichen Methoden der westlichen Medizin nicht erklärbar ist, ist es dieser auch nicht möglich die geeigneten Maßnahmen zu finden, die zu einer vollständigen Heilung beitragen können. Die so genannte Volksmedizin – oft eine Mischung aus indigenen und westlichen sowie in Teilen Lateinamerikas auch afrikanischen Elementen – hingegen kann Therapien anbieten, die zu einer Genesung führen. In dieser Arbeit werden Überlegungen vorgestellt, um welche Konzepte die Schulmedizin erweitert werden könnte und welche Spezialisten jeweils herangezogen werden sollten, um zu einer effizienten Heilung beizutragen. Diese Arbeit soll dazu ermuntern, die eigene Realität zu hinterfragen und andere Betrachtungsweisen zuzulassen, auch wenn dies zunächst für den in westlichen Denkschemata Eingewöhnten schwierig sein mag.

2. Methode

Diese Arbeit basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche, die einen Einblick in die unterschiedlichen Forschungsansätze bieten soll. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Quellen werden zu Beginn dieses Kapitels die Werke vorgestellt, die wesentlich zu dieser Forschungsarbeit beigetragen haben. Auf inhaltliche Details sowie eine Vielzahl von weiteren Quellen wird im Laufe dieser Arbeit eingegangen; eine genaue Quellenangabe findet sich in der Bibliografie am Ende dieser Arbeit.

Da Susto zu den so genannten Culture-Bound Syndromes gezählt wird, steht zu Beginn dieser Arbeit eine Begriffsabklärung der Culture-Bound Syndromes sowie ein Überblick über den momentanen Forschungsstand. Culture-Bound Syndromes stellen ein interessantes Phänomen in der westlichen Medizinwissenschaft dar, da es sich zwar meist um Krankheiten oder Störungen handelt, sie aber keinen Platz in den gängigen schulmedizinischen Klassifikationsschemen finden. Daraus lassen sich mehrere Fragen ableiten, denen im folgenden Kapitel nachgegangen wird: „Sind diese Klassifikationsschemen als universelles Instrument verwendbar?“, „Ist es überhaupt sinnvoll, ein solch universell gültiges Schema zu erstellen?“ und „Welchen Einfluss hat Kultur auf Krankheit?“

Ein sehr übersichtliches und gut recherchiertes Online-Verzeichnis entstand aus einem Gemeinschaftsprojekt der Medizinischen Universität Lübeck, der Klinik für Psychiatrie (WHO Collaborating Center for Training and Research in Mental Health) und der Fachhochschule Lübeck: Neben einem Überblick zum Diagnoseschema ICD-10 <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icd.html> (10.11.1999) werden unter der Adresse <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icd/icdchVF-culture-.html> (10.11.1999) eine kurze Beschreibung einiger Culture-Bound Syndromes sowie Vorschläge für mögliche ICD-10 Kodierungen der einzelnen Syndrome, Hinweise auf ähnliche Syndrome und weiterführende Literaturverweise angeboten.

Eine ausführlichere Beschreibung einiger Culture-Bound Syndromes sowie ein Glossar mit einer kurzen Beschreibung und Hinweisen auf weiterführende Literatur zu weiteren Culture-Bound Syndromes findet sich in dem von Ronald C. Simons und Charles C. Hughes herausgegebenen Werk „*The Culture-Bound Syndromes*“ (Simons/Hughes 1985). Die Gliederung dieses Werks folgt einer Einteilung Simons in so genannte Taxa, die auf Ähnlichkeiten von an verschiedenen Orten auftretenden Culture-Bound Syndromes beruhen. Diese Zusammenstellung ermöglicht einen Vergleich, der davon profitiert, dass die Herausgeber bei den

einzelnen Syndromen ForscherInnen verschiedener Disziplinen zu Wort kommen lassen, die sich ausführlich mit den jeweiligen Störungen auseinandergesetzt haben.

In der Publikationsreihe „The Psychiatric Clinics of North America“ findet sich im Sammelband „Cultural Psychiatry“ der Artikel von Ruth E. Levine und Albert C. Gaw „*Culture-Bound Syndromes*“ (Levine/Gaw 1995), in dem neben einer Begriffsevaluierung eine ortsunabhängige, auf Symptomm Gemeinsamkeiten beruhende Einteilung vorgeschlagen wird. In einem weiteren Beitrag „*Cultural Psychiatry. Theoretical, Clinical, and Research Issues*“ (Lewis-Fernández/Kleinman 1995) setzen sich Roberto Lewis-Fernández und Arthur Kleinman mit der kulturellen Gültigkeit des in der U.S.A. verwendeten Diagnoseschemas DSM auseinander und bringen Vorschläge, wie kulturelle Faktoren in das Schema eingebracht werden könnten.

Arthur Kleinman, Psychiater und Anthropologe, setzt sich in „*Patients and Healers in the Context of Culture*“ (Kleinman 1980) mit dem Zusammenhang zwischen Krankheit und Kultur auseinander. Kleinmans Thesen stützen sich auf mehrere Feldforschungen in Taiwan sowie Studien in Harvard. Kleinman weist schon im Untertitel „An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry“ auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen diesen Disziplinen hin. Durch dieses fächerübergreifende Arbeiten sowie Cross-Cultural-Studies kann erheblich zu einem umfassenderen Krankheitsverständnis beigetragen werden, was in weiterer Folge einen größeren Handlungspool zulässt aus dem man schöpfen kann, um Maßnahmen zur Heilung zu setzen.

Meine Recherchen zu Susto begannen mit „*Susto, a Folk Illness*“ (Rubel et al. 1984) von Arthur J. Rubel, Carl W. O’Neill und Rolando Collado-Ardón. Ihre Thesen stützen sich auf eine Feldforschung, bei drei Gemeinschaften (Zapoteken, Chinateken, Ladinos) im Bundesstaat Oaxaca (Mexiko) wo sie Vergleichsstudien zwischen 50 Personen, die angaben unter Susto zu leiden (Asustados), und 50 Personen einer Kontrollgruppe (Kranke – die nicht an Susto leiden – sich selbst als krank bezeichnen und die in Ethnizität, Geschlecht und Alter mit den Asustados übereinstimmen) ausführten. Ein Schwerpunkt dieser Forschung lag im Erfassen und Interpretieren von Symptomen sowie der Untersuchung eines Zusammenhangs von Stress durch nicht erfüllte soziale Erwartungshaltungen und Susto. Indigene Interpretationen zu Susto wurden kaum berücksichtigt und indigene Heilmethoden wurden nur am Rande erwähnt. Die Lektüre dieses Buches warf für mich zwei

Fragen auf: „Welche Schlüsse lassen sich aus dem breiten Symptomenspektrum ableiten?“ und „Wie ist die indigene Interpretation von Susto, Seelenverlust durch ein traumatisches Erlebnis, mit einem rationalistischem Weltbild und wissenschaftlichen Kriterien gerecht werdend nachvollziehbar?“

Die erste Frage führte zu der Folgerung, dass die Kernfragen zu Susto nicht mit der Untersuchung der unterschiedlichen Symptome zu beantworten seien, sondern dass die Ursachenforschung mehr zum Verständnis von Susto beitragen kann. Die wissenschaftliche Interpretation der Ursachen erstreckt sich über ein breites Spektrum von Theorien, auf die im Kapitel „Warum Susto? Fragen zur Ätiologie und darüber hinaus“ eingegangen wird. Ein Überblick befindet sich auf Seite 49 dieser Arbeit.

Die Beantwortung der zweiten Frage gestaltete sich etwas schwieriger, was ein Grund dafür sein könnte, dass in den meisten Theorien zur Ursache, die indigene Vorstellung des Seelenverlustes keinen Platz findet. Um das Phänomen Seelenverlust zu verstehen, war es notwendig abzuklären, wie die Seelenkonzepte im Zusammenhang mit Susto beschaffen sind. Das Verständnis dieses Seelenbegriffes stellte eine große Herausforderung dar, da einerseits der Begriff Seele mit unterschiedlichen Bedeutungen belegt ist und andererseits einem Faktor Wirkung zugeschrieben wird, der in einem rationalen wissenschaftlichen Weltbild schwer Platz findet. Dieses Dilemma wird auch in der diesbezüglichen wissenschaftlichen Literatur bemerkbar: In vielen Beschreibungen zu Susto wird die indigene Interpretation von Seele, als eine Form von Lebenskraft, die je nach Weltbild verloren gehen oder geschwächt werden kann, erwähnt. Die Forschungen werden aber fast nur in Bereichen betrieben, die mit herkömmlichen Methoden messbar oder evaluierbar sind. Die meisten AutorInnen lassen indigene Erklärungen in ihren Theorien zu Susto außer Acht und versuchen Susto innerhalb ihres westlichen Weltbildes zu erklären.

An dieser Stelle möchte ich Elena Avilas und Joy Parkers Buch „*Curandera*“ (Avila/Parker 2000) hervorheben, das viel zu meinem Verständnis des Phänomens Susto beigetragen hat. Den Autorinnen ist es gelungen eine Brücke zwischen schulmedizinischen und volksmedizinischen Erklärungsmodellen zu schlagen, wobei die Ausbildung und langjährige Tätigkeit Avilas sowohl im schulmedizinischen Bereich wie auch als Curandera einen nachvollziehbaren Vergleich zwischen diesen medizinischen Ansätzen ermöglicht. In ihrem Buch versuchen die Autorinnen nicht

Susto in ein wissenschaftliches Konzept zu integrieren, sondern es wird ein Weltbild verständlich gemacht, das über rationale Grenzen hinausgeht und ein Krankheitsbild zeichnet, das über den physischen und psychischen Sektor hinausreicht.

Nach diesen Recherchen galt mein Interesse den Behandlungsmöglichkeiten von Susto. Die meisten Artikel setzen sich jedoch mehr mit der Interpretation von Susto als mit der Beschreibung und der Behandlung auseinander. Obwohl in den meisten Texten wenig über die Art und Weise der Heilverfahren zu erfahren ist, erwähnen die AutorInnen in den meisten Artikeln, dass die Heilung durch volksmedizinische HeilerInnen zufriedenstellend und erfolgreich für die Betroffenen verläuft. Eine Beschreibung der Behandlung gestaltet sich insofern schwierig, als sowohl das Konzept von Susto als auch die Zugangsweise des Curanderismo keine einheitliche Behandlung ermöglicht. Beide Konzepte stellen das Individuum in den Vordergrund und betonen das einzigartige Ausleben von Krankheit. Die Behandlung ist demnach individuell abgestimmt, und nachdem im Curanderismo keine doktrinistischen Grenzen gesetzt sind, agieren die HeilerInnen in einem weitem Handlungsspielraum. Einen Einblick zu einigen Heilverfahren konnte ich durch Avilas und Parkers „*Curandera*“ (Avila/Parker 2000) gewinnen, in dem auch Beispiele aus Avilas Heilpraxis erwähnt werden. Bei einem persönlichen Treffen mit Elena Avila im September 2000 in Dorset konnte ich neben der Abklärung von Fragen zu Susto und Curanderismo auch einige Heiltechniken, die bei Susto zur Anwendung kommen können, beobachten.

Im dritten Teil dieser Arbeit setzte ich mich mit Fragestellungen auseinander, die durch die Recherche zu Susto aufgeworfen wurden. Am Beginn stehen Überlegungen, wie Forschungen durch methodische Grenzen relativiert werden können. Die Interpretation der Wirklichkeit, die angewandten Theorien und Methoden bestimmen stets das Forschungsergebnis mit, da sie determinieren was beobachtbar ist. Jede Wirklichkeitsauffassung ist auf diese Weise beschränkt; das heißt man sollte sich stets vor Augen halten, dass auch andere Wirklichkeitsinterpretationen Gültigkeit haben können. Diese unterschiedlichen Interpretationen spiegeln sich in der Diskussion wider, in welchem Ausmaß biologische und soziale Faktoren den Krankheitsverlauf mitbestimmen; darauf wird im Kapitel „Soziale Aspekte/Funktionen von Krankheit“ eingegangen. Da Susto bisher in keine schulmedizinische Kategorie eingeordnet wurde, habe ich in den darauf folgenden Kapiteln versucht, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu

Störungen, die sich in diese Diagnoseschemen einordnen lassen und Ähnlichkeiten zu Susto zeigen, anzuführen. Es zeigt sich, dass sich Susto sehr deutlich von den jeweiligen Störungen unterscheidet, vor allem deshalb, weil das Krankheitsverständnis nicht mit schulmedizinischen Interpretationen vereinbar ist. Den Abschluss der Arbeit bildet das Kapitel „Susto als Chance“, in dem auf Möglichkeiten verwiesen wird, die sich ergeben können, wenn man unterschiedliche medizinische Theorien und Methoden nebeneinander bestehen lässt, die in ihrer gegenseitigen Ergänzung zum Wohle Aller beitragen können.

3. Culture-Bound Syndromes⁹

Als Culture-Bound Syndromes werden Krankheiten und Störungen bezeichnet, die vornehmlich in bestimmten Kulturen vorkommen und sich nicht in westliche schulmedizinische Nosologien einordnen lassen. Mit den Culture-Bound Syndromes werden oft Begriffe wie exotische, atypische oder seltene Krankheiten in Zusammenhang gebracht, die sich immer wieder in einschlägiger Literatur finden. Hughes setzt sich mit diesen Begriffen auseinander (Hughes in: Simons/Hughes Ed. 1985). Die Attribute atypisch und exotisch zeigen mit ihrer Abgrenzung vom Typischen und Nichtexotischen nach Hughes nur die Unvollständigkeit des Klassifikationsschemas auf. Man muss sich die Frage stellen: atypisch in Relation wozu? Jede Krankheit lässt sich von anderen differenzieren, und angesichts der vielfältigen Faktoren, die bei jeder Krankheit hereinspielen, gibt es wohl keinen typischen Krankheitsverlauf. Der exotische Aspekt erübrigt sich spätestens dann, wenn auch die Culture-Bound Syndromes, die sich vornehmlich in westlichen Kulturen finden, wie zum Beispiel Essstörungen, ihre Aufnahme in ebendiese Kategorie finden. Das Attribut „selten“ lässt sich durch die Statistik widerlegen. So tritt beispielsweise Schizophrenie seltener auf, als so manches Culture-Bound Syndrom (Hughes in: Simons/Hughes Ed. 1985 S.9).

Der Begriff „Culture-Bound Syndrom“ beziehungsweise „Culture-Bound Reactive Syndrom“ wurde von Pow Meng Yap (Yap 1967) eingeführt. Yap definierte Culture-Bound Syndromes als psychopathologische Formen, die durch bestimmte Wert- und Glaubenssysteme sowie vorherrschende Sozialstrukturen hervorgerufen werden und sich auf bestimmte Gebiete beschränken. Dem Faktor Kultur und damit im weiteren Sinn der sozialen Umgebung wird Einfluss auf Krankheit zugeschrieben. Dies wirft aber die Frage auf, ob die „Non-Culture-Bound Syndroms“ ebenfalls von sozialen und kulturellen Faktoren beeinflusst sind. Oder wie Wig meint (Wig 1983 S.87):

It is not very logical to term „spirit possession“ or „fear about shrinking of the genitals“ culture bound when „fear of being alone or in public places“ or „intense fear of becoming obese“ retain the dignified names of „agoraphobia“ and „anorexia nervosa“ and find suitable niches in psychiatric classification.

⁹ Eine Kurzbeschreibung der hier angeführten „Culture-Bound Syndromes“ befindet sich am Ende dieser Arbeit.

Während zum Beispiel Essstörungen durchaus Platz in internationalen Klassifikationsschemen finden, z.B. in der zehnten Auflage der von der WHO herausgegebenen International Classification of Diseases, kurz ICD-10 (ICD-10 1993), unter der Kodierung „F50 Essstörungen“ in der Überkategorie „F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, werden die „Kulturspezifischen Störungen“ zwar ebenso wie die „F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ als eigene Rubrik im Kapitel „V Psychische Verhaltensstörungen (F00-F99)“ geführt, allerdings erst als „Anhang 2“. Es wird zwar versucht den „Kulturspezifischen Störungen“ mögliche ICD-10 Kodierungen zuteil werden zu lassen, aber manchmal bleibt dies ein eher halbherziger Versuch. Wenn zu Susto nur eine nebulose Kategorie wie „F45.1 undifferenzierte somatoforme Störung“ bzw. die Kategorie „F48.8 sonstige näher bezeichnete neurotische Störungen¹⁰“, ein Sammelsurium für diverse Culture-Bound Syndromes, angeboten werden, kann man nicht von einer systematischen Eingliederung der Culture-Bound Syndromes in dieses Schema sprechen.

Der Begriff „culture-bound“ selbst führt zu einigen Schlüssen und Trugschlüssen: Kulturgebunden bedeutet eine Bindung an bestimmte Gegebenheiten, das heißt nur eine bestimmte Kultur beziehungsweise bestimmte kulturelle Umstände („culture-reactive“) können eine bestimmte Krankheit hervorrufen. Unterstützt wird diese Ausschließlichkeit durch die Verwendung von indigenen Termini für die Benennung der Störung, was zum Trugschluss führt, dass diese Störung nur im Sprachraum dieser Gruppe auftritt. Die so genannten „kulturgebundenen“ Störungen können durchaus in unterschiedlichen Kulturen auftreten (vgl. Ansätze zu Susto, Levine/Gaw 1995, bzw. Übersicht zu Culture-Bound Syndromes am Ende dieser Arbeit sowie der Ansatz Simons (siehe Seite 21 dieser Arbeit), der eine Einteilung in Taxa vorschlägt, denen ähnliche Symptome zugrunde liegen). Andererseits kann man diesen Ansatz auch dahingehend interpretieren, dass nur bestimmte Erklärungsmuster diesen Zustand als Krankheit definieren. Das heißt bestimmte Zustände (z.B. Trance- und Besessenheit) werden nicht in allen Kulturen als Krankheiten angesehen oder erkannt, was bedeutet, dass meist auch keine Behandlung angeboten werden muss oder kann.

¹⁰ Störungen, deren Ätiologie und nosologische Einordnung noch unbekannt sind und die in unterschiedlicher Häufigkeit in verschiedenen Kulturen vorkommen (http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/f48_8.htm – 10.11.1999).

Der Begriff Syndrom (fixes Krankheitsbild, bei dem verschiedene Symptome in wechselnder Häufigkeit auftreten) ist ebenfalls nicht unumstritten: Krankheitskomplexe – zum Beispiel Susto –, die zwar einen gemeinsamen Auslöser besitzen, aber dennoch zu unterschiedlichsten Krankheitsbildern (sowohl im organischen als auch im psychischen Bereich) führen können, werden mit dem Begriff Syndrom nicht exakt umschrieben. Da aber die westliche Medizin auf einer starken Symptomgewichtung beruht, basieren die meisten Diagnoseschemen auf dem Erfassen und Zuordnen von Symptomen. Dies kann zu Problemen führen, wenn man mit Methoden der westlichen Biomedizin arbeitet, denn so werden Fragestellungen in Bezug auf den Auslöser kaum berücksichtigt. Michel Tousignant berichtet, dass die Informanten zum Teil zugaben, dass sie wenig Sinn in der Fragestellung nach den Symptomen von Susto¹¹ sahen, da die Symptome von Susto nicht den wesentlichen Teil von Susto bilden und sich das Verarbeiten und Ausleben eines traumatischen Erlebnisses in den unterschiedlichsten Symptomen äußern kann (Tousignant 1979 S.352). Das heißt, die Kernfragen zu Susto und dahingehend auch die Ansätze der Forschungen bezüglich Vergleichbarkeit müssen in anderen Bereichen liegen. Deshalb ist es wichtig, bei den Forschungen die methodisch bedingte Begrenztheit, sowohl bezüglich Fragestellung als auch natürlich bei den Ergebnissen, zu beachten. Die klassische Physik beispielsweise stieß mit der Entdeckung des experimentell nachweisbaren Welle-Teilchen-Dualismus des Lichts an die Grenzen ihrer Erklärungsmöglichkeiten und konnte erst nach Änderung der Methoden die Quantentheorie als Erklärungsmodell und neuen Forschungsansatz entdecken¹². Ob dieses Umdenken und In-Frage-Stellen der Methoden auch in der westlichen Biomedizin (die ja ebenfalls Anspruch auf universelle Gültigkeit erhebt) vonstatten geht, ist fraglich, wie man an der Beibehaltung des Begriffs Culture-Bound Syndrom in internationalen Klassifikationsschemen ersehen kann, der nach wie vor nur jene Phänomene umfasst, die nur in nicht-westlichen Gesellschaften vorkommen.

¹¹ Tousignant verwendet in seinem Artikel zwar den Begriff *espanto*, aber mit folgendem Verweis (Tousignant 1979 S. 360):

The term *espanto* will be used in this text although the phenomenon is better known under the name of *susto* in the literature.

¹² Bohr beschreibt die Situation so: Nach den Beobachtungen mit den klassischen Mitteln und Begriffen schließen sich Welle- und Teilchenverhalten gegenseitig aus. Der klassische Physiker geht davon aus: Wenn zwei Beschreibungen einander ausschließen, dann ist mindestens eine davon falsch. Der Quantenmechaniker hingegen vertritt den Ansatz: Ob sich ein Objekt wie ein Teilchen oder eine Welle verhält, hängt von der Wahl der experimentellen Untersuchungsmethode ab - es stimmt zwar, dass Welle- und Teilchenverhalten einander ausschließen, aber zum vollen Verständnis der Eigenschaften des Objekts sind dennoch beide notwendig. (Pais 1998 S.70)

Denn auch im US-Pendant der ICD-Klassifikation der vierten Auflage des Diagnose Schemas „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV)“ aus dem Jahr 1994 wird der Begriff Culture-Bound Syndrom nach wie vor verwendet und im Anhang abgehandelt. Nachdem von Kulturpsychologen immer wieder Bedenken geäußert wurden, dass der Einfluss von kulturellen Faktoren beim DSM zu wenig Berücksichtigung fände, wurde für die Vorarbeit zur vierten Auflage eine eigene Arbeitsgruppe für den Bereich „Kultur und DSM-IV“ geschaffen. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden bei einer Konferenz in Pittsburgh (April 1991) zur Diskussion gestellt (Mezzich et al. 1993). Es wurden detaillierte Vorschläge gemacht, wie der Faktor Kultur in das Diagnoseschema eingebaut werden kann (Zusammenfassung nach Lewis-Fernández/Kleinman 1995):

1. Schon in der Einleitung sollte die Rolle der Kultur und Ethnizität mit psychiatrischen Störungen in Zusammenhang gebracht werden. Weiters sollte auf die kulturelle Verschiedenheit und die daraus resultierenden Komplikationen (zum Beispiel unterschiedliche Weltbilder und Erklärungsmodelle von Therapeut/in und Patient/in) hingewiesen werden.
2. Der kulturelle Einfluss auf jede Diagnose-Kategorie sollte berücksichtigt werden.
3. Miteinbeziehen von spezifischen Kultur-, Alters- und Genderkriterien. Weiterführende Untersuchungen zu unterschiedlichen Phänomenologien, Häufigkeit, Risikofaktoren, Beeinträchtigung durch die und Wahrnehmung der Krankheit, angenommene Ursache (Ätiologie), Therapeutenauswahl, Verlauf und Behandlungserfolg nach erfolgter Diagnose.
4. Einführung von Kategorien wie Trance- und Besessenheitsstörungen.
5. Eine kulturelle Formulierung, die einerseits Richtlinien für die Erfassung des kulturellen Hintergrunds bieten soll und andererseits auf den kulturellen Zusammenhang des Auslebens und der Bewertung der Symptome hinweist.
6. Einführung eines „Glossary of Culture-Bound Syndromes and Idioms of Distress“, das 28 kulturspezifische Krankheitskategorien¹³ und die indigenen

¹³ U.a. drei westliche Culture-Bound Syndromes: Anorexia Nervosa (Magersucht), Dissociative Identity Disorder (dissoziative Persönlichkeitsstörung) und Chronic Fatigue Syndrom (ein medizinisch umstrittenes Phänomen, das durch eine invalidisierende Müdigkeit gekennzeichnet ist (Encyclopaedia Britannica: <http://www.britannica.com/bcom/eb/article/7/0,5716,84637+1+82458,00.html> 6.8.2000)).

Standards von Normal und Pathologisch und ihr Verhältnis zum DSM-IV beschreibt.

7. In einem „DSM-IV-Sourcebook“ sollten die Forschungsgrundlagen für die oben genannten Forderungen dokumentiert werden.

Obwohl diese Forderungen von fundierten Thesen getragen wurden, wurden sie in der Endversion des DSM-IV kaum berücksichtigt. Deshalb sehen die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe „Kultur und DSM-IV“ das DSM-IV als „konservatives“ Dokument (Frances et al 1990) bzw. betrachten das DSM-IV in Bezug auf kulturelle Gültigkeit als gescheitert (Lewis-Fernández/Kleinman 1995 S.439). Die Hinweise auf kulturelle Zusammenhänge in der Einleitung sowie bei den einzelnen Störungen und deren jeweilige kulturelle Ausprägung wurden entweder stark gekürzt oder gar nicht berücksichtigt. Die kulturbezogenen Formulierungen, das „Glossary of Culture-Bound Syndromes“¹⁴ sowie die Kategorie der Trance- und Besessenheitsstörungen wurden in den Anhang verbannt. Dort werden Culture-Bound Syndromes folgendermaßen definiert (DSM-IV 1994 S.844):

... recurrent, locality-specific patterns of aberrant behavior and troubling experience (...) indigenously considered to be „illnesses“ or at least afflictions, (...) generally limited to specific societies or culture areas and are localized, folk, diagnostic categories that frame coherent meanings for certain repetitive, patterned, and troubling sets of experiences and observations.

Diese Definition ist nicht zuletzt deshalb verwirrend, weil alle Culture-Bound Syndromes ungeachtet ihrer Unterschiedlichkeit in einem Kapitel vereint werden. Die einzige Gemeinsamkeit besteht jedoch in der jeweiligen volksmedizinischen Diagnose, die mit einer kulturspezifischen Bedeutung belegt ist.

Anstelle des „Glossary“ schlagen Levine und Gaw (Levine/Gaw 1995 S.526 ff) eine Dreiteilung in „culture-bound syndromes that appear to be true syndromes“, „illnesses of attribution“ und „idioms of distress“ vor. In die erste Kategorie fallen Krankheiten, die sich anhand ihrer dominanten Symptome einteilen lassen: Amok, Anorexia Nervosa, Ataque de Nervios, Boufée Delirante, Brain Fag, Chronic Fatigue

¹⁴ Der Term „Idioms of distress“ sowie die drei westlichen Culture-Bound Syndromes wurden nicht berücksichtigt.

Syndrom, Dhat, Falling Out/Blacking Out, Grisi Siknis, Kayak Angst, Koro, Latah, Pibloktoq, Qi-Gong, Shenjijing Shuairuo, Shin-byung und Taijin Kyofusho. In die Kategorie der „illnesses of attribution“ fallen Krankheiten, die sich nicht durch gemeinsame Symptome, sondern durch ihre – reale oder gedachte – gemeinsame Ursache bestimmen lassen: Bilis/Colera und Hwa-Byung (Ursache Zorn), Susto und Kesambet (Ursache Angst), Ghost Sickness und Rootwork (Ursache Hexerei), Mal de Ojo (Ursache Böser Blick), Sangué Dormida und Dhat (Ursache wahrgenommene Störung des Organismus) sowie Störungen, die durch Besessenheit ausgelöst werden. In die dritte Kategorie „idioms of distress“ fallen die Störungen Nervios und Locura.

Ronald Simons schlägt eine Einteilung der Culture-Bound Syndromes in so genannte Taxa vor. Simons leitet seine Taxa von dem in der Biologie verwendeten Begriff Taxon ab (Simons. In: Simons/Hughes 1985 S.32):

The term „taxon“ [Hervorhebung Simons], (...) denotes a grouping based on similarity without specifying the level of abstraction of that similarity, and it suggests a less than final grouping.

Simons teilt die Taxa nach Gemeinsamkeiten, die den einzelnen Symptomen zugrunde liegen und kommt zu sieben Taxa (Simons. In: Simons/Hughes 1985): Im ersten Teil werden Taxa abgehandelt, bei denen eine neurophysiologische Störung wahrscheinlich ist: das „Startle Matching Taxon“ (Imu, Latah) und das „Sleep Paralysis Taxon“ (Old Hag, Uqumairineq); der zweite Teil umfasst Taxa, bei denen nur der Verdacht auf eine neurophysiologische Störung besteht: das „Genital Retraction Taxon“ (Koro), das „Sudden Mass Assault Taxon“ (Amok) und das „Running Taxon“ (Arctic Hysteria, Grisi Siknis, Pibloktoq); im dritten Teil finden sich Taxa, die nach Simons eigentlich nicht zu den Culture-Bound Psychiatric Syndromes gezählt werden sollten¹⁵: das „Fright Illness Taxon“ (Lanti, Mogo Laya, Saladera, Susto) und das „Cannibal Compulsion Taxon“ (Windigo). In Simons Schema sind nur einige der Culture-Bound Syndromes angeführt, doch er geht davon aus, dass, falls sich sein Klassifikationsschema als brauchbar erweisen sollte, andere Syndrome in bestehende Kategorien eingeordnet beziehungsweise weitere Kategorien gebildet werden können. Seiner Meinung nach ist dieser Forschungsansatz zielführender als die Einteilung nach kulturspezifischen Bedeutsamkeiten, denn erst im multikulturellen Vergleich können Gemeinsamkeiten

¹⁵ Inhaltsverzeichnis Simons/Hughes 1985: Part III: Folk Illnesses usually listed as Culture Bound Psychiatric Syndromes which should probably no longer be so considered

und Unterschiede herausgearbeitet werden, die die Grundlage neuer Forschungen bilden sollen. Nach Simons liegen Gleichheiten meist im biologischen Bereich, Unterschiede im kulturellen.

Simons Ansatz der Gemeinsamkeiten, ungeachtet ihrer kulturellen und geographischen Herkunft, wurde zum Beispiel auch von McCajor Hall übernommen, der die Culture-Bound Syndromes in folgende Taxa einteilt: Von Simons übernimmt er das „Startle Matching Taxon“, das „Genital Retraction Taxon“, das „Sudden Mass Assault Taxon“ und das „Running Taxon“ und erweitert die Einteilung um folgende Taxa: „Semen Loss Taxon“ (Dhat, Shenkui), „Food Restriction Taxon“ (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa), „Spirit Possession Taxon“ (Zar), „Obsession with the Deceased Taxon“ (Ghost Sickness, Hsieh-Ping, Shin-Byung) „Exhaustion Taxon“ (Neurasthenia, Brain Fag, Shenjian Shuairuo) und das „Suppressed Rage Taxon“ (Hwa-Byung, Bilis).

Die Untersuchung von ähnlichen Phänomenen, die weltweit an den unterschiedlichsten Orten vorkommen, bringt sicher einige interessante und weiterführende Ergebnisse, aber auch die Taxa von Simons sind, bis auf das „Fright Illness Taxon“, von der in der westlichen Medizin üblichen Symptomdominanz überschattet, wohingegen der kulturelle Aspekt, der bei jeder Krankheit zum Tragen kommt, außer Acht gelassen wird. Denn sowohl der DSM-IV als auch der ICD 10 basieren auf einer Einteilung nach Symptomen. Es wird davon ausgegangen, dass jede Störung sich in bestimmten Symptomen äußert, die die Grundlage für eine eindeutige Diagnose bilden. Aber oft kommt es zu einer Vermischung der Störungen oder zu einem Auftreten von unterschiedlichen Symptomen, die sich nicht eindeutig klassifizieren lassen. Es stellt sich die Frage, ob ein Klassifikationssystem, das die Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten von Symptomen und Symptomkomplexen aufzeigt, nicht effizienter wäre als die Zuordnung von Symptomen zu bestimmten Krankheiten und eine dementsprechende Behandlung.

Momentan werden die Untersuchungen von zwei Ansatzpunkten ausgehend betrieben (Crandon 1983 S.153). Einerseits wird von der Hypothese ausgegangen, dass der Ursprung der Culture-Bound Syndromes im psychischen und/oder psychosozialen Bereich zu suchen ist – ein Ansatz, der den kulturellen Aspekt hervorstreicht. Diese Annahme weiterverfolgend, gilt es zu klären, ob der kulturelle Einfluss zu einer einzigartigen Störung oder zu einem einzigartigen Krankheitsbild einer schon bekannten Störung führt. Andere Forschungen gehen hingegen davon

aus, dass die Ursachen der Culture-Bound Syndromes im organischen Bereich liegen, was jedoch, beeinflusst durch das jeweilige Weltbild, nicht immer klar ersichtlich ist. Die Lösung ist wahrscheinlich eine Zusammenführung dieser beiden Hypothesen, nach der bei Krankheiten stets mehrere Faktoren eine Rolle spielen, organische Störungen ebenso wie individuelle, soziale und kulturelle Faktoren. Deshalb sollten Krankheitskonzepte all diese Ebenen berücksichtigen. Der Versuch, alle Krankheiten auf ihren – möglichen – organischen, psychologischen oder sozialen Ursprung zu reduzieren, birgt die Gefahr, dass wertvolle Ansätze und Therapiemöglichkeiten verloren gehen könnten. VertreterInnen der transkulturellen Psychiatrie (z.B. Kleinman 1980) kritisieren immer wieder, dass bei Forschungen nach wie vor meist die biologische Ebene betont und die kulturelle vernachlässigt wird. Crandon schreibt dazu (Crandon 1983 S.153):

As long as investigations place a culture bound syndrome within the psychosocial or psychological domain, the syndrome remains the product of its indigenous system of logic and therefore continues to justify the significance of indigenous systems of logic. When physiological causes are found for a particular syndrome, however, and the „puzzle is solved“, the significance of culture is relegated to secondary importance, and indigenous logic becomes at best a matter of respectful interest.

Während bei einem „noch nicht entschlüsselten Culture-Bound Syndrom“ die Untersuchungen oft auf kulturelle Einflüsse bezüglich Krankheitsexistenz, -verlauf und -behandlung ausgerichtet sind, werden Forschungen in dieser Richtung nach „des Rätsels Lösung“ plötzlich uninteressant: Der kulturelle Faktor wird nebensächlich und fällt in die Bedeutungslosigkeit. Statt die Hypothese des kulturellen Einflusses in bestehende medizinische Konzepte mit einzubeziehen und in weiterer Folge aus einem erweiterten Handlungsrahmen schöpfen zu können, wird diese Chance vertan und die Krankheit auf biologisch-organische Faktoren reduziert. Faktoren, die bei der Betrachtung der Krankheit als Culture-Bound Syndrom noch ausschlaggebend waren und für das Verstehen und Behandeln der Krankheit wesentlich waren, sind plötzlich nicht mehr relevant.

Nach Hughes hat jede Krankheit eine kulturelle Komponente (Hughes in: Simons/Hughes Ed. 1985 S.5f):

... biology provides the base and culture provides the vehicle, the form for translation of biological factors into conceptualization at the behavioral level in the same way that

anatomic and neurologic factors provide the substrate and mechanism for [Hervorhebung Hughes] speech, which in its observable form is a distinctive, culturally-programmed *language* [Hervorhebung Hughes].

Der kulturelle Beitrag einer Krankheit liegt darin, was als Krankheit angesehen wird, wie Krankheit erlebt wird, wie die Symptome interpretiert werden, welche Hilfe in Anspruch genommen und welche Erwartungshaltung in die Heilung gelegt wird. Immer wieder belegen Studien, z.B. eine Vergleichsstudie der WHO zu Schizophrenie, die in 10 Ländern durchgeführt wurde (WHO 1975), dass Kultur einen enormen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und den Ausgang einer Krankheit hat. Die eben erwähnte Studie der WHO zeigt auf, dass Schizophrenie in nicht-westlichen Kulturen einen positiveren Krankheitsverlauf erwarten lässt, wohingegen Schizophrenie in westlichen Gesellschaften eher chronisch auftritt und kaum Behandlungserfolge erwarten lässt (Jilek. <http://www.mentalhealth.com/newslet/tp9801.html> 6.10.2000). Nach Jilek liegen die Ursachen im egozentrischen Weltbild und in der individualistischen Gesellschaftsauffassung der westlichen Gesellschaften, die im Krankheitsfall, und besonders bei einer psychischen Störung, weniger Unterstützung erwarten lassen, was die Entwicklung einer psychotischen Reaktion zu einem chronischen psychotischen Syndrom fördert. In nicht-westlichen Gesellschaften hingegen wird die Gemeinschaft meist aktiv (sofern durch das Verhalten des Betroffenen keine Gefährdung der Gemeinschaft vorliegt) und diverse familiäre und soziale Unterstützungsmechanismen treten in Kraft, wenn ein Mitglied enormem Stress ausgesetzt ist oder an einer Krankheit leidet.

In einem gewissen Sinn kann man jede Krankheit als Culture-Bound Syndrom bezeichnen, da die Kultur Fragen zur Krankheitsursache, Diagnose, Behandlung und Präventivmaßnahmen wesentlich mitbestimmt und so den Krankheitsverlauf und -ausgang beeinflusst. Dennoch berücksichtigt die westliche Schulmedizin in ihren Theorien und Methoden den kulturellen Faktor nur in einem geringen Ausmaß oder ignoriert ihn völlig. Die westliche Schulmedizin wird aber von ihren VertreterInnen, ähnlich wie die meisten anderen Naturwissenschaften, als allgemein gültiges Modell gesehen, das keine anderen Modelle neben sich duldet. So kommt es, dass man, anstatt das eigene Konzept zu adaptieren, mit allen Mitteln versucht, offensichtlich nicht passende Phänomene in die bestehenden Diagnoseschemen zu integrieren. Dass die Culture-Bound Syndromes im ICD-10 und DSM-IV immer noch in gesonderten Kapiteln abgehandelt werden, kann so auch

als Chance gesehen werden. Sie wurden noch nicht von der Schulmedizin absorbiert und auf ihre biochemischen und biomedizinischen Grundlagen reduziert, die andere Zugeweisen ausschließen. Für die westliche Biomedizin stellen die so genannten Culture-Bound Syndromes immer noch eine Herausforderung dar, da sie mit ihren Erklärungsmodellen nicht verständlich und daher mit herkömmlichen Methoden schlecht erforschbar sind. Die Herausforderung liegt aber nicht darin, die herkömmlichen Untersuchungsmethoden und Kategorisierungsmöglichkeiten zu verfeinern, sondern Grenzen zu überschreiten und Erklärungsmodelle und Therapien zu akzeptieren, die über ein naturwissenschaftliches Verständnis hinausgehen. Während die Symptome der Culture-Bound Syndromes vielleicht denen von Störungen, die in schulmedizinischen Klassifikationsschemen angeführt werden, ähnlich sind, sind der Krankheitsverlauf die traditionellen Behandlungsmethoden im Verständnis der westlichen Medizin nicht mehr interpretierbar. Und so wie beim Placebo-Effekt¹⁶, der eine für die westliche Biomedizin nicht erklärbare, aber dennoch nachweisliche Wirkung erzielt, ist die westliche Schulmedizin in Bezug auf volksmedizinische Methoden gefordert, Wirkungsweisen anzuerkennen, die außerhalb der eigenen Modelle liegen. Denn mit herkömmlichen Mitteln nicht erklärbar heißt nicht, dass die Wirkungen inexistent oder die angewandten Methoden ineffizient wären.

Einen Aspekt darf man bei der Betrachtung der Culture-Bound Syndromes aber nie außer acht lassen: Egal, ob ein bestimmtes Phänomen als kulturgebunden gesehen wird, oder ob es sich in der einen oder anderen Form auf der ganzen Welt findet, wichtig ist es anzuerkennen, dass die Betroffenen unter diesem Zustand leiden, und unabhängig vom theoretischen Standpunkt, sollten alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen gesetzt werden, um für das Wohlbefinden des/der Betroffenen zu sorgen. Ich möchte mich den Worten von Armin Prinz anschließen, der meint (Prinz 1998 S.57):

¹⁶ Der Placebo-Effekt ist die Wirkung von Scheinsubstanzen, die in verschiedenen psychischen und physiologischen Variablen nachweisbar ist. Die Wirkung hängt von Persönlichkeitsmerkmalen des/der Probanden/in und des/der Versuchsleiters/in sowie von Art der Erkrankung ab. Die Wirkungsmechanismen selbst sind noch unklar (Häcker/Stampf 1998 S.645f).

For the patients who are suffering from these syndromes the theoretical discussion [culture-bound oder cross-cultural] is of no importance. To them [these] syndromes (...) are a reality, influencing their social, economic and cultural life and they have the right that these problems are accepted as what they are: enormous disturbances of their health conditions.

4. Susto

Manche AutorInnen (z.B. Houghton/Boersma 1988. Avila/Parker 2000) gehen davon aus, dass Susto (wörtliche Übersetzung aus dem Spanischen: Schreck) ein universelles Phänomen ist. Auf ihre Thesen sowie mögliche Schlussfolgerungen wird im Lauf der Arbeit noch eingegangen. Die meisten AutorInnen sehen Susto als ein vor allem in Lateinamerika auftretendes Phänomen. Es heißt dort, dass ein Mensch, wenn die Seele durch ein Trauma oder einen Schock aus dem Gleichgewicht gerät, unter Susto leidet. Diese Unausgeglichenheit wird von den Betroffenen oft als Seelenverlust bezeichnet. Von diesem Verlust sind alle Aspekte des Selbst betroffen, und man wird Störungen entwickeln, die auf den eigenen Körper, den Geist, das eigene Gefühl, die Seele, die Familie, die Gemeinschaft und die Umwelt einwirken (Avila/Parker 2000 S.29).

4.1 Kosmologien und Seelenkonzepte

Bestimmte Überlegungen bezüglich Weltbild sowie zum Körperbild sind notwendig, wenn man das Phänomen Susto verstehen möchte. Die Ursprünge dieser Bilder liegen in der präkolumbianischen Zeit, in der in weiten Teilen der Amerikas eine auf die Erde ausgerichtete Spiritualität praktiziert wurde. Die Welt wurde als belebt und von geistigen Energien bewohnt gesehen, zu denen mit Ritualen, Opfern und Gebeten Verbindung aufgenommen werden konnte. Nach diesem Konzept tritt Krankheit dann auf, wenn man nicht in Harmonie mit allen Aspekten des Selbst, der Umwelt und den Ahnen lebt. Ab dem 15. Jahrhundert brachten die Spanier – in traurig bekannter Weise – ihr Weltbild ein¹⁷. Mittelalterliche, vom christlichen Glauben geprägte Anschauungsweisen unterstützten die Auffassung, dass Krankheit durch Hexerei hervorgerufen werden beziehungsweise eine göttliche Bestrafung für Sünden oder Tabubrüche sein kann. Auf dem medizinischen Sektor vermischte sich die hippokratische Humoraltheorie (Säftelehre) mit indigenen Vorstellungen, die davon ausgingen, dass sich bei einem gesunden Menschen die Körpersubstanzen und -energien in einem ausgeglichenen Zustand befinden. Diese Anschauungen finden sich noch heute in der Einteilung in warme und kalte Krankheiten wieder. So werden beispielsweise Gefäßerweiterung (Vasodilatation), erhöhter Blutdruck, Diabetes, Bilis oder Susto den warmen Krankheiten zugeschrieben, die durch Zugabe von

¹⁷ Obwohl viel zerstört wurde, erkannten die Spanier den hohen medizinischen Standard und so sandte beispielsweise Philipp II. 1570 seinen eigenen Leibarzt, Francisco Hernandez, nach Mexiko um ein Werk über die mexikanischen Heilpflanzen zu erarbeiten (Rätsch 1999).

kalten Stoffen (z.B. Bananen, Zitronensaft, Lindenblütentee) behandelt werden, während z.B. Gefäßverengung (Vasokonstriktion), Menstruationskrämpfe, Lungenentzündung oder Empacho als kalte Krankheiten gelten, die mit warmen Substanzen (diverse Tees und Suppen, Chili) behandelt werden (<http://www-sbp.bcm.tmc.edu/HispanicHealth/Courses/mod7/Mod7.html> 1.9.2000). Auch der Verlust von lebensnotwendigen Körpersubstanzen (wie Blut, Sperma, Wärme oder der „Seele¹⁸“) oder die Zugabe von fremden Substanzen (Geister oder ihre Repräsentationen, Insekten, Gegenstände wie Zweige, Steine oder Tabakrauch) mittels Hexerei kann zu Disharmonie führen (Rubel et al. 1984 S.31).

Die oben erwähnte „Seele“ ist nicht mit der Psyche oder Seele im westlichen Sinne vergleichbar: Weder wird diese „Seele“ als etwas vom Körper Getrenntes noch dem christlichen Glauben entsprechend als etwas Heiliges betrachtet. In vielen lateinamerikanischen Gesellschaften hingegen wird von mehreren unterschiedlich gearteten Seelen ausgegangen. So unterscheiden zum Beispiel die Chinantecan (Mexiko/Oaxaca) zwischen *bi*, einer Art von Lebensenergie, und *mmi gi* als zweiter Lebenskraft, die beim Tod den Körper verlässt und eher dem Seelenbegriff im westlichen Sinne entspricht (Rubel et al. 1984 S.41). Ähnliche Konzepte finden sich bei anderen mexikanischen Gruppen, wie bei den Otomi (Dow 1975) oder den Zapoteken (Rubel et al. 1984 S. 42). Yolanda Sasson Lombardo (<http://www.comnet.ca/tlahuica/alma1.htm> 17.1.2000) beschreibt die Unterscheidung von drei Seelen bei einer Nahuatl-Gemeinschaft (Mexiko): Es gibt zwei Seelen, die im Körper bleiben und diesen erst und nur beim Tod verlassen: einerseits die spirituelle Seele (*alma espiritual* – in präkolumbianischer Zeit *teyolia* genannt) und andererseits die „Nachtluft-Seele“ (*alma aire de noche* – präkolumbianisch *ihiyotl*). Die „Schattenseele“ (*alma sombra* – präkolumbianisch *tonalli*) hingegen kann den Körper auch zu Lebzeiten verlassen (z.B. durch Schreck, im Schlaf/Traum, bei Ärger, durch Hexerei etc.). Dieser Seelenverlust führt zu einer Schwächung des Betroffenen und kann bei längerer Fortdauer zum Tod führen. Baumann beschreibt ein ebenfalls dreiteiliges Seelenkonzept einer quechuasprechenden Gemeinschaft aus dem andinen

¹⁸ Sowohl in einschlägiger Literatur als auch von Betroffenen selbst wird oft der Begriff Seele (bzw. *soul* oder *alma*) verwendet. Nachdem in unserem Sprachgebrauch der Begriff Seele meist mit einer anderen, okzidenten christlichen Bedeutung belegt ist, werde ich zum besseren Verständnis die Seele im Sinne von „Lebensenergie“ durch das typografische Hilfsmittel der Anführungszeichen („Seele“) darstellen.

bolivianischen Raum. Einerseits den *espíritu* (*ánima/jach'a jayu*), die Lebensseele, die mit der immerwährenden Seele des christlichen Konzeptes vergleichbar ist, andererseits den *nombre*, die kollektive Seele mütterlicher- und väterlicherseits, die mit dem kollektiven Unterbewusstsein vergleichbar ist, und drittens den *ánimo* (*jisk'a jayu*), die persönliche Psyche, die verloren gehen kann und deren Verlust in weiterer Folge psychische und physische Krankheitsbilder hervorrufen kann (Baumann: <http://www.uni-bamberg.de/~ba2fm3/Ritual-Jampiri.htm> 23.10.2000).

Italo Signorini (Signorini 1982) fand bei der Feldforschung 1980 in Santiago Yancuihtlapan (Mexico) unterschiedliche ethnisch bedingte Seelenkonzepte vor. Im Text wird die Unterscheidung zwischen „Traditional Nahua Culture“, „Acculturated Nahua Milieu“ und „Ladinos“ getroffen. Beim Seelenkonzept der „Traditional Nahua Culture“ wird im Gegensatz zum oben angeführten „Drei-Seelen-Konzept“ von Sasson Lombardo (ebenfalls Nahua) von Signorini nur die *tonalli*-Seele erwähnt. Diese ist in fünf – bei manchen Gemeinschaften hierarchisch geordnete – Elemente geteilt, die durch Tiere dargestellt werden. Diese treten nie gleichzeitig, sondern nur einzeln auf, das heißt, bei einem Seelenverlust durch ein Schreckerlebnis¹⁹ geht immer nur ein Teil verloren. Nach den Vorstellungen von Angehörigen des „Acculturated Nahua Milieu“ wurde die *tonalli*-Seele mit Konzepten der christlichen Seele verknüpft und hat die Fünfteilung und deren tierischen Charakter verloren. Auch diese „Seele“ kann verloren gehen, was in Folge Krankheit hervorrufft. Die „Ladinos“ gehen von einem „Ein-Seelen-Konzept“ aus, das stark vom christlichen Glauben dominiert ist. Diese Seele kann nur durch den Tod vom Körper getrennt werden, nicht also durch ein Schreckerlebnis. Dennoch sind viele „Ladinos“ der Ansicht, dass ein Schreckerlebnis somatische Auswirkungen haben und die Ursache von Krankheit sein kann. Es wird dann zwar nicht von Seelenverlust gesprochen, sondern davon, dass das traumatische Ereignis Einfluss auf den nichtkörperlichen Teil der Betroffenen (die Lebenskraft wurde geschwächt) hat beziehungsweise dass die Betroffenen aus dem persönlichen harmonischen Gleichgewicht geraten. Signorini geht davon aus, dass ethnische Identität sowie der Grad der Akkulturation das Welt- und Seelenbild beeinflussen und somit einen wesentlichen Faktor im Umgang mit Susto darstellen.

¹⁹ Im Text verwendet Signorini bei den Beschreibungen des „Nahua-Weltbildes“ den Nahua-Begriff *nemouhtil* (übersetzt mit *fright*), der bei der Beschreibung des „Ladino-Weltbildes“ mit dem spanischen Begriff Susto gleichgesetzt wird (Signorini 1982 S.318).

4.2. Verbreitung

Susto ist ein gutes Beispiel für ein so genanntes kulturgebundenes Syndrom, das eigentlich nicht in diese Kategorie fallen dürfte. Wie am Beginn des Kapitels „Susto“ erwähnt, betrachten einige AutorInnen Susto als Phänomen von dem jeder – egal von welcher Kultur geprägt – betroffen sein kann. Aber auch wenn man Susto nicht als universelles Phänomen betrachtet, verdient es eher das Attribut „multikulturell“, denn Susto tritt in weiten Teilen Lateinamerikas bei Gesellschaften mit unterschiedlichem kulturellem und linguistischem Hintergrund auf. Berichte über Susto stammen unter anderem aus Peru (z.B. Bolton 1981) über Bolivien (z.B. Crandon 1983), Guatemala (z.B. Logan 1979) und Mexiko (z.B. O’Neill/Selby 1968, Rubel et al. 1984) bis hin zu hispanischen Gruppen in den USA (z.B. Cuellar 1999, Avila/Parker 2000). Der Glaube an Seelenverlust durch ein Angst- oder Schockerlebnis, der in Folge zu Krankheit führt, ist nach Logan (Logan 1993 S.189) quer durch alle Bevölkerungsschichten verbreitet, sodass mehrere Millionen davon betroffen sind. Den Forschungen zu Folge kann Susto lokal unterschiedlich benannt sein (z.B. Pasmó, Tierra, Espanto oder Perdida de la Sombra [Rubel 1970, O’Neill 1970]). Da Susto in engem Zusammenhang mit sozialen Strukturen, lokalen Erwartungshaltungen und individuellen Erleben steht, gibt es natürlich auch Variationen bezüglich Verlauf und Behandlung. Diese Umstände erschweren natürlich die Forschungsarbeit, da immer genau zu prüfen ist, ob es sich um eine lokale Variation von Susto oder um ein anderes Phänomen handelt. Der Umstand, dass Susto zu einem sehr uneinheitlichen Krankheitsbild führt – das heißt, es gibt keinen bestimmbareren Symptomkomplex, der einen eindeutigen Rückschluss auf Susto zulässt – macht ein eindeutiges Erkennen mit den gängigen Methoden der westlichen Medizin noch schwieriger.

Bezüglich der demographischen Verteilung der Asustados zeigt sich kein einheitliches Bild. Signorini (Signorini 1982) und Trotter (Trotter 1991) zeigen, dass jedes Individuum, egal welchen Geschlechts oder Alters, aus den unterschiedlichsten ethnischen, ökonomischen oder kulturellen Schichten, durch und an Susto erkranken kann. Logan (Logan 1993) ist der Ansicht, dass vor allem Personen, die – aus welchen Gründen auch immer – am Rande der Gemeinschaft stehen und somit auch größerem emotionalem und sozialem Stress ausgesetzt sind, eher unter Susto leiden. Nach den Forschungsergebnissen von Rubel, O’Neill, Collado-Ardón und Selby (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984, O’Neill/Selby 1968) besteht ein Zusammenhang

zwischen dem Nichterfüllen von spezifischen Rollenerwartungen und dem Auftreten von Susto. Von diesem Scheitern sind vor allem Personen, die sozialem Stress ausgesetzt sind, betroffen. In vielen Gesellschaften lässt sich eine Gender-Unterteilung feststellen, das heißt Frauen sind meist öfter und stärker von sozialem Stress betroffen. Die Ergebnisse von Logans Forschungen, dass Asustados sich eher am Rande der Gemeinschaft befinden, wo sie naturgemäß größerem sozialem und emotionalem Stress ausgesetzt sind, lassen ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen Stress und der Diagnose Susto schließen (Logan 1993). Das von Rubel, O’Neill, Collado-Ardón gebrachte Fallbeispiel Elena, die nach einem Selbstmord eines Angehörigen unter Susto litt, verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Susto und Stress (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S.33):

Elena, an elderly aunt of the suicide, a widow who, even prior to her husband's death, had been quite poor (...) owned insufficient land (...) had born nine children, of whom seven died in infancy and an eight at the age of 20. Her remaining son was mentally retarded with a serious drinking problem (...) She acknowledged herself to be in low esteem (...) she commented (...): „I have suffered so much, and have had so many sustos.“

Der Zusammenhang zwischen Stress und Susto muss in Bezug auf das Vorkommen von Susto bei Kleinkindern²⁰ neu hinterfragt werden, wobei nicht ganz klar ist, ob es sich bei „Kinder-Susto“ und „Erwachsenen-Sustos“ wirklich um ein und dasselbe Phänomen handelt. Die Behandlung eines „Kinder-Sustos“ unterscheidet sich vom „Erwachsenen-Susto“²¹, und auch sonst liegt die Vermutung nahe, dass es sich um unterschiedliche Störungen handeln könnte. Crandon kommt nach Durchsicht zahlreicher medizinischer Literatur zu folgender Annahme (Crandon 1983 S. 159):

... that susto and undernutrition with complicated pathologies (e.g. complicated with gastroenteritis) more often than not produce the same identical symptoms, especially in infants.

²⁰ Susto wurde bei Untersuchungen im peruanischen und bolivianischen Hochland als zweithäufigste Todesursache (nach Atmungserkrankungen) bei bis zu einjährigen Kindern genannt (Crandon 1983 S. 157)

²¹ Crandon 1983. S 160:

... infants are given some candy or toy or other article they like while the parent or shaman (*yatiri*) calls the soul (...) The mestizo adults, however, received extensive and elaborate ceremonial attention from *yatiris* who treated them.

Der Zusammenhang zwischen „Kinder-Susto“ und „Erwachsenen-Susto“ liegt möglicherweise bei der Krankheitsursache. Nach indigenen Vorstellungen liegt diese bei Susto im spirituellen Bereich, sodass weder die Eltern noch die Gemeinschaft für den Zustand der an Susto leidenden Kinder verantwortlich gemacht werden können. Vor allem im Falle eines Kindstodes ist es für die Bewältigung dieses schmerzhaften Ereignisses hilfreich, die Ursache außerhalb des beeinflussbaren Bereiches, der naturgemäß auch außerhalb der eigenen Verantwortung liegt, anzusiedeln. Die Verlagerung in den spirituellen Bereich kann helfen, etwaige Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe zu mindern, und zusätzlich können sämtliche soziale Unterstützungsmaßnahmen in Kraft treten.

4.3 Symptome und andere Auffälligkeiten

Da die westliche Medizin Symptomen große Aufmerksamkeit zuteil werden lässt, ist es nicht verwunderlich, dass sich ein Großteil der Forschungen zu Susto mit der Erfassung und Interpretation von Symptomen auseinandersetzt. Aber sowohl die Symptomvielfalt als auch die Aussagen von Betroffenen (z.B. Tousignant 1979 S.352) deuten auf den Schluss, dass die jeweiligen Symptome nicht den Schwerpunkt von Susto darstellen – weder bei der Krankheit noch bei der Behandlung. Um einen Überblick über die Symptomvielfalt und die daraus ableitbaren Schlüsse zu geben, wird den Symptomen auch in dieser Arbeit ein Kapitel gewidmet.

Das Ungleichgewicht, das durch ein Schreckerlebnis bzw. durch Seelenverlust entsteht, kann Grundlage für zahlreiche, verschiedene physische und psychische Beschwerden sein. Folgende Symptome werden von zahlreichen AutorInnen (z.B. Rubel 1964, Logan 1979, Tousignant 1979) im Zusammenhang mit Susto genannt: Lustlosigkeit, Schwäche, Kraft- und Energielosigkeit, Depression, Introvertiertheit, Motivationslosigkeit, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Gleichgültigkeit bezüglich Nahrung, Kleidung und persönlicher Hygiene sowie unruhiger Schlaf. Diese Symptome finden sich aber nicht nur bei Susto wieder, sondern es handelt sich vielmehr um Symptome, die sehr oft als Begleiterscheinung bei verschiedenen Krankheiten auftreten.

Rubel, O’Neill und Collado-Ardón (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S.82ff) konnten bei ihrer Feldforschung aufzeigen, dass Asustados zwar auch unter den oben genannten Symptomen leiden können, dass die Betroffenen aber vor allem an anderen endogenen Krankheiten erkranken und zwar meist in stärkerem Ausmaß als es in dieser Gegend üblich ist. Dies ist laut dem Forscherteam der Grund für das

uneinheitliche Krankheitsbild der 50 untersuchten Asustados, die nach der „International Classification of Diseases, 8th Revised Edition, World Health Organization (ICD 8)/Hg: 1967“ an insgesamt 280 Störungen litten, wobei die meisten Störungen im organischen Bereich lagen²². Weitere Symptome, die oft mit Susto in Zusammenhang gebracht werden, wie z.B. Agitiertheit (Zeichen innerer und äußerer Unruhe), Insomnie, Fieber, Diarrhoe, Verwirrtheit oder Apathie (Internet: <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/susto.htm>, 10.11.1999) sind laut den Forschungsergebnissen von Rubel, O’Neill und Collado-Ardón nur mögliche Symptome eines viel breiter gefächerten Spektrums.

Nach diesen Ergebnissen kann Susto nicht mit den biomedizinisch üblichen Kriterien klassifiziert werden. Denn nach schulmedizinischen Maßstäben konnte weder eine spezifische Ursache (Ätiologie), wie z.B. Bakterien, noch ein einheitliches Krankheitsbild (Pathologie) gefunden werden. Susto zeigt ein diffuses Krankheitsbild, sehr oft werden die unterschiedlichsten endemischen Krankheiten – sowohl quantitativ als auch qualitativ – verstärkt ausgelebt, sodass die Autoren sogar ein erhöhtes Sterberisiko feststellen konnten. Im Untersuchungszeitraum von sieben Jahren starben acht Asustados, aber kein Patient der Kontrollgruppe (Rubel et al. 1984 S. 106 ff.). Die offiziellen Todesursachen konnten nur in fünf Fällen festgestellt werden. Zweimal wurden Ursachen genannt, die sich in westliche Diagnoseschemata einordnen lassen (Gefäßverschluss und Husten²³), zweimal waren es gewaltsame Tode (irrtümlich erschossen und vom Ehemann erschlagen) und einmal wurde die Todesursache Susto zugeschrieben (Rubel et al. 1984 S.108). Das Hispanic Center of Excellence (<http://www-sbp.bcm.edu/HispanicHealth/Courses/mod7/susto.html>) wiederum berichtet von Diabetes (mellitus), Krebs und Lebererkrankung als Todesursache von Asustados. Obwohl die verschiedenen Todesursachen vielleicht verwirrend erscheinen mögen, könnte dennoch eine Verbindung zu Susto bestehen. Die Verbindung zwischen gewaltsamem Tod und Susto könnte beim Faktor Stress liegen. Da Stress als ein möglicher unterstützender Faktor für Susto gesehen wird, ist es wahrscheinlich, dass Personen, die in einem gewaltbereiten Umfeld – z.B. gewalttätiger Partner – leben, häufig mit traumatischen Erlebnissen, die als Auslöser

²² Die 50 Personen der Kontrollgruppe (Kranke, die nicht an Susto leiden, und in Ethnizität, Geschlecht und Alter mit den Asustados übereinstimmten) litten ebenfalls an einer hohen Zahl an Störungen: Es wurden 235 Störungen aufgezeichnet (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S. 88ff/Table 10)

²³ Im Originaltext wird der Ausdruck „from a cough“ sic! (Hervorhebung Rubel et al. 1984 S.108) verwendet.

von Susto gelten, konfrontiert werden. Die letalen organischen Krankheiten unterstützen die Forschungsergebnisse von Rubel, O'Neill und Collado-Ardón, dass Asustados stärker von Krankheiten betroffen sind, das heißt, dass die Krankheit in schwererem Ausmaß als üblich ausfällt. Diese Auffassung deckt sich mit der indigenen Anschauung, dass durch Susto ein Teil der Lebensenergie verloren geht beziehungsweise dass Susto die Gesamtharmonie stört, was die Betroffenen für Krankheiten leichter anfällig macht oder auch Krankheiten hervorrufen kann.

Einen bildlichen Vergleich zu Susto liefern Elena Avila und Joy Parker, die davon ausgehen, dass jede/r in ihrem/seinem Leben schon einen oder mehrere Sustos erlebt hat: Jedes Mal, wenn Wut, Schock, Trauer, das Gefühl, missbraucht worden zu sein, und Angst nicht angemessen zum Ausdruck gebracht werden, dann bleiben diese Emotionen im Inneren verschlossen und machen auf Dauer krank (Avila/Parker 2000 S.80):

Wenn unser Geist, die Aura, die uns umgibt, stark ist, dann wird (...) der Kern dessen, was wir wirklich sind, von den Prüfungen und Kümernissen des Alltags gewöhnlich nicht allzu tief berührt werden. Eine Möglichkeit, die Bedeutung eines gesunden Geistes zu verstehen, besteht darin, sich ihn bildlich als die Haut einer Frucht vorzustellen. Wenn die Haut der Frucht intakt ist, dann schützt sie die Frucht vor Bakterien und Schaden. Ist die Haut aber schwach und durchlöchert, dann entstehen bald die braunen Stellen der Fäulnis und breiten sich in der ganzen Frucht aus.

Unter diesem Aspekt betrachtet, verliert Susto viel von dem außergewöhnlichen Ambiente, in das Culture-Bound Syndromes gerne gerückt werden. Die Vorstellung von Seelenverlust durch ein traumatisches Erlebnis ist durchaus mit Konzepten der westlichen Realitätsauffassung begreifbar: Wenn die eigenen Abwehrkräfte nach einem traumatischen Erlebnis oder einer so genannten Lebenskrise geschwächt sind, besteht eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten – so gesehen, zeigt Susto durchaus einen Krankheitsverlauf, der auch westlichen Konzepten entspricht. Eher stellt sich die Frage, ob die Kategorie Culture-Bound Syndromes bei Susto überhaupt angebracht ist. Das Einzige was Susto in die Nähe von Culture-Bound Syndromes – rückt, ist, dass dieses Phänomen – ebensowenig wie die anderen Culture-Bound Syndromes – mit den vorhandenen Methoden der westlichen Medizin nicht diagnostiziert und demgemäß auch nicht behandelt werden kann. Das legitimiert aber nicht diese Kategorisierung, sondern zeigt nur eine Grenze des westlichen

Medizinsystems auf. Denn wenn man einen heilungsbedürftigen Zustand mit den vorhandenen Mitteln weder erkennt noch behandeln kann, sollte man nicht den Zustand in Frage stellen, sondern die Methode.

4.4 Warum susto? Fragen zur Ätiologie und darüber hinaus

Warum Menschen erkranken, darüber gehen die Ansichten auseinander. Es gibt naturalistische Ansätze, die Krankheit Umwelteinflüssen oder einfach dem Zufall zuschreiben sowie personalistische Ansätze, wo der Auslöser dem Einsatz einer Person (Hexer/in) oder einer personifizierten Kraft (Geist, Gott[heit]) zugeschrieben wird (Foster 1976), bis hin zu Ansätzen, nach denen Krankheit als Strategie gesehen wird (Uzzell 1977). In vielen Gesellschaften wird auch eine Störung des persönlichen Gleichgewichts als Krankheitsauslöser angesehen. Nach manchen Anschauungen wird das Gleichgewicht durch eine Ausgeglichenheit zwischen heißen und kalten Elementen gewahrt, eine Disharmonie kann sich dementsprechend in „warmen“ oder „kalten“ Krankheiten äußern. Folgende Auslöser können dieses Gleichgewicht stören: Wetter (z.B. heiß/kalt), unausgewogene Ernährung, unausgeglichene oder exzessive Lebensweise, starke Emotionen, ein traumatisches Erlebnis, Fehlverhalten oder eine Disharmonie im übernatürlichen Bereich. Manchmal werden Krankheiten als göttliche Bestrafung für ein Fehlverhalten angesehen. All diese Ursachen schließen einander nicht aus, das heißt, dass beispielsweise neben übernatürlichen auch biomedizinische Erklärungen akzeptiert werden können²⁴.

Evans-Pritchard führte, ausgehend von den Forschungen bei den Azande (Kongo), hierfür den Begriff der Bikausalität ein (Evans-Pritchard 1937). Die Azande gehen davon aus, dass Krankheit immer zwei Ursachen hat: einerseits eine natürliche (z.B. Infektionen, Kälte, Unfall) und andererseits eine übernatürliche (z.B. Hexerei, Magie), die meist auch Zeichen einer gestörten Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt ist. Die soziale Stabilität des/der Betroffenen kann ausschlaggebend dafür sein, welcher der beiden Ursachen mehr Bedeutung zugemessen wird. Empfindet der/die Betroffene keine soziale Spannung, wird er/sie, die Ursache und in weiterer Folge die Behandlung im natürlichen Bereich ansiedeln, fühlt sich der/die Betroffene

²⁴ Kleinmann berichtet von einem Fall (schulmedizinische Diagnose: Masern/Lungenentzündung) in Taiwan, der sowohl nach westlicher Medizin als auch nach volksmedizinischen Medizin behandelt wurde (Kleinmann 1980 S.88):

This woman (...) states she is not sure what has been responsible for her son's cure – charms from the tâng-ki or western medicine (...) – but she believes that for any illness one needs the power of both god (tâng-ki) and man (doctor).

einem Spannungsfeld ausgesetzt, wird er/sie die Ursache und Behandlung vor allem im übernatürlichen Bereich ansiedeln (Prinz 1998). Das Prinzip der Bikausalität kann als universell bezeichnet werden, denn auch bei Anerkennen einer natürlichen Ursache, lässt sich immer die Frage stellen, warum eine bestimmte Person von Krankheit betroffen ist und nicht irgendeine andere. Diesbezügliche Erklärungen werden meist im übernatürlichen Bereich gesucht, wo Fragen wie „Warum wurde ausgerechnet *diese* Person (von Gott, Geistern etc.) bestraft?“, „Wer könnte *dieser* Person Übles gewünscht haben“ gestellt werden.

Die Frage nach dem Krankheitsauslöser lässt sich meist eindeutiger beantworten. Im Falle von Susto wird der Auslöser einem heftigen, manchmal übernatürlichen Trauma (Schreck, Schock, Angst, Verlust, Ekel) oder der Verletzung und Missachtung des Selbst zugeschrieben. In einigen Fällen werden die traumatischen Ereignisse nicht selbst erlebt; die Betroffenen erkranken auch, wenn andere, meist Nahestehende oder Verwandte, ein traumatisches Erlebnis erfahren. Es hängt jeweils von individuellen Umständen ab, ob jemand durch ein Susto erkrankt oder nicht. Rubel, O’Neill und Collado-Ardón berichten von einem Fall, wo Vater und Tochter ein gemeinsames Schreckerlebnis hatten, aber nur die Tochter ein Susto erlitt (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1985 S.335):

... a Chinatc woman traveling with her father, Domingo. As they forded a swift river, Domingo was swept off his feet by the current. He extricated himself only by grasping a vine stretched across the river. The daughter standing on the bank watched in alarm, powerless to help. Despite this ordeal and the threat it posed to him, Domingo emerged from the incident unscathed. Within fifteen days, however, when the daughter became ill, her illness was diagnosed as that of Susto, attributed to the severe fright she had experienced.

Ein Susto (Schreckmoment) ist der notwendige Auslöser, für den Zustand Susto, der auf einen Seelenverlust hinweist. Die Auffassungen, was weiter mit der verängstigten oder verlorenen „Seele“ geschieht, sind unterschiedlich. Oft ist der Seelenverlust metaphorisch gemeint und es soll bildlich zum Ausdruck gebracht werden, dass ein Teil der „Seele“, des Selbst durch ein Trauma, Gewalt oder eine Verletzung verdrängt (Avila/Parker 2000 S.213) oder aus dem Gleichgewicht gebracht wurde (Rubel/O’Neill/Collado 1985 S.333) und die Gesamtharmonie einer Person gestört ist. In manchen indigenen Gesellschaften, die von einer beseelten Umgebung

ausgehen, wie z.B. die von Rubel und seinem Team untersuchten Chinatecen und Zapoteken meint man, dass ein Geist die Seele gefangen hält (Rubel/O’Neill/Collado 1984 S.112).

Je nach persönlicher Konstitution kann ein Schreckerlebnis zu einem Susto-Zustand führen oder auch nicht. Rubel, O’Neill und Collado-Ardón bekamen bei ihrer Forschung unter anderem folgende Auslöser für ein Susto genannt: Kleidung und Wohnsitz fing Feuer, Anblick einer Schlange, Angriff mit einer Machete (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S.113). Das Hispanic Center of Excellence (<http://www-sbp.bcm.tmc.edu/HispanicHealth/Courses/mod7/susto.html>) berichtet von Unfällen, Stürzen und Anwesenheit bei plötzlichen Todesfällen als Schreckmomente. O’Neill (O’Neill 1972) konnte nachweisen, dass kein Zusammenhang zwischen dem Schreckausmaß und der Schwere von Susto besteht. Wie bei den meisten anderen Krankheiten bestimmt also auch bei Susto nicht das Ausmaß des Auslösers die Schwere der Krankheit, sondern vielmehr bestimmen persönliche Konstitution und individuelle Lebensumstände, ob und in welcher Form Krankheit auftritt.

Diese Betrachtungsweisen führen für westliche Forscher oft zu einer schwierigen Situation: Einerseits wissen die direkt davon Betroffenen (Asustados und Angehörige), dass Sustos Krankheiten auslösen können, andererseits passt der Krankheitsauslöser, Seelenverlust bzw. Ungleichgewicht, nicht ins westlich-medizinische Konzept. Dieses Dilemma löst die Forschungsgruppe um Rubel (Rubel/O’Neill/Collado 1984 S.113), indem sie annimmt, dass Susto ein Verhaltensmuster ist, um soziale Spannungen zu korrigieren, bzw. um auf soziale und/oder emotionale Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Was als soziale Spannung oder Stress zu bezeichnen ist, hängt sowohl von der individuellen als auch kulturellen Definition ab. So gelten in einem egozentrischen Weltbild andere Rollenerwartungen als in einem soziozentrischen Weltbild, wo auch darauf geachtet werden muss, andere nicht zu enttäuschen. Stresssituationen können durch bestimmte soziale Erwartungshaltungen, die der/die Betroffene nicht erfüllen kann, hervorgerufen werden. Da natürlich auch individuelle Erfahrungen im Umgang mit Stresssituationen eine Rolle spielen, kann das Scheitern in Bezug auf soziale Erwartungen zu unterschiedlichen Reaktionen führen, von denen nur eine Susto ist. Diese Erwartungshaltungen sind neben dem sozialen Rang vom Geschlecht und vom Alter mitbestimmt. Rubel und sein Team machten die Beobachtung, dass Susto um

so eher auftritt, je höher die Erwartungshaltung ist und je öfter die Erwartungen nicht erfüllt wurden (Rubel/O’Neill/Collado 1984 S.57 und S.113 ff). Sie berichten von zwei schwangeren Asustadas, die nach mehreren Fehlgeburten fürchteten, dass auch die aktuelle Schwangerschaft nicht reibungslos verlaufen, und dass sie wieder nicht den Erwartungen der „gebärfähigen Frau“ entsprechen würden (Rubel/O’Neill/Collado 1984 S.47).

Rubel sieht das Zusammenspiel vom biologischen Gesundheitszustand und sozialen Rollenerwartungen, die durch individuelle Persönlichkeitsaspekte moderiert werden, als wesentliche Faktoren für das Auftreten von Susto (Rubel 1964 S.281):

The susto illness in societies of Hispanic America may be understood as a product of a complex interaction between an individual state of health and the role expectations which society provides, mediated by aspects of that individuals personality.

Obwohl jedes Mitglied einer Gesellschaft von Stress betroffen sein kann, gibt es doch in jeder Gemeinschaft Mitglieder oder Gruppen, die mehr Stress ausgesetzt und davon schwerer betroffen sind. O’Neill und Selby (O’Neill/Selby 1968 S.98) konnten Rubels Annahme mit ihrer Hypothese, dass das Geschlecht, welches stärkerem intrakulturellen Stress ausgesetzt ist, mit größerer Wahrscheinlichkeit Sustos erleidet, mit Forschungsdaten, die sie in zwei zapotekischen Dörfern sammelten, unterstützen. Laut ihren Berichten sind Frauen im Gegensatz zu Männern beim Erfüllen ihrer sozialen Rollen meist stärkerem Stress ausgesetzt, während sie gleichzeitig weniger Mechanismen zum Stressabbau zur Verfügung haben – beide Faktoren tragen zu einem verstärkten Auftreten von Sustos bei Frauen in den beiden untersuchten Gesellschaften bei.

Houghton und Boersma hingegen kommen zu einer anderen Interpretation bezüglich dem vermehrten Auftreten von Susto bei Frauen. Die AutorInnen sehen Susto als eine Möglichkeit, um mit Verlust umzugehen, wobei nicht nur der Verlust einer nahestehenden Person gemeint ist, sondern auch der Verlust von Objekten, Teilen des Selbst, sozialer Sicherheit, Vertrauen, Körperkontrolle etc. (Houghton/Boersma 1988 S.147f). Dort wo die Trauer über einen Verlust nicht ausgelebt werden kann, besteht die Möglichkeit eines Sustos (Houghton/Boersma. 1988 S.149):

The death of a child over a year old was considered a tragedy (...) But when there was a stillbirth, which was frequent, the fact that there was a pregnancy, let alone the death of a child, was seldom acknowledged.

Ausgehend von Daten, die O'Neil und Selby (O'Neil/Selby 1968) bei ihren Forschungen in Mexiko (Zapoteken) erhoben, kommen Houghton und Boersma zu dem Schluss, dass Frauen bei Fehl- und Todgeburten (nach Schätzungen ca. 40 Prozent aller Geburten) keine ausreichende Unterstützung durch die Gemeinschaft erfahren und so besonders gefährdet für Susto sind. Das heißt im Falle einer Erkrankung durch Susto wird diesen Frauen Unterstützung und Fürsorge angeboten, die sie in schwierigen Umständen, wie zum Beispiel bei Todgeburt, zwar oft dringend benötigen, die sie aber sonst nicht erhalten würden.

Gillin (Gillin 1945) sieht Susto als einen kulturell eingebetteten Fluchtweg, um mit Stress und schwierigen Lebenssituationen umzugehen – der mit dem Zustand des Nervenzusammenbruchs bei US-BürgerInnen vergleichbar ist. Beide Zustände zeigen ein breites physisches und psychisches Symptomenspektrum und die Verantwortung liegt jeweils außerhalb des persönlichen Bereichs. Einen ähnlichen Ansatz findet Crandon, der den Schlüssel zu Susto vor allem bei der Diagnose sieht. In dem Artikel (Crandon 1983) „Why Susto“ geht Crandon dabei weniger der Frage nach, warum eine bestimmte Person von Susto betroffen ist, sondern vielmehr der, warum bei einer bestimmten Person Susto und nicht eine andere Krankheit diagnostiziert wird. Aufgrund der Daten, die er bei seiner Feldforschung²⁵ gewinnen konnte, erscheint ihm diese Fragestellung in der weiteren Beschäftigung mit Susto wesentlich (Crandon 1983 S.154):

I argue that neither organic problems, psychosocial stress, nor psychological variables can possibly account for all cases of susto. Further, in this village many illnesses are initially diagnosed as susto and then later as something else (or vice versa) without any change in symptoms and for reasons that are not diagnostic in the western sense. That is, any diagnosis of an illness, perhaps especially susto, is a social process that depends on and affects social, economic, political, and ethnic relations within the village.

²⁵ 1976-78 in einem von zu zwei Drittel von Aymara und zu einem Drittel Mestizen bewohnten Gebiet im bolivianischen Altiplano.

Angesichts der Vielfältigkeit der Auslöser, der Verschiedenheit der Symptome und der Krankheitsverläufe, die in den unterschiedlichsten Gebieten in weiten Teilen Lateinamerikas auftreten, ist Susto oft eine mögliche Diagnose, meist aber keineswegs die einzig mögliche. Gerade die von Crandon beschriebene Möglichkeit einer Diagnoseänderung lässt die Vermutung zu, dass hinter Susto mehr steht als bloß ein Auslöser für einen breiten Symptomkomplex. Crandon meint, dass der kulturelle Einfluss bei Susto nicht so sehr bei der Ursache zum Tragen kommt, sondern vielmehr bei Diagnose selbst (Crandon 1983 S.161):

Hence, when susto is diagnosed, a statement is being made about the patient, and the diagnosticans as well.

Wird Susto diagnostiziert, beeinflusst dies den weiteren Behandlungs- und Krankheitsverlauf. Die Einbettung von Susto in ein kulturelles Gefüge lässt ein spirituelles Erklärungsmuster zu, das eine soziale Unterstützung fördert. Der spirituelle Zugang enthebt den/die Asustado/a von der persönlichen Verantwortung für seinen/ihren Zustand. Anders als bei vielen anderen Erklärungsmodellen, die Ursachen im übernatürlichen Bereich suchen, liegt einem Susto keine Regelverletzung oder ein Tabubruch zugrunde und so sind Asustados vom moralischen Beigeschmack befreit, der spirituelle Konzepte oft begleitet. Die Diagnose Susto erklärt den Patienten schuldfrei an seiner Krankheit, was die gesellschaftliche Akzeptanz und Unterstützung fördert. Diese Voraussetzungen sind notwendig, dass ein/e Asustado/a in weiterer Folge von seinen/ihren sozialen Verpflichtungen entlastet wird.

Uzzell (Uzzell 1977) sieht die Entbindung von sozialen Pflichten und die Legitimation von abweichendem Verhalten als wesentliche Elemente für die Diagnose von Susto. Er sieht Susto sogar als eine Strategie²⁶ – eine sehr umstrittene Auffassung –, nach der die Rolle des Asustados bewusst gewählt ist (Uzzell 1977 S.402 und 406):

This paper suggests that the sick role is a conscious choice made as a strategic alternative to the less rewarding sex and other roles of men and women (...) the sick role under these conditions brings not only the usual „secondary gains“ of illness (relief

²⁶ Uzzell meint, dass die Frage, wie eine Rolle angenommen wird und wie daraus Realität wird, in Bezug auf Susto eine wesentliche ist und noch genauer zu untersuchen sei (Uzzell 1977 S. 408).

from normal role requirements) but in the sense that this was the reason for its selection, these rewards of the role may be seen as „primary“ [S.402].

Perhaps the asustado identity is preferable to being identified as epileptic. Perhaps withdrawal [nach Uzzell ein charakteristisches Zeichen von Susto] is preferable to being beaten excessively [S.406]

Nach Uzzells Ansicht ist es durch das Anerkennen von Angst als Krankheitsauslöser für jeden möglich, Susto als Diagnose zu wählen bzw. in Frage kommen zu lassen. Einerseits ist der Zeitraum, in dem das Angsterlebnis stattgefunden hat, in keiner Weise begrenzt und andererseits ist das Symptomenspektrum sehr breit gefächert. Im Gegensatz zu anderen Krankheiten liegt weder ein Fehlverhalten vor, das Sanktionen erfordern würde, noch ist Susto die Folge von „unsozialen Eigenschaften“ wie Zorn oder Neid, die ebenfalls Krankheiten (z.B. Bilis) hervorrufen können.

Während die Beobachtungen von Uzzell, dass eine Erkrankung an Susto ebenso Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen bieten kann – wie es bei vielen anderen Krankheiten auch der Fall ist – nachvollziehbar sind, ist die Annahme, es handle sich um eine bewusst gesetzte Strategie doch etwas weit hergeholt. Uzzell geht offensichtlich davon aus, dass Susto keine „echte“ Krankheit ist, sondern eine bewusst herbeigeführte Handlung um Erleichterungen zu erhalten. Leider wird mit dieser Ansicht weder das breite Symptomenspektrum unter dem der/die Asustado/a leidet geklärt noch wird darauf eingegangen, ob der manchmal letale Ausgang von Susto ebenfalls Teil dieses strategischen Verhaltens ist.

Trotter (Trotter 1982), der Susto weniger als eine Krankheit sieht, sondern eher als einen Komplex von zusammengehörenden Leiden, vergleicht Susto mit Krebs. Ähnlich wie bei Krebs gibt es unzählige Theorien zu Ursache und Auslöser – Forschungserfolge gelangen erst, als individuelle Krankheitsvarianten isoliert und vom Symptomkomplex getrennt wurden. Trotter ist der Ansicht, dass Susto ähnlich komplex ist und erst nach einer genauen neuerlichen Untersuchung Vergleiche und Schlüsse gezogen werden können.

Der Vollständigkeit halber sei hier auch die Studie von Ralph Bolton erwähnt, der in seinen Studien davon ausgeht, dass Susto sehr wohl ein biomedizinisches Äquivalent besitzt (Bolton 1981 S.261f):

... there exists a perfectly biomedical syndrome equivalent to susto, namely hypoglycemia.

Hypoglykämie bedeutet ein Absinken des Blutzuckerspiegels, was diverse psychische Begleiterscheinungen wie Gereiztheit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Heißhunger, Schwitzen, Zittern oder innere Unruhe nach sich zieht (Häcker/Stampf 1998 Hg. S. 379). In seinem Artikel „Susto, Hostility, and Hypoglycemia“ versucht Bolton einen Zusammenhang zwischen eben diesen Komponenten herzustellen. Er zeigt den Einfluss von „Hostility“, das ich mit feindseligem (unsozialem) Verhalten übersetze, auf Hypoglykämie auf und setzt eine schwere Form von Hypoglykämie mit Susto gleich (Bolton 1981. S.274):

... that individuals who are already mildly hypoglycemic develop severe hypoglycemia and therefore susto when they are confronted with a hostility-inducing situation.

Offensichtlich hat Bolton mit dieser Untersuchung nur bewiesen, dass Personen mit einer Tendenz zu Hypoglykämie eher dazu neigen, unter Hypoglykämie zu leiden, besonders wenn sie in stressige Situationen kommen. Die Gleichsetzung von Hypoglykämie mit Susto ist nicht zuletzt deshalb in Frage zu stellen, da Bolton einerseits angibt, dass die Personen unter Hypoglykämie (seiner Meinung nach Susto) leiden, obwohl er andererseits feststellt, dass die Personen während seiner Untersuchung nicht an Susto litten (Bolton 1981. S 274):

... one must weigh the fact that men in the present study did not have susto at the time of the study

Das Eingeständnis, dass die untersuchten Personen zwischen Susto und Tierra unterscheiden (Bolton 1981 S.274),

It appears that in Incawatana [Forschungsgebiet von Bolton in Peru/Qolla Anm d. Verf.] the term „susto“ is used to refer to the syndrome mostly when it occurs in children (...) Adults are more likely to have their sickness labels as „tierra“ ...

und Bolton zugibt, dass seine Ergebnisse auf Tierra nicht zutreffen,

One problem remains to be clarified, and that is why the relationships predicted between susto and hostility were more likely to be confirmed for data involving the term „susto“ than they were for those involving „tierra“, ...

machen seine Hypothese nicht glaubhafter. Nach Häcker und Stampf (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.379) tritt Hypoglykämie bei Unterernährung und Hunger, Erkrankungen von Bauchspeicheldrüse, Leber, Hypophysenvorderlappen, Nebennierenrinde, bei Schwangerschaften und in der Stillperiode oder nach starken körperlichen Anstrengungen auf. Einige dieser Auslöser finden sich in gewissen lateinamerikanischen Gebieten durchaus häufig wieder und machen einen Teil der alltäglichen Lebensumstände aus. Möglicherweise ist Susto ein weiteres Phänomen, bei dem ein Absinken des Blutzuckerspiegels und andere Erscheinungen von Hypoglykämie auftreten können. Der weitere Krankheitsverlauf Bewusstlosigkeit und Krämpfe bis hin zum Tod (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.379) sind allerdings nicht die Begleiterscheinungen, die im Zusammenhang mit Susto genannt werden. Dass es im Zuge eines Sustos oder Schocks jedoch zu einem Absinken des Blutzuckerspiegels kommen kann, ist durchaus möglich, denn bei der Behandlung eines leichten Sustos wird ebenso wie bei einer Schockbehandlung oft Zuckerwasser als Sofortmaßnahme verabreicht (Avila/Parker 2000 S.107):

Meine Mutter wußte auch, wie leichtere Fälle von Susto bei uns Kindern zu behandeln waren, und gab uns Zuckerwasser zu trinken, wenn wir etwas Beunruhigendes gesehen hatten. (...) Jeder, der in der Gesundheitsfürsorge tätig ist, weiß, dass man einen leichten Schock am besten mit Dextrose, einer Zuckerform, behandelt.

Möglicherweise haben Asustados manchmal abnorme Blutzuckerwerte, wie es nach einem Schockerlebnis üblich ist, deshalb aber Hypoglykämie mit Susto gleichzusetzen, wie Bolton es tut, heißt sämtliche andere Begleiterscheinungen zu Susto zu ignorieren bzw. ihnen keinerlei Bedeutung zuzumessen. Wie sehr er versucht, seine Hypothese zu verteidigen, wird deutlich, wenn er Asustados, die nicht in sein Konzept passen, als SimulantInnen darstellt (Bolton 1981 S.275):

It must be admitted that in some cases hypoglycemia may not be involved and that role stress might be sufficient because of the probability that a few people diagnosed as having susto may be malingerers or individuals who choose to manifest susto symptoms in order to play the sick role this designation provides;

Boltons Hypothese zeigt auf, was passieren kann, wenn man Susto nur aus dem biomedizinischen Blickwinkel heraus betrachtet. Der Gesamtkontext von Susto ist

wichtig, um eine Besserung des Zustandes des/der Asustados/a herbeizuführen. Es spielen mehr Faktoren als bloß die biomedizinischen eine Rolle – sowohl bei der Ursache als auch bei der Behandlung bis hin zum Krankheitsverlauf und -ausgang.

4.5 Behandlung

4.5.1 SpezialistInnen der Volksmedizin

SpezialistInnen der Volksmedizin sind die bevorzugte Anlaufstelle bei kulturspezifischen Krankheiten, sofern die Erkrankten nicht innerhalb der Familie oder des engsten Bekanntenkreises behandelt werden. Die HeilerInnen (Curanderos) setzen meist verschiedene Verfahren und Techniken zur Heilung ein, was in einigen Gesellschaften zur Bildung von SpezialistInnen geführt hat. Da die Philosophie des Curanderismo (s. Lexikon) aber von einem ganzheitlichen Heilverfahren ausgeht, beherrschen die HeilerInnen oft verschiedene Verfahren und Techniken, die je nach Situation, Ausbildung und Erfahrung eingesetzt und auch individuell modifiziert werden können. Avila und Parker stellen in ihrem Buch folgende Spezialisten vor, die sich auch in anderer einschlägiger Literatur wiederfinden (Avila/Parker 2000 S.83ff):

Hierbero/a: Naturheilkundige/r, Spezialist/in der Kräuterkunde. Neben dem Einsatz gegen bestimmte Krankheiten finden Kräuter auch bei Reinigungsritualen (Limpias), in Schwitzhütten sowie als Gaben für die Geister Verwendung.

Sobadoro/a: Masseur/euse. Die Massage ist dabei nicht nur Heil- und Diagnosemittel, sondern auch ein Weg, um physisch und emotional angespannte Verteidigungshaltungen zu lockern und die Psyche zu öffnen.

Partera: Hebamme, die auch Vor- und Nachsorge bei der Geburt übernimmt und manchmal auch Kinderkrankheiten behandelt. Früher waren Parteras das Sprachrohr von Frauen und ihren Bedürfnissen, die unter anderem auch als Zeremonienmeisterinnen agierten und für die Gesundheit und Sicherheit von Mutter und Kind beteten.

Consejero/a: Ratgeber/in. Obwohl Gespräche auch bei den anderen SpezialistInnen einen wesentlichen Teil der Therapie darstellen, sind Consejeros darauf spezialisiert, KlientInnen zuzuhören und sie zu beraten. Sie bieten eine ähnliche Hilfestellung wie PsychotherapeutInnen, sind aber im Unterschied zu diesen nicht an eine bestimmte Schule oder ein Therapieverfahren gebunden. Consejeros sind nicht durch methodische Grenzen eingeschränkt und können kreativ und flexibel agieren.

Espiritualisto/a: Trancemedium, Wahrsager/in. Espiritualistos besitzen die Fähigkeit, mit der spirituellen Welt zu kommunizieren, und dienen als Verbindungsglied zwischen den Welten. Die meisten Curanderos sehen sich gelegentlich als Kanal für bestimmte Energien, die zur Heilung beitragen können.

Curandero/a total: Heiler/in, der/die alle vier Ebenen der Heilkunst einsetzt:

1. Wissen und Wissensvermittlung. Unterweisung des/der Patienten/in, Verantwortung für seinen/ihren Gesundheitszustand zu übernehmen
2. Körperarbeit (Handauflegen, Massage, mitfühlende Berührung)
3. Medizin (Handhabung von pflanzlichen, mineralischen und tierischen Stoffen)
4. Werkzeug (Pflanzen, Federn, Kristalle etc; aber ebenso Gerätschaften wie Trommeln oder medizinische Instrumente)

4.5.2 Behandlungsmethoden/Heilverfahren

Da Susto oder Seelenverlust mit den herkömmlichen Mitteln westlicher Medizin schwer untersuchbar ist, ist es natürlich auch schwierig, die Behandlung bzw. die Effizienz der Therapie mit westlichen Maßstäben zu beurteilen. Denn bei der traditionellen Behandlung von Susto geht es weniger darum, die Vielzahl der Symptome zu behandeln²⁷, als darum, die „Seele“ zurückzuholen und so den natürlichen Harmoniezustand und die innere Ausgeglichenheit wiederherzustellen. Bei Verdacht auf Susto wird untersucht, ob sich in der Vergangenheit ein Auslöser (Schreckmoment) für Susto findet. Die Initiative geht dabei meist vom Patienten aus, der Vorschläge für die Diagnose liefert und mögliche Auslösermomente in der Vergangenheit nennt (Logan 1979 S.157). Dabei spielt die Zeit, die zwischen Auslöser und Ausbruch von Susto verstrichen ist, keine Rolle. Rubel und seine Kollegen berichten sogar von einem Fall, wo zwischen dem Schreckerlebnis und dem Auftreten von Symptomen 30 Jahre vergangen sind (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S.45). Dennoch stellt diese lange Zeitspanne eher einen Ausnahmefall dar. Forschungen bei den Zapoteken lassen O’Neill von einer Zeitspanne zwischen sofort bis hin zu sieben Jahren ausgehen (O’Neill 1975). Das Erkennen des Auslösers ist nicht nur ein wesentliches Element zur Diagnose, sondern erst das Wissen um den Auslöser ermöglicht eine Behandlung. Dabei werden von dem/der Heiler/in Fragen

²⁷ Die begleitenden Störungen zu Susto werden natürlich ebenfalls behandelt und bei akuten und schwerwiegenden Störungen wird auf andere, z.B. allopathische Mediziner verwiesen (pers. Gespräch mit Avila Sept. 2000)

gestellt. Der/die Asustado/a kann neben der Aufarbeitung des Schockerlebnisses auch seine/ihre persönlichen Wünsche und Frustrationen, seine/ihre Ängste und seinen/ihren Ärger ansprechen, die ansonsten aufgrund eigener Ängste, dominierender sozial-hierarchischer Strukturen oder sozialer Normen unausgesprochen bleiben würden.

Avila und Parker (Avila/Parker 2000) gehen davon aus, dass die so genannten Pláticas einen wesentlichen Teil der Behandlung darstellen. Die Pláticas (Avila/Parker 2000 S.161ff) sind intensive Gespräche zwischen Heiler/in und Patient/in und können als freie Gesprächstherapie bezeichnet werden. Der/die Heiler/in agiert mit großem therapeutischen Freiraum, der alle möglichen Handlungen (Traumarbeit, Trancereisen, Kunsttherapie, Pyschodrama etc.), die zur Heilung beitragen, zulässt. Weiters können im Zuge einer Plática Öle, Räucherwerk und Kräuter verabreicht werden und auch andere Heilrituale, wie z.B. Wiedergeburt oder Seelenrückführung, zur Anwendung kommen. Rubel, O’Neill und Collado-Ardón (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S.42), die bei drei Gruppen in Mexiko Untersuchungen durchführten, sowie die praktizierende Heilerin Avila (Avila/Parker 2000) sehen auch das Ausrufen des Namens des/der Patienten/in als wichtigen Teil der Behandlung. Mit der Namensrufung soll die verschreckte oder verloren gegangene „Seele“ als Teil des gesamten Selbst wieder ins Gleichgewicht gebracht werden bzw. zurückgeholt werden. Auf eine oder mehrere Pláticas – sie können Stunden, Wochen bis hin zu Monaten dauern; eben solange, bis alles gesagt wurde – können eine oder mehrere Limpias folgen. Die Limpias dienen der Reinigung und Entfernung der Krankheit. Bei den Limpias (manchmal auch Barridas genannt) wird mit Heilkräutern, einer Feder und/oder einem rohen Ei über den/die Patienten/in hinweggestrichen. Zusätzlich können Heilkräuter (in Form von Tees, Ölen oder Räucherwerk) verabreicht und Gebete gesprochen werden (Logan 1979 S.157; Avila pers. Gespräch Sept. 2000). Seelenrückführungen können bereits als Teil der Behandlung stattfinden, oder auch den Abschluss des ersten Heilprozesses bedeuten. Nach Avila (pers. Gespräch Sept. 2000) stellen all diese Therapien meist nur den Beginn der Heilung dar, da meist umfassende Änderungen erfolgen müssen, um eine dauerhafte Besserung des Zustandes des Patienten herbeizuführen. Avila meint, dass ein/e Heiler/in nur Wege aufzeigen kann und dass es am/an der Patienten/in selbst liege eine Änderung und damit eine Heilung herbeizuführen.

Houghton und Boersma (Houghton/Boersma 1988), die eine Ähnlichkeit zwischen Susto und dem Schmerz nach einem Verlust sehen, finden auch bei der Behandlung Parallelen. Das Erkennen und vor allem das Nacherzählen des Schreckmomentes dient vor allem dazu, den Schmerz und die Trauer aufzuarbeiten sowie die etwaige Schuldfrage des/der Betroffenen zu klären, die bei Susto im spirituellen Bereich, also außerhalb der persönlichen Verantwortung liegt. Die AutorInnen interpretieren die Aktivitäten, die ein/e Asustado/a während seiner Behandlung durchläuft, vor allem als ein Ablenken von Sorgen und Ängsten sowie als eine Möglichkeit den Kontakt zur Gemeinschaft wiederherzustellen. Das Absorbieren der Krankheit mittels eines Hühnereis – eine gängige Methode zur Behandlung von Susto (z.B. Houghton/Boersma. 1988 S.152, Avila/Parker 2000 S.187) – sehen Houghton und Boersma vor allem als einen symbolischen Akt, der das Loslassen des Schmerzes und des Leids erleichtern soll.

Ein weiteres wesentliches Element, das zur Heilung beiträgt, ist die soziale Unterstützung, die dem/der Asustado/a zuteil wird. Vor allem nahestehende Personen – meist Familienmitglieder – stehen dem/der Patienten/in bei. Rubel berichtet von einer Heilzeremonie, wo neben dem Sprechen von Gebeten, dem Anbieten von Opfern und dem Verabreichen von Heiltees²⁸ die Aufmerksamkeit und Hilfe der Familie eine wesentliche Rolle spielt (Rubel/O’Neill/Collado-Ardón 1984 S.39):

The wife, the son, and the daughter, who had been called from Mexico City because of her father’s grave condition, were all advised to watch the patient closely. No one was to sleep that night if the cure was to be effective.

Nach den Untersuchungen von Trotter (Trotter 1982 S.220) im Lower Rio Grande Valley in Texas²⁹ werden das Verabreichen von Tees (61,7 %) und die Durchführung von Barridas (32,4 %) sowie die Einnahme von Zucker bzw. einer Mischung von Essig, Salz und Wasser (5,9 %) als Therapien für Susto genannt. Auffallend ist, dass fast zwei Drittel der Fälle mit Tees behandelt wurden; am häufigsten wurde Anis-Tee³⁰ (40 % aller untersuchten Susto-Fälle) verabreicht. Auch bei den Barridas

²⁸ Auf die Details der Heilzeremonie wird leider nicht genau eingegangen: Es wird lediglich erwähnt, dass Gebete in den vier Himmelsrichtungen ausgesprochen wurden, dass Mescal und Zigaretten als Opfern dienen und, dass Tee bestehend aus neun Kräutern verabreicht wurde.

²⁹ 80 Prozent der Einwohner des untersuchten Gebiets sind mexikanisch-amerikanisch, 20 Prozent anglo-amerikanisch.

³⁰ Anis (lat. *pimpinella anisum*): Anwendungsgebiete: bei Magenkrämpfen, Blähungen, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Bronchitis, Husten, zur Förderung der Produktion von Muttermilch,

wurden Kräuter verwendet – Basilikum³¹ (11,4 % aller untersuchten Susto-Fälle) und Beifuß³² (8,6 % aller untersuchten Susto-Fälle), die über Inhalation dem Patienten zukommen. Da nach diesen Untersuchungsergebnissen also hauptsächlich Tees bei der Behandlung von Susto zur Anwendung kommen, bezweifelt Trotter das seiner Meinung nach „magische“ Konzept von Seelenverlust (Trotter 1982 S.224):

Yet only about one third of the treatments in the sample are ritual in nature; which puts the social causation theorists in the position of having to find ethnographic evidence of the logical construct that an herbal tea is better (or at least more commonly used) for restoring a soul into syncopy with the body than is a supernatural ritual.

Meiner Meinung vernachlässigt Trotter mit seinem Statement die Möglichkeit, dass die Verwendung von Heilkräutern – als Tee oder über Inhalieren – auch den Schluss zulässt, dass gleichzeitig mehrere Leiden behandelt werden beziehungsweise dass Tees bei der Herstellung des persönlichen Gleichgewichts helfen können. Dass der Großteil der Fälle ethnopharmakologisch behandelt wird, heißt meines Erachtens nicht, dass keine psychosozialen Faktoren involviert sind, sondern ist ein Zeichen für die Vielfältigkeit der Symptome. Möglicherweise hat Trotter bei seinen Forschungen nicht miteinbezogen, dass schon das Aufsuchen eines/r Curanderos/a und die Diagnose von Susto eine bestimmte Krankenrolle hervorruft, die neben der Behandlung durch Tees zum Tragen kommt. Eventuell hat er Gespräche zwischen Heiler/in und Patienten/in, die nicht explizit als Therapie ausgezeichnet waren, nicht als effizienten Teil der Behandlung angesehen. Trotter weist außerdem darauf hin, dass im Untersuchungsgebiet zwischen Susto und Susto-Pasado unterschieden wird, was vielleicht ein Grund dafür ist, dass nach seinen Forschungen zu Susto die rituelle Behandlung seltener angewendet wird (Trotter 1982 S.225):

in Kombination mit Pfefferminze, Basilikum, Salbei und Zitronenblüten: bei Menstrationsbeschwerden

in Kombination mit Süßholzwurzel, Mutterkümmel, Oregano, Salbei, Beifuß, Kümmel, Fenchel, Orangenschale, Thymian, Zimtrinde, Pfeffer und Lorbeerblättern: zur Genesung oder Stärkung eines geschwächten Körpers

(nach Handbuch der Volksmedizin: Baumgart 1998)

³¹ Basilikum (lat. *ocimum basilicum*): Anwendungsgebiete: bei Fieber, Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Verstopfung, Magenbeschwerden, Menstrationsbeschwerden. zur Appetitanregung, vorbeugend gegen Verkühlung, harntreibend, antibakteriell (nach Handbuch der Volksmedizin: Baumgart 1998)

³² Hohes oder Beifuß-Traubenkraut (*Ambrosia artemisiifolia*): Anwendungsgebiete: bei Erkältung, Magenkrämpfen, Verdauungsstörungen (nach Handbuch der Volksmedizin: Baumgart 1998)

...the criteria appeared to be that if it was successfully treated by teas and the simple barridas your family might give you, it wasn't susto pasado, and if it wasn't successfully treated that way, it was susto pasado.

Während Susto meist von Laien behandelt wird, wird Susto-Pasado als sehr gefährlich angesehen. Trotter bemerkt diesbezüglich, dass dieses Leiden von einem Spezialisten mittels Ritual – auf das Trotter aber nicht näher eingeht – behandelt werden muss, da Susto-Pasado sonst tödlich enden kann. Die Forschungen Trotters decken sich jedenfalls nicht mit den Ergebnissen vieler anderer Forschungen, die davon berichten, dass Susto meist von Spezialisten (und nicht innerhalb der Familie) und in ritueller Form behandelt werden.

Leider finden sich in der einschlägigen Literatur wenig detaillierte Beschreibungen über die Behandlung von Susto. Dies könnte unter anderem auch daran liegen, dass das Konzept von Susto davon ausgeht, dass bei Susto sehr viele persönliche Faktoren zum Tragen kommen und jede/r Susto individuell auslebt. Die Behandlung ist demnach auf die jeweiligen Bedürfnisse des/der Patient/in abgestimmt und ebenso wenig wie Susto ein einheitliches Symptomspektrum zeigt, gibt es auch keine einheitliche Behandlung von Susto.

4.6. Erklärungsmodelle zu Susto im Überblick

1. Indigene Konzepte von Susto:

Seelenverlust durch ein traumatisches Erlebnis, Störung des Gesamtgleichgewichts

2. Susto als Zustände, die sich in westliche Diagnoseschemen einordnen lassen:

Gillin (Gillin 1945): Susto ist eine hysterische Angstreaktion

Yap (Yap 1977): Susto ist ein durch Angst induzierter depressiver Zustand

Gemeinschaftsprojekt der **Medizinischen Universität Lübeck**: (<http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/susto.htm> 1999): undifferenzierte somatoforme Störung bzw. neurotische Störung als mögliche ICD-10 Kodierungen für Susto

3. Soziologische Ansätze (Anerkennen von Susto als Krankheit und Inkrafttreten von möglichen sozialen Unterstützungsmaßnahmen):

Rubel (Rubel 1964): Susto bei Nichterfüllen von sozialen Rollenerwartungen

O'Neil und Selby (O'Neil/Selby 1968): Susto als kulturell und sozial akzeptierte Möglichkeit um mit bestimmten – durch intrakulturelle Spannungen hervorgerufene – Stresssituationen umzugehen

Uzzell (Uzzell 1977): Susto als bewusst gewählte Strategie um eine Alternativhandlung bei unerfüllten Rollenerwartungen (vor allem im sozialen und gender Bereich) zu setzen

Crandon (Crandon 1983): Die Diagnose von Susto enthebt die Betroffenen von der Verantwortung für seinen leidvollen Zustand

Logan: (Logan 1993): Asustados stehen am Rande der Gesellschaft (auch durch ein Nichterfüllen ihrer Rollenerwartungen) und sind sozialem und emotionalem Stress ausgesetzt; die Diagnose Susto ist auch eine Aussage über den sozialen Status

4. Physiologische Ansätze:

Bolton (Bolton 1981): Susto ist eigentlich eine hypoglykämische Reaktion (Absinken des Blutzuckerspiegels) auf Stress

5. Susto als universeller Zustand

Houghton und Boersma (Houghton/Boersma 1988): Susto als universell mögliche Reaktion auf Verlust

Avila und Parker (Avila/Parker 2000): Susto als universell mögliche Folge von nicht aufgearbeiteten traumatischen Erlebnissen

6. Weitere Ansätze

Trotter (Trotter 1982): Susto ist eher ein Komplex von zusammengehörenden Krankheiten als nur eine einzige Krankheit und muss daher von einem neuen Ansatz her untersucht werden

4.7. Weitere Culture-Bound Syndromes im lateinamerikanischen Raum

Da eine eingehende Auseinandersetzung mit den weiteren Culture-Bound Syndromes, die im lateinamerikanischen Raum beobachtet wurden, den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde, wird hier nur ein kurzer Überblick über die häufigst genannten Phänomene geboten, um die Parallelen beziehungsweise Unterschiede zu Susto aufzuzeigen. Diese Aufzählung ist keineswegs vollständig und die aufgeführten Syndrome konnten nicht mit der gleichen Ausführlichkeit wie Susto untersucht werden.

Nach Uzzell bietet die Rolle des Asustados Vorteile gegenüber anderen vergleichbaren Krankheiten im lateinamerikanischen Raum. (Uzzell 1977 S.406):

Muina, which may be caused by envy or unexpressed anger, reflects weakness (...) The muina role (...) does not define situations in such way as to give the victim liberties. [Im Gegensatz zu susto: „susto which is characterized by withdrawal from interaction, becomes a mechanism for maintaining interaction“ (Uzzell ebd.)]

For adults in Zautla, pasmo most closely approximates susto in symptoms, but it involves the magical theft of the soul (...) This doubles the passivity (from the masculine point of view) of the role, and also involves another human in etiology.

Die von Uzzell angeführten Störungen finden sich leider selten in anderen wissenschaftlichen Beschreibungen. Muina könnte eine Abart oder ein anderer Ausdruck von Bilis/Colera sein, Pasma wird manchmal als anderer Ausdruck für Susto gesehen (Rubel 1970, O’Neill 1970). Nichts desto trotz trifft die Feststellung Uzzells zu, dass ein Asustado eine sehr spezielle Krankheitsrolle einnimmt, da ihm weder ein Fehlverhalten noch persönliche Schwäche oder Eigenverantwortung für seinen Zustand vorgeworfen wird, was die soziale Unterstützung fördert. Auch andere so genannte Culture-Bound Syndromes, die im lateinamerikanischen Raum beobachtet wurden, unterstreichen die diesbezügliche Sonderstellung des Asustados.

Bei Ataque de Nervios, finden sich – ähnlich wie bei Susto – Stress, Tod und Verlust als Auslöser, das Krankheitsbild zeigt aber unterschiedliche Symptome wie Unbeherrschtheit und aggressives Verhalten.

Bilis/Colera zeigt ähnliche Symptome wie Susto (körperliche Beschwerden, Schwächegefühl), der Auslöser wird aber im Gegensatz zu Susto nicht Angst, sondern Ärger und Zorn zugeschrieben.

Grisi siknis, ein „Culture-Bound Syndrome“, das bei den Miskito in Nicaragua und Honduras beobachtet wurde, tritt vor allem bei jungen Frauen auf. Die Symptome ähneln aber eher dem Phänomen Latah (südostasiatischen Raum) oder Pibloktoq (arktischer und subarktischer Raum).

Locura wird einer vererbten Schwäche, Lebensschwierigkeiten oder der Kombination von beidem zugeschrieben. Die Symptome umfassen Verwirrung, Halluzinationen und soziales Fehlverhalten sowie mögliche Gewalttätigkeit.

Mal de Ojo, der so genannte böse Blick, wird im Mittelmeerraum und Lateinamerika oft als Krankheits- oder Unglücksursache angesehen.

Überblick zu weiteren Culture-Bound Syndromes im lateinamerikanischen Raum und deren indigene Interpretation:

| | <i>Angenommene Ursache</i> | <i>Zugeschriebene Verantwortung</i> | <i>Vorgeworfenes Fehlverhalten</i> | <i>soziale Konsequenz</i> |
|----------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Bilis/Colera | Wut, Zorn, negative Gedanken, starke Emotionen, Ungleichgewicht | zum Teil Eigenverantwortung | unkontrollierte Gefühle | nur zum Teil Unterstützung |
| Locura | Vererbt, Lebensschwierigkeit | zum Teil Eigenverantwortung | soziales Fehlverhalten | nur zum Teil Unterstützung |
| Mal de Ojo | negative Gedanken von außen | andere Person | Fehlverhalten von anderen | Unterstützung |
| (Ataque de) Nervios | Stress, stressige Lebenserfahrung | zum Teil Eigenverantwortung | keines | nur zum Teil Unterstützung |
| Susto | Schreck | im spirituellen Bereich | keines | Unterstützung |

5. Methodische und andere Grenzen der Forschung

Egal, um welche Disziplin es sich handelt, die Methodik und ihre jeweiligen Grenzen füllen stets mehrere Bibliotheksregale. Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, dem ein weiteres Werk hinzuzufügen, begnüge ich mich mit ein paar Gedanken, die auf die Notwendigkeit einer kritischen Aufmerksamkeit beim Studium diverser wissenschaftlicher und anderer Lektüre hinweisen. Es liegt in der Natur der Dinge, dass auch diese Arbeit methodischen und subjektiven Grenzen unterworfen ist, die einer ebensolchen kritischen Lesart bedarf. Denn jede Forschung – auch wenn sie, und vielleicht sogar gerade dann, sämtlichen wissenschaftlichen Kriterien gerecht werden will – unterliegt methodischen Grenzen. Die unten angeführten Gedanken stellen nur einen Ausschnitt von möglichen Problematiken dar, die Forschungsergebnisse beeinflussen können.

Am Beginn einer Forschung muss die Frage gestellt werden, was untersucht und erfasst werden kann. Diese Aufgabe beinhaltet aber zugleich eine gewisse Ausschließlichkeit, denn man muss sich gleichzeitig die Frage stellen, was wird dabei nicht untersucht oder erfasst. Leider wird die Frage nach eventuell weiteren beeinflussenden Faktoren selten gestellt, da diese Faktoren sich oft der begrenzten Wahrnehmung des Forschers entziehen. Dass ein Faktor für nicht untersuchungswürdig befunden wird oder mit bestimmten Methoden nicht evaluierbar ist, heißt noch lange nicht, dass er keinen Einfluss hat. Hat man die Hürde der Fragestellungen einigermaßen zufriedenstellend gemeistert, wartet als nächste Schwierigkeit die Wahl der Methode bzw. die Frage, ob es überhaupt eine brauchbare Methode, mit der man seine Fragestellung untersuchen kann, gibt. Hat man sich dann für eine Methode – mit all ihren Vor- und Nachteilen – entschieden, folgt die Schwierigkeit der sprachlichen Umsetzung, die oft noch eine oder mehrere Übersetzungen und Rückübersetzungen über sich ergehen lassen muss. Dabei können sich diverse Fehlerquellen ergeben, die ihren Höhepunkt darin finden, Ausdrücke zu suchen, die in einer bestimmten Sprache entweder keine Entsprechung haben oder aber mehrere Ausdrücke zur Verfügung stehen. Wagt man sich dann mit seinem Instrument ins Feld, um die Antworten zu bekommen, die man aufgrund der bestimmten Fragestellung erhalten kann, sollte man den Umstand der Beeinflussung nicht unterschätzen. Oft möchte die Untersuchungsgruppe bewusst oder unbewusst den Erwartungen als „zu Untersuchende“ entsprechen und gibt Antworten, die vielleicht nicht exakt den tatsächlichen Umständen entsprechen. All diese Faktoren

sollten während der Forschung sowie bei der Analyse und Conclusio nie außer Acht gelassen werden.

Eine weitere Erschwernis bei der Erkenntnissuche liefert der eigene Realitätssinn. Jahrelang wurden wir geprägt und dazu angehalten, bestimmten Dingen mehr oder weniger oder gar keine Bedeutung beizumessen. So konditioniert, führt dies zu einer eingeschränkten Wahrnehmung, da die Bedeutung von gewissen Phänomenen vermindert wird, während anderen eine übergroße Wertigkeit zugesprochen wird. Jedes Weltbild ist auf individuelle Art konstruiert, sodass jede/r andere Aspekte als Wirklichkeit definiert, die dann mit gewissen Bedeutungen und Werten ausgestattet wird. Dort, wo die Weltbilder und Wirklichkeitsauffassungen einander ähneln, ist eine einfache und meist eindeutige Kommunikation möglich. Doch um so schwieriger ist das Verstehen von anders gearteten Wirklichkeiten. Diese Problematik spiegelt sich bei Forschungen wider: Eigene Bedeutungsmuster und Wertigkeiten finden sich in den Fragestellungen und Hypothesen wieder, während andere einfach nicht wahrgenommen werden können.

Wie sehr dies Forschungen erschwert, wird bei vielen Arbeiten über Susto deutlich. Untersuchungen zu Susto werden dadurch erschwert, dass versucht wird Zustände und Bereiche in Worte zu fassen, die mit Mitteln der rationalen westlichen Wissenschaft kaum beschreibbar sind. Viele dieser Worte – z.B. Seelenverlust, Ahnengeister, Wiedergeburt etc. – sind mit bestimmten Bedeutungen belegt, die außerhalb des westlichen Naturwissenschaftsverständnisses liegen. Diese Bilder werden vom medizinischen Sektor in den spirituellen verlagert, dem in den westlichen Naturwissenschaften nicht die gleiche Wertigkeit beigemessen wird.

Viele Forschungen zu Susto setzten ihren Schwerpunkt in die Untersuchung von Symptomen, die für Vergleiche oder Zuordnungen in Diagnoseschemen verwendet werden. Die Betroffenen messen aber den Symptomen selbst nicht so große Bedeutung zu. Die Symptome bei Susto können sehr stark individuell ausgeprägt sein, müssen natürlich ebenso behandelt werden, sind aber nicht die Ursache für die Krankheit und erst das Erkennen der Ursache ermöglicht eine ganzheitliche, effiziente Behandlung. Die Ursache von Susto liegt nach Ansicht der Betroffenen aber in für die westliche Schulmedizin schwer messbaren Bereichen, im emotionalen, psychischen und spirituellen, in dem auch die „Seele“ angesiedelt ist. Vor allem am spirituellen Bereich scheitern viele Forschungsansätze, da dieses Konzept in den westlichen Naturwissenschaften kaum Platz findet. Aber gerade

diesem Bereich werden die Ursachen von Susto zugeschrieben und dort muss die Behandlung stattfinden – und deshalb müssen sich die Forschungen auf diesen Bereich konzentrieren, um das Phänomen Susto in seiner Ganzheit zu verstehen.

5.1. Grenzen des traditionell-westlichen Medizinsystems

Natürlich haben auch die VertreterInnen des westlichen Medizinsystems spezifische Werte und Glaubenssysteme, die auf das jeweilige Umfeld und damit auch auf die Patienten übertragen werden und Heilungsprozesse mitbestimmen. Da die westliche Medizin einen weltweiten Gültigkeitsanspruch erhebt, wird dieser Punkt oft vernachlässigt und von einem universellen Weltbild ausgegangen. Es wird nach wie vor nach einheitlichen Diagnoseschemen gesucht, mit denen sämtliche Krankheiten erfasst werden können. Die Grundlage für diese westlich-medizinischen Klassifikationsschemen ist die Trennung von Geist und Körper, die sich in den beiden Wissenschaften der Medizin und Psychiatrie widerspiegelt. Doch dieses Weltbild wird nicht von allen geteilt. Andere Kosmologien gehen beispielsweise von einer harmonischen Einheit Mensch aus, in dem sich bestimmte Systeme ergänzen oder ein Gleichgewicht bilden. Bei den so genannten Culture-Bound Syndromes wird die unterschiedliche Betrachtungsweise deutlich und die westlichen Schemen stoßen an ihre Grenzen: Denn sowohl das europäische Klassifikationsschema „ICD“ als auch das US-System „DSM“ findet keine geeignete Zuordnung für Culture-Bound Syndromes. Sie werden kollektiv – ungeachtet ihrer Unterschiedlichkeiten – in einem eigenen Kapitel (ICD) bzw. im Anhang (DSM) abgehandelt, und man muss sich die Fragen stellen, die Yap schon 1974 aufgeworfen hat (Yap 1974 S.86):

... firstly, how much we know about the culture-bound syndromes for us to be able to fit them into a standard classification; and secondly, whether such a standard and exhaustive classification in fact exists.

Man kann sich auch, wie z.B. Pachter, die Frage stellen wie Sinn bringend eine Einordnung in medizinische Diagnosekategorien ist (Pachter 1993 S.107):

The categorization of a folk illness within biomedical nosological categories serves no purpose in itself. It gains utility only when the sufferer enters the domain of biomedicine and is subject to its diagnostic and therapeutic process, or when certain folk beliefs and behaviors impede access to lifesaving biomedical interventions.

Die Einordnung der Culture-Bound Syndromes in bestehende westliche Klassifikationssysteme, nur um eine Zuordnung zu finden, ist wahrscheinlich nicht weiter zielführend, da die Betroffenen, PatientInnen wie HeilerInnen, meist mit anderen als den von der westlichen Medizin offerierten, Methoden arbeiten. Die westliche Schulmedizin beschränkt sich meist darauf, körperliche Beschwerden heilen zu wollen, und schenkt dem restlichen Selbst nicht viel Aufmerksamkeit. In weiterer Folge heißt das, dass nicht aus dem möglichen Potenzial der Optimierung des Patientenzustandes geschöpft werden kann. Kulturelle, soziale und spirituelle Aspekte in Bezug auf Krankheitsursache und -verlauf werden zu wenig bis gar nicht berücksichtigt und können demnach auch bei der Therapie nicht miteinbezogen werden. Ein/e Asustado/a hat nach Feststellung der Diagnose Susto meist kein Bedürfnis, seine/ihre Krankheit von einem/r allopathischen Mediziner/in behandeln zu lassen, da diese/r die Krankheit zwar z.B. als undifferenzierte somatoforme Störung benennen könnte, aber sonst wenig zur gewünschten Behandlung beitragen würde. Ein/e mit Susto vertraute/r Heiler/in hingegen ist nicht durch die Symptomvielfalt verwirrt, sondern behandelt sowohl die organischen Störungen als auch die emotionalen und seelischen Probleme des/der Asustado/a.

Da AnhängerInnen der westlichen Schulmedizin oft von einem universellen Gültigkeitsanspruch ausgehen und glauben, für sämtliche Leiden eine optimale Behandlung zu kennen, fühlen sich manche VertreterInnen dieser Wissenschaft dazu berufen, auch für Krankheiten, denen ein anderes Weltverständnis zu Grunde liegt, die besten Heilerfolge zu garantieren. Um eine erfolgreiche Behandlung durchzuführen, ist es jedoch notwendig, die Weltbilder von Heiler/in und Patient/in aufeinander abzustimmen. Dabei wird oft nicht berücksichtigt, dass auch das westliche schulmedizinische System seine Grenzen hat, wie z.B. die vornehmliche Symptombehandlung und die Weigerung, den Menschen als Ganzes – also über das Körperliche hinaus –, zu behandeln. Andere Denkweisen (Avila/Parker 2000) gehen beispielsweise davon aus, dass Krankheit meist ein Zeichen einer groben Unstimmigkeit des eigenen Lebensweges ist und das Auftreten von körperlichen Beschwerden nur ein Sichtbarmachen dieser Unstimmigkeit. Das Behandeln von Symptomen ist natürlich auch notwendig, kann nach dieser Auffassung aber nur einen Teil der Therapie darstellen. Die tatsächlichen Ursachen können aber auf anderen – oft nicht sichtbaren und daher von westlichen Denkweisen oft nicht (an-)erkannten – Ebenen liegen. Aber um eine tatsächliche Heilung und eine Sicherung

des Gesundheitszustandes zu gewährleisten, muss ein wesentlicher Teil der Therapie auf diesen Ebenen stattfinden, da sonst die nicht gelöste Ursache einen erneuten Krankheitsausbruch – in gleicher oder in anderer Form – hervorrufen könnte.

Die Psychiatrie ist zwar das Teilgebiet der westlichen Schulmedizin, das sich mit psychischen Störungen befasst, doch ist die Psyche nicht unbedingt ident mit dem Seelenbegriff vieler anderer Weltbilder. Der aus dem Griechischen stammende Begriff³³ kommt von Hauch, Atem – also dem wesentlichsten Kennzeichen des Lebens (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.671). Das heißt die Psyche wurde gleichbedeutend mit Leben und Gestaltung des Lebens gesetzt. Heute ist die Psyche mit mehreren Bedeutungen belegt. In der Psychoanalyse etwa steht Psyche für die Gesamtheit Bewusstes-Unbewusstes (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.671). In der Psychiatrie wird oft von einem physischen selbststeuernden System ausgegangen, bei dem die so genannten psychischen Vorgänge auf dem Zentralnervensystem basieren. Im Alltagsverständnis wird die Psyche oft als Gegensatz zum Körperlichen gesehen, die einerseits das Wahrnehmen, Fühlen, Denken und Wollen steuert und andererseits zur Verarbeitung von Erlebtem dient. Oft werden die Begriffe Psyche, Geist und Seele gleichgesetzt und wurden auch in der Wissenschaft als Gegensatz zum Körperlich-Stofflichen gesehen³⁴ (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.312f und S.770). Der Begriff Seele findet in der modernen wissenschaftlichen Literatur wegen seiner Assoziation mit metaphysischen Fragen (Unsterblichkeit, Nähe zu Gott) kaum Verwendung (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.770).

Avila, die sowohl eine schulmedizinische Ausbildung als auch eine Curandera-Ausbildung absolviert hat, erkannte während ihrer Tätigkeit als diplomierte psychiatrische Krankenschwester, dass die westliche Schulmedizin viel ausschloss, was ihrer Meinung nach den Menschen ausmacht: die Seele, spirituelle Erfahrungen des/r Klienten/in, die Komplexität menschlicher Erfahrungen und die Notwendigkeit einer persönlich gestalteten Behandlung. Da ihrer Meinung nach die offizielle Schulmedizin diesen Elementen keine therapeutische Bedeutung zumisst, arbeitet sie jetzt nur noch als Curandera, und schreibt diesem Heilzugang große Effizienz zu (Avila/Parker 2000 S.125):

³³ gr. *psychein*: hauchen

³⁴ Z.B., das Leib-Seele Problem, das die Philosophie seit Descartes beschäftigt, und sich mit der Frage, wie man zugleich dem offensichtlichen Zusammenhang zwischen mentalen und physischen Ereignissen und der Verschiedenheit ihres phänomenalen Gegebenseins Rechnung tragen kann (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.490f).

Inzwischen hatte meine Erfahrung mich deutlich gelehrt, daß die Techniken des Curanderismo oft dort Erfolge zeitigten, wo die westliche Medizin versagte – und noch gründlicher und tiefer wirkten, wo die Schulmedizin Erfolg hatte.

In der Alternativmedizin gibt es Ansätze, die die Heilung des gesamten Selbst betreffen. Krankheit wird dabei oft als Folge falschen Handelns gesehen, eine natürliche Konsequenz der Disharmonie zwischen Körper und Seele. Die Krankheit hält den Betroffenen davon ab, dieses Treiben weiterzuführen, und kann, wenn man diesen Gedanken weiterverfolgt, der Grundstein für eine Korrektur des Verhaltens sein. Während sich hinter dem in der westlichen Medizin vorherrschenden biologisch-reduktionistischem Ansatz die Gefahr verbirgt, dass Menschen die Eigenverantwortung für ihren Gesundheitszustand abgeben und Krankheit nicht als Folge von falschem Handeln sehen – mit falschem Handeln sind hier nicht moralische Verfehlungen gemeint, sondern ein Fehlverhalten gegenüber dem eigenen Selbst, dem Nicht-Nachkommen der eigenen körperlichen, emotionalen und seelischen Bedürfnisse. Oft wird ein/eine Arzt/Ärztin in der Erwartung aufgesucht, dass von einer wissenden Autorität eine Medizin verabreicht wird, die die Krankheit heilen soll, ohne dass eine persönliche Veränderung vorgenommen werden muss. Die westliche Medizin vergisst manchmal, dass es der/die Patient/in ist, der/die behandelt werden soll und nicht die Krankheit.

5.2. Kulturelle Kompetenz

Welch starke Wirkung Glauben und Erwartungshaltungen haben, wird bei diversen Versuchen zu Placebo deutlich. Walsh (Walsh 1998 S.233f) berichtet beispielsweise von einem todgeweihten Krebspatienten, der mit einem neuen Medikament geheilt werden konnte. Nachdem dieser Mann von Studien erfuhr, die zeigten, dass das Medikament wirkungslos war, fing der Krebs wieder an sich auszubreiten. Ein anschließend verabreichtes Placebo-Mittel führte zur Schrumpfung der Tumore. Damit soll nicht gesagt werden, dass viele Krankheiten auch mit Hilfe von Placebos geheilt werden können, sondern es soll die Wichtigkeit des Abstimmens von Erklärungsmodellen unterstrichen werden. Denn anhand dieses Beispiels wird deutlich, welche Heilkraft jede Person selbst entwickeln kann, wenn das Erklärungsmodell für den/die Patienten/in nachvollziehbar ist, und wenn der/die Patient/in einen Heilerfolg mit der angebotenen Therapie erwartet.

Immer wieder wird von SpezialistInnen der verschiedensten Disziplinen darauf hingewiesen, wie wichtig das Einbeziehen von kulturellen Faktoren in die Behandlung ist, da diese einen fundamentalen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Bewertung der Therapie haben. Die Art der Behandlung und die Effizienz einer Therapie wird meist im Umfeld des/der Patienten/in abgesprochen und nicht mit dem/der Spezialisten/in diskutiert (Kleinman 1980). Das heißt, das kulturelle Milieu trägt wesentlich zur Krankheitsinterpretation und zu den daraus folgenden Konsequenzen bei. Der erste Schritt einer Behandlung sollte demnach das Abstimmen von Erklärungsmustern sein. Denn wenn die Krankheitskonzepte von Therapeuten und Patienten nicht übereinstimmen, werden nicht nur die Erwartungshaltungen des/der Patienten/in – ein wesentliches therapeutisches Element – nicht erfüllt, sondern auch die Effizienz der Behandlung kann von dem/der Patienten/in nicht bewertet werden, was die Sinnhaftigkeit dieser Behandlung für den/die Patienten/in in Frage stellt. Wenn hingegen die Behandlung für den/die Patienten/in akzeptabel und nachvollziehbar ist, hat dies einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Kleinman schlägt folgende acht Fragen vor, um Erklärungsmodelle zu Krankheit zu erfassen (Kleinman 1980 S.106):

1. What do you call your problem? What names does it have?
2. What do you think has caused your problem?
3. Why do you think it has started when it did?
4. What does your sickness do to you? How does it work?
5. How severe is it? Will it have a short or long course?
6. What do you fear most about your sickness?
7. What are the chief problems your sickness has caused for you?
8. What kind of treatment do you think you should receive? What are the most important results you hope to receive from the treatment?

Natürlich sollten die Erkenntnisse, die sich aus diesen Fragen ergeben, dann auch in die jeweilige Behandlung einfließen. Die Schulmedizin erweist sich aber manchmal als unflexibel, wenn die Erklärungsmodelle sich nicht mit den eigenen Theorien decken. Wenn ein/e Betroffene/r die Ursache im übernatürlichen Bereich ansiedelt, heißt das nicht, dass er/sie einen gestörten Bezug zur Realität hat, sondern dass er sich erwartet, dass in eben jenem Bereich Maßnahmen zur Genesung gesetzt werden. Denn jede medizinische Behandlung kann nur dann wirksam werden, wenn auch der/die Betroffene an der Heilung mitwirkt und an eine Heilung glaubt. Dieses

Verständnis kann der/die Patient/in aber nur aufbringen, wenn sich die Therapie mit seinen/ihren Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit deckt. Ein/e Asustado/a wird mit seinem/ihrer Leiden nicht zu einem/r westlichen Mediziner/in gehen, da dort seinem Bedürfnis nach einer Seelenrückführung oder einer Wiederherstellung des Gleichgewichts nicht entsprochen wird. Auch wenn der/die westliche Mediziner/in sämtliche biomedizinische Symptome behandelt, wird sich der/die Asustado/a nicht als gesund fühlen, solange sein/ihr Zustand nicht seinem/ihrer eigenen Gesundheitsempfinden entspricht.

6. Soziale Aspekte/Funktionen von Krankheit

Kleinman (Kleinman 1980) geht davon aus, dass der Gesundheitssektor eine soziale und kulturelle Konstruktion ist, bestimmte Bedeutungen und Handlungen sind legitimiert, andere nicht. Diese Sozialisierung passiert ständig und bestimmt das individuelle Weltbild, das als wahrhaftige, wenn auch bis zu einem gewissen Sinne einzigartige, Realität definiert wird. Nach Kleinman muss die Behandlung auch die sozialen, ökonomischen und kulturellen Aspekte miteinbeziehen (Kleinman 1980 S.47):

Just introducing biomedical technology without making needed social, economic, and cultural changes has little, if any, effect on most serious health problems.

Demnach hat Krankheit sowohl soziale als auch biologische Aspekte. Die Diskussion „biologischer Universalismus versus Kulturrelativismus“ findet sich auch bei der Unterscheidung der im Englischen verwendeten Begriffe „Illness“ und „Disease“ wieder (Kleinman 1980 S.72):

Disease refers to a malfunctioning of biological and/or psychological processes, while the term illness refers to the psychosocial experience and meaning of perceived disease. Illness includes secondary personal and social responses to a primary malfunctioning (disease) in the individual's physiological or psychological status (or both). Illness involves processes of attention, perception, affective response, cognition, and valuation directed at the disease and its manifestations (i.e. symptoms, role impairment, etc.).

„Illness“ ist also die individuelle – sozial und kulturell bedingte – Ausformung von „Disease“, die sich in einem bestimmten, einzigartigen Krankheitsverhalten äußert. Kleinman postuliert darüber hinaus (Kleinman 1980 S.78):

Without setting disease in a context of meaning, there is no basis for behavioral options, no guide for health-seeking behavior and the application of specific therapy. Hence, the major mechanism by which culture affects the patient and his disorder is via the cultural construction of illness categories and experiences.

„Disease“ und „Illness“ stehen immer im Zusammenhang und sollten nicht als separate Kategorien behandelt werden. Sie sind als zwei unterschiedliche Betrachtungsweisen und Mechanismen eines Phänomens zu sehen. Dass die sozialen

und kulturellen Einflüsse nicht immer erkannt werden, könnte daran liegen, dass einige dieser Überlegungen außerhalb des bewussten Bereichs angesiedelt sind (Konditionierungen, Wirklichkeitsinterpretation, Symbolsysteme). Der physiologische und psychologische Einfluss muss erst interpretiert werden (rufen bestimmte externe Stimuli Stress hervor oder nicht), ebenso wie die hervorgerufenen körperlichen und emotionalen Zustände evaluiert werden müssen (werden sie als Krankheit angesehen oder nicht). Die „Disease-“ und „Illness“-Mechanismen bestimmen den weiteren Krankheitsverlauf mit und beide müssen bei der Behandlung beachtet werden. Die westliche Schulmedizin hat sich auf die Behandlung von „Disease“ spezialisiert (der Schwerpunkt liegt bei der Symptombehandlung), während viele alternative und volksmedizinische Methoden entweder nur den „Illness“-Bereich, meist aber beide Bereiche abdecken. Da bei vielen medizinischen Vergleichsstudien und Interpretationen der Volksmedizin oft nur der „Disease“-Bereich untersucht wird, ist es nicht verwunderlich, wenn man zu nicht zufrieden stellenden Forschungsergebnissen gelangt oder auf unerklärliche Phänomene stößt. So gesehen drängt sich eine Zusammenarbeit zwischen Schulmedizin und Volksmedizin auf, um zu möglichst guten Interpretationen und optimaler Behandlung zu gelangen. Dort, wo beide Systeme nebeneinander existieren, wird von dieser Praxis meist Gebrauch gemacht, das heißt, SpezialistInnen aus beiden Bereichen werden zur Behandlung herangezogen (siehe z.B. Kleinman 1980 S.87ff).

6.1. Krankheit als Sanktion zur Einhaltung von sozialen Normen

In Gesellschaften, in denen Krankheit in einem sozialen Kontext gesehen wird, kann das Auftreten einer Krankheit als Sanktion nach Übertretung von sozialen Normen interpretiert werden. Soziale Normen sind in Gruppen anerkannte Handlungs- und Wert-Standards in Form von meist ungeschriebenen Vorschriften. Die Einhaltung sozialer Normen wird mit positiven Maßnahmen belohnt, ihre Übertretung bestraft (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.584). Eine mögliche Form der Bestrafung ist Krankheit, die durch übernatürliche Kräfte oder durch die Manipulation ebendieser durch Hexerei hervorgerufen werden kann. Die Angst vor einer Bestrafung beinhaltet also wesentliche soziale Faktoren: Einerseits sorgt sie für die Einhaltung der sozialen Normen und andererseits trägt sie zu einem friedvollen Zusammenleben bei, da die Verärgerung von Mitgliedern der Gemeinschaft zum Einsatz von Hexerei führen könnte. Michael Logan (Logan 1979 S. 158f) zeigt, dass in einer Gesellschaft

(Cakchiquel Maya/Guatemala – Panajachel), bei der die umweltbedingte Konkurrenz besonders groß ist und eine starke soziale Stratifizierung herrscht, Hexerei eher als Krankheitsauslöser gesehen wird als in einer Gesellschaft aus dem gleichen kulturellen Umfeld (Cakchiquel Maya/Guatemala – San Antonio), wo die wirtschaftliche Stabilität gewährleistet ist und wenig hierarchische Unterschiede bezüglich Status und Rolle herrschen und natürliche Umstände wie Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und ein Ungleichgewicht der Körpersubstanzen als Krankheitsauslöser angesehen werden. Aus diesen Beobachtungen ist zu schließen, dass Gesellschaften, in denen starke soziale Spannungen herrschen, besondere Mechanismen notwendig sind, um diesen unausgeglichenen Zustand stabil halten zu können.

Armin Prinz berichtet von einer sozialen Krankheitsinterpretation bei den Azande (Prinz 1984 S.42):

Bei den Azande Zentralafrikas lösen manche Krankheiten keine therapeutische Aktivität aus, sondern der Betroffene versucht nur den verursachenden Hexer oder Magier ausfindig zu machen, um den, der Krankheit zugrundeliegenden Konflikt zu bereinigen.

Dass heißt, dass Krankheit ein Indikator für soziale Spannungen sein kann, und dass das Er- und Anerkennen dieses Umstandes Maßnahmen herbeiführen kann, um diesen Zustand im Sinne einer weiteren Schadensvermeidung zu ändern.

6.2. Krankheit als erweiterter Handlungsrahmen

Für manche Situationen gelten oft andere Normen, die außerhalb der Normen der jeweiligen Gemeinschaft liegen können. Das heißt, dass für bestimmte Personen (z.B. Kranke) oder in bestimmten Situationen (z.B. Krankheit, Rituale³⁵ etc.) Verhalten toleriert wird, das sonst mit negativen Sanktionen belegt werden würde. So werden Nischen eröffnet, die innerhalb einer bestimmten Gesellschaft eine Möglichkeit bilden, um im akzeptierten Rahmen mit psychosozialen Stress umzugehen.

Rex Jones (Hitchcock/Jones 1976 S. 3f) sieht in der peripheren Besessenheit (unbeabsichtigte, spontane, nicht vorhersehbare und unkontrollierte Besessenheit),

³⁵ Manchmal gehen diese Rollennormen mit außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen einher. Adolf Dittrich und Christian Scharfetter weisen schon in der Einleitung des Sammelbandes Ethnopsychotherapie darauf hin, dass außergewöhnliche Bewusstseinszustände in den meisten indigenen Kulturen als wertvoll gelten, da sie neben den Bereichen Religion und Magie auch für Heilbehandlungen zur Anwendung kommen (Dittrich/Scharfetter Hg. 1987 S.2). Sie stützen sich dabei auf eine Untersuchung von Bourguignon (Bourguignon 1973 S.10), nach der bei 90 Prozent von 488 repräsentativ untersuchten Gesellschaften außergewöhnliche Bewusstseinszustände institutionalisiert sind.

die er in Nepal beobachten und erforschen konnte, eine solch verborgene soziale Funktion. Diese Form der Besessenheit kann durch Hexerei, Krankheit oder die Anwesenheit bei einem Ritual hervorgerufen werden. Betroffen davon sind vor allem sozial schwächer Gestellte, was in vielen Gesellschaften bedeutet, dass vor allem Frauen in diese Kategorie fallen. Jones (Hitchcock/Jones 1976 S. 3f) sieht in dieser Besessenheitsform eine versteckte aggressive Strategie, die es ermöglicht, an sozial oder geschlechtlich Höhergestellten Kritik auszuüben und Veränderungen herbeizuführen, ohne deren Autorität in Frage zu stellen oder Konsequenzen tragen zu müssen, da der/die Besessene aufgrund seines/ihres Zustandes ja nicht zur Verantwortung gezogen werden kann.

Die Frage der Verantwortung für Krankheit bestimmt wesentlich den Krankheitsverlauf mit. Da Susto über ein sehr breites Symptomspektrum verfügt und der Auslöser „Schrecken“ jede/n betreffen kann, ist es nach diesen Kriterien für fast jede/n möglich, die Diagnose Susto für seinen/ihren momentanen Unwohlzustand in Betracht zu ziehen. Wird diese Diagnose anerkannt (von dem/der Betroffenen sowie von seiner/ihrer Umgebung), wird gleichzeitig die spirituelle Ursache akzeptiert und der/die Asustado/a ist von der direkten Verantwortung für seinen/ihren Zustand befreit. Vor allem in soziozentristischen Gesellschaften, in denen soziale Unterstützungsmaßnahmen zu erwarten sind, ist die Schuldfrage eine wesentliche. Da der/die Asustado/a ohne sein/ihr eigenes Verschulden an diesem Zustand leidet, kann er/sie mit stärkerer sozialer Unterstützung rechnen, als dies bei anderen, z.B. selbstverschuldeten Krankheiten der Fall wäre. Soziale Unterstützung bedeutet aber nicht bloß die Aufmerksamkeit und Pflege von Angehörigen und Gemeinschaftsmitgliedern, sondern auch das Entbinden von Verpflichtungen und das, sofern mögliche, Entschärfen von Stresssituationen. Das soziale Umfeld kann bei einem Er- und Anerkennen einer Krankheit wesentlich zu deren Verlauf, also auch zur Genesung, beitragen.

7. Susto im Vergleich

7.1. Störungen nach westlicher Klassifikation, die Ähnlichkeiten zu Susto aufzeigen

Traumatische Erlebnisse können nicht nur im lateinamerikanischen Raum Störungen hervorrufen. Eher das Gegenteil ist der Fall: Nach den Angaben von Kirmayer, Young und Hayton sind Angststörungen die am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Kategorie (Kirmayer/Young/Hayton 1995 S.504). Die Auslöser von Angststörungen kann man in zwei Kategorien einteilen: Einerseits traumatische Erlebnisse, die bei jedem von uns Ängste hervorrufen würden, andererseits die in der westlichen Medizin so genannten phobischen Störungen, wo bestimmte Situationen meist nur vom Betroffenen selbst als angstvoll erlebt werden, die aber objektiv betrachtet nicht als gefährlich oder angstinduzierend angesehen werden.

Angst ist ein universelles Gefühl; was jedoch Angst hervorruft, wie diese Angst ausgelebt und interpretiert wird, ist sehr stark von der Kultur und dem jeweiligen Weltbild abhängig. Hinzu kommen die Lebensumstände des/der Einzelnen, die ebenfalls einen sehr großen Einfluss auf den Ausdruck des Angsterlebens haben. Persönlichkeitstheorien führen Angst meist auf Assoziationen mit schmerzenden, bedrohenden oder unangenehmen Reizen zurück, wobei die Angstbereitschaft mit der Häufigkeit und Stärke dieser Erfahrungen steigt (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.40). Störungen die durch Angst hervorgerufen werden, finden sich sowohl in schulmedizinischen³⁶ als auch volksmedizinischen³⁷ Konzepten.

7.1.1. Susto im Vergleich mit posttraumatischer Belastungsstörung

In den Siebzigerjahren wurde posttraumatischen Belastungsstörungen in den Vereinigten Staaten im Zuge der Nachwehen des Vietnamkrieges große Beachtung geschenkt. Die traumatischen Kriegserlebnisse vieler US-Soldaten wurden dadurch verstärkt, dass oft der gesellschaftliche Rückhalt fehlte, da die US-Bevölkerung in zunehmendem Maße kriegskritisch eingestellt war. Zahlreiche Untersuchungen führten zur Aufnahme als eigenständige Diagnosekategorie durch die US-amerikanische Psychiatrische Vereinigung. Die Auslöser für eine posttraumatische

³⁶ z.B. posttraumatische Belastungsstörung

³⁷ z.B. Lanti (Philippinen), Latah (Indonesien, Malaysia), Malgri (Australien), Mogo laya (Neu Guinea), Saladera (Amazonasgebiet), Kesambet (Nord Bali)

Belastungsstörung werden folgendermaßen beschrieben (Häcker/Stapf 1998 Hg. S.652):

Hauptmerkmal ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Dieses beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod, seiner Androhung, einer schweren Verletzung oder deren Androhung zu tun hat oder die Beobachtung eines solchen Ereignisses.

Wie bei Susto führt die direkte Teilnahme oder Beobachtung eines traumatischen Erlebnisses zu einem Krankheitskomplex. Die belastenden Ereignisse stellen eine außergewöhnliche Bedrohung oder eine Katastrophe dar, die wahrscheinlich bei jedem eine Form von Verzweiflung oder ein Unwohlsein hervorrufen würde. Bestimmte Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung fördern oder den Verlauf beeinflussen, dennoch reichen diese Faktoren alleine nicht aus um eine posttraumatische Belastungsstörung hervorzurufen. Bei der Beschreibung der posttraumatischen Belastungsstörung finden sich als typische Merkmale das wiederholte Erleben des Traumas, Vermeidung von Situationen, die eine Verbindung zum Trauma herstellen können, depressive Gefühle, Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit und Schlafstörungen (Häcker/Stapf Hg. 1998 S.652; und <http://www.informatic.fh-luebeck.de/icdger/f43> 26.3.2000).

Andere Traumaforschungen (van der Kolk et al. <http://www.traumapages.com/vanderk5.htm> 30.10.2000) gehen davon aus, dass die posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation, Affektstörungen und Somatisierung, unterschiedliche Folgeerscheinungen auf ein traumatisches Erlebnis sein können. Die Störungen treten oft gemeinsam und in sich ändernden Kombinationen auf. Eine Studie von Saxe (Saxe et al. 1993 zit. nach: van der Kolk et al. <http://www.traumapages.com/vanderk5.htm> 30.10.2000) zeigt auf, dass bei PatientInnen, die an dissoziativen Störungen litten, auch die Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörungen (100 Prozent), Borderline-Syndrom (71 Prozent) und Somatisierungsstörungen (64 Prozent) zutreffen. Auch eine Untersuchung von McFarlane (Mc Farlane/Papay 1992 zit. nach: van der Kolk et al. <http://www.traumapages.com/vanderk5.htm> 30.10.2000) zeigt, dass 72 Prozent der Personen, die nach einer Katastrophe eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelten, auch an

anderen diagnostizierbaren psychiatrischen Störungen litten. Obwohl diese Forschungen nur innerhalb des westlichen Medizinsystems – mit den dort üblichen Methoden – stattfanden, wird ersichtlich, dass traumatische Erlebnisse – wie auch anhand von Susto gezeigt wurde – zu einer Vielfalt von Symptomen und unterschiedlichen Störungen führen können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine simple Auflistung der Symptome – und eine daraus abgeleitete Diagnose – nicht ausreicht, um sämtliche Möglichkeiten aufzuzeigen, die nach einem traumatischen Erlebnis auftreten können. Sowohl die Forschungen zu Susto als auch die Ergebnisse der Schulmedizin zeigen, dass individuelle, soziale und kulturelle Faktoren den Krankheitsverlauf mitbestimmen. Oft wird jedoch nur eine Störung diagnostiziert, und dementsprechend wird auch nur das jeweilige Behandlungsmodell herangezogen. Das Konzept von Susto hingegen geht davon aus, dass es infolge eines traumatischen Erlebnisses zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Störungen kommen kann, und keine Störung wird durch die Diagnose Susto ausgeschlossen. Das Konzept von Susto ist insofern flexibler, als es keine vorgeschriebene Behandlung gibt und die Therapien je nach persönlichen Bedürfnissen variiert werden können. Hinzu kommt, dass eine Susto-Behandlung neben der somatischen und psychischen Betreuung auch stets die seelische und spirituelle Ebene berücksichtigt und in die Heilung miteinbezieht. Gerade in Bezug auf die Aufarbeitung von traumatischen Erlebnissen ist die Wiederherstellung eines ausgeglichenen Selbstempfindens ein notwendiger therapeutischer Schritt.

7.1.2. Susto im Vergleich mit Somatisierungsstörungen

Nach Häcker und Stampf (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.800) umfassen Somatisierungsstörungen³⁸ eine große Gruppe von Störungen mit vielfältigen, oft wechselnden und wiederholt auftretenden körperlichen Symptomen, die alle Körperteile und -systeme betreffen können, ohne dass sich dafür eine nachweisbare körperliche Ursache finden würde. Somatisierung wird als universelles Phänomen angesehen, das von kulturspezifischen Faktoren beeinflusst und geformt wird

³⁸ nach ICD-10 und DSM-IV auch somatoforme Störungen genannt.

(Chaturvedi/Venugopal www.pol-it.org/psych/somatisation.htm 22.7.2000). Die Forschungen gingen eine Zeit lang davon aus, dass Somatisierungsstörungen vor allem in nicht-westlichen Gesellschaften vorkommen und aus einem Mangel an Ausdrucksfähigkeit und -möglichkeit (sowohl sprachlich als auch kulturell) resultieren. Diese Theorie wurde in den letzten zwei Jahrzehnten von der These abgelöst, dass sich emotionale Störungen, vor allem in Stresssituationen, weltweit in somatischen Symptomen äußern (Chaturvedi/Venugopal www.pol-it.org/psych/somatisation.htm 22.7.2000).

Somatoforme Störungen haben also Einzug in diverse Klassifikationsschemen gefunden, obwohl einige dieses „unerklärliche“ Phänomen immer noch als hypochondrische Sorge oder Strategie, um einer bestimmten Krankenrolle zu entsprechen, sehen. Diese Störungen, mit Mitteln der westlichen Schulmedizin schwer nachvollziehbar, gehen mit Erklärungsmodellen ganzheitlicher Volksmedizin konform. Nach diversen volksmedizinischen Modellen wird das Selbst als Einheit betrachtet, und jede Störung, egal in welchem Bereich (körperlich, emotional, geistig, seelisch) hat Auswirkungen auf die anderen Bereiche. Welcher Bereich in welchem Ausmaß betroffen ist, hängt von individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren ab. Auffallend ist aber, dass AnhängerInnen eines ganzheitlichen Erklärungsmodells den körperlichen Symptomen meist nicht die vorrangige Aufmerksamkeit zuteil werden lassen, im Gegensatz zur allopathischen Medizin, die ja vor allem auf das Behandeln von körperlichen Symptomen spezialisiert ist.

Wie auch immer man somatoforme Störungen interpretiert, mit dem Auftreten von körperlichen Beschwerden wird meist verstärkt einer Krankheitsrolle entsprochen, die die familiäre und soziale Unterstützung fördert, da psychische Störungen oft negativer bewertet werden. Der Auslöser von Stress beziehungsweise die Störung des Gleichgewichts ist ebenso individuell und kulturell bedingt wie die Form des Auslebens. Die Bezeichnung von Susto als somatoforme Störung, wie sie zum Beispiel vom ICD 10 als mögliche Kodierung (F45.1 undifferenzierte somatoforme Störung zit. nach: <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/susto.htm> 10.11.99) vorgeschlagen wird, ist meines Erachtens nach aber nicht von Vorteil. Denn die Benennung von Susto als somatoforme Störung würde nicht nur dem Susto zugrunde liegenden Erklärungsmodell widersprechen, sondern auch eine Behandlung erschweren, da allein schon der Begriff „somatoform“ auf die Geist-Körper-Dichotomie der westlichen Medizin verweist, die eine effiziente Behandlung

erschweren kann. Anstatt eine/n Patienten/in von dem/der psychosomatischen Spezialisten/in zum/r somatopsychischen Spezialisten/in – und vice versa – zu verweisen, sollte hinterfragt werden, ob nicht jede Krankheit beide Ebenen betrifft und welche weiteren Faktoren auf die Krankheit und ihren Verlauf Einfluss nehmen. SpezialistInnen einer ganzheitlichen Medizinauffassung können hingegen von Anfang an auf mehreren Ebenen arbeiteten sowie für spezifische Einzelbereiche weitere SpezialistInnen heranziehen, um die Gesamtharmonie, also den Gesundheitszustand, wiederherzustellen.

7.1.3. Susto im Vergleich mit Depression

Untersuchungen aus dem Jahr 1990 der World Health Organization und der World Bank zeigen, dass Depressionen mehr als 10 Prozent aller Krankheiten ausmachen. Depression ist ein komplexer Begriff für eine vielfältige Symptomatik: auf emotionaler Ebene gedrückte, traurige Stimmung, auf der kognitiven Ebene negatives Selbstkonzept und vermindertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Grübeln und Konzentrationsstörungen, auf der motorischen Ebene eine Veränderung im Aktivitätsniveau, auf der motivationalen Ebene Interessen- und Antriebsverlust sowie Entschlussunfähigkeit und auf der vegetativen Ebene Schlaflosigkeit, Appetit- und Libidoverlust (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.175). Das klinische Bild zeigt beträchtliche individuelle Varianten und kann von zusätzlichen Symptomen – wie Reizbarkeit, exzessiver Alkoholenuss, histrionisches (übermäßiges emotionales) Verhalten, Verstärkung früher vorhandener phobischer oder zwanghafter Symptome oder hypochondrische Grübeleien – verdeckt sein (<http://www.informatic.fh-luebeck.de/icdger/f32.htm> 7.10.2000).

Manson (Manson 1995 S.489) geht davon aus, dass depressive und dysphorische Zustände einem kulturellen Einfluss bezüglich Stimulus, Ausformung und Interpretation unterliegen. Da diese Emotionen von Selbstbild, kulturellen Normen und Konzepten sowie dem sozialen Umfeld beeinflusst werden, gibt es natürlich auch kulturell unterschiedliche Arten der Artikulation, auf welche Art und Weise, in welcher Stärke welche Emotionen ausgelebt werden. Kleinman (Kleinman 1980) beschreibt, dass in bestimmten Kulturen, z.B. in der taiwanesischen, psychische Störungen von physischen begleitet werden, obwohl organische Beschwerden nicht dem jeweiligen Krankheitsbild der westlichen Schulmedizin entsprechen. Manson (Manson 1995 S.495) berichtet, dass eine gängige

Lehrmeinung der Schulmedizin davon ausgeht, dass nicht-westliche Gesellschaften depressive Störungen eher auf dem somatischen als auf dem psychologischen Bereich ansiedeln.

Mansons Theorie, dass sich depressive Störungen in nicht-westlichen Gesellschaften eher in somatischen Beschwerden äußern, lässt sich nicht auf Susto anwenden. Die Forschungen von Rubel, O’Neill und Collado-Ardón (Rubel, O’Neill und Collado-Ardón 1984) zeigen zwar, dass Asustados an diversen somatischen Störungen erkranken können, doch diese Krankheiten folgen keinem bestimmten Symptomkomplex, sondern es handelt sich um lokal übliche Krankheiten an denen jedes Gemeinschaftsmitglied erkranken kann. Der/die Asustado/a erkrankt jedoch in einem stärkeren Ausmaß, da sein/ihr Gesamtgleichgewicht gestört ist und er/sie nur verminderte Abwehrkräfte hat.

Wenn man die Symptome von depressiven Störungen mit denen vergleicht, die im Zusammenhang mit Susto genannt werden, kann man durchaus Parallelen zwischen depressiven Zuständen und Susto ziehen. Einige der oben genannten Symptome können auch als Folge von traumatischen Erlebnissen, also auch bei Susto, auftreten. Auch in der Therapie zeigen sich bis zu einem gewissen Grad Ähnlichkeiten, nachdem in den Sechzigerjahren Erklärungsansätze der sozialen Lerntheorie in die Behandlung von Depression einfließen (Häcker/Stampf 1998 Hg. S.175). Neben der Verabreichung von Psychopharmaka wird nach diesen Erkenntnissen den psychologischen sowie sozialen Faktoren eine größere Bedeutung zugemessen, was sich auch auf die verschiedenen Therapien auswirkt. Trotz der Ähnlichkeiten, die sich bei den Symptomen und der Therapie zeigen können, kann man Susto nicht als depressive Störung bezeichnen, da das Erklärungsmodell und das Gesamtkonzept von Susto sich deutlich von depressiven Störungen unterscheiden.

7.2. Susto und die Möglichkeit mit, schwierigen Lebenssituationen (Schock, Trauer etc.) umzugehen

Dass außergewöhnliche körperliche, emotionale oder seelische Belastungen Störungen hervorrufen können, ist unumstritten. Je geschwächer eine Person ist, sowohl körperlich als auch psychisch, desto eher wird sie unter einer Belastung leiden. Als weitere Faktoren kommen noch die individuelle Verletzbarkeit sowie die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen hinzu. Die letztgenannten Faktoren sind auch vom sozialen und kulturellen Status beeinflusst und bestimmen

den Verlauf der Störung ebenso mit wie die persönliche Konstitution des/der Betroffenen.

In weiten Teilen Lateinamerikas ermöglicht ein entsprechendes Weltbild den Umgang mit Schock, Trauer, Angst innerhalb eines kulturellen Rahmens, und diese Gefühle können meist offen ausgelebt werden beziehungsweise sind sie bei nicht Bewältigung in kulturelle Konzepte, wie zum Beispiel Susto, eingebettet, die eine Akzeptanz und eine soziale Unterstützung erwarten lassen. Diese Möglichkeit fehlt weitgehend in westlichen Gesellschaften. Gefühle werden als Privatsache angesehen, und in der Öffentlichkeit wird eine gewisse Selbstkontrolle und die Beherrschung von Emotionen erwartet. Bei Schwierigkeiten kann ein/e Spezialist/in – ein/e Arzt/Ärztin für organische Störungen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychiaterInnen für psychische Beschwerden³⁹ – herangezogen werden. Eine ganzheitliche Behandlung unter Miteinbeziehung sozialer und kultureller Aspekte ist oft nicht möglich. Die so genannte Volksmedizin erfüllt diese Bedingungen meist und kann zusätzlich in einem erweiterten Handlungsrahmen agieren. Während ein nach westlicher Medizin arbeitende/r Arzt/Ärztin eine mehr oder weniger vorgeschriebene Prozedur einhalten muss, kann ein/e Curandero/a alles nützen, was für die Behandlung sinnvoll erscheint und verfügbar ist: z.B. Kräuter, Gespräche, Seelenrückführung, Psychodrama, Rituale, spirituelle Reinigung, Überweisung an andere SpezialistInnen (Avila/Parker 2000 S.26). So wie Avila und Parker davon ausgehen (siehe Kapitel „Symptome und andere Auffälligkeiten“), dass Susto überall auftreten kann, wenn man in eine schwierige Lebenssituation gerät, das heißt, dass jede/r ein Susto erleben kann – auch wenn es der oder die Betroffene anders nennt –, sehen auch Houghton und Boersma Susto nicht als ein auf den lateinamerikanischen Raum begrenztes Phänomen (Houghton/Boersma. 1988 S.145 und S.153):

We hypothesize that susto is not an exotic syndrome limited to Hispanic Americans, but rather that it is prevalent among white Anglo-Saxons to the north, masking itself under a different name, and that name is grief. We further maintain that the etiology of susto is a precipitating experience of loss; that the symptomatic picture of susto and grieving is one and the same; and that the native shaman uses the same therapeutic procedures as an effective grief counselor (S.145).

³⁹ Hier sind der Vollständigkeit halber auch religiöse Institutionen anzuführen, die neben der spirituellen Betreuung auch Hilfestellung bei seelischen Problemen anbieten. Die diesen Institutionen eigenen Ethik- und Moralvorstellungen machen es für die Betroffenen manchmal schwierig, sich mit Problemen, die sich nicht mit diesen Vorstellungen decken, an ebendiese Institutionen zu wenden.

In the process of grieving many of the bereaved describe their experience as a dissociated state in which they are not grounded in their body nor are they in touch with everyday reality. This could well be a state similar to the one that the susto sufferer experiences as the soul leaving the body (S.153).

Die AutorInnen sehen Schmerz als eine normale Reaktion auf Verlust (siehe Kapitel „Warum susto? Fragen zur Ätiologie und darüber hinaus“). Das Hinzuziehen von spirituellen Elementen ermöglicht – neben der übernatürlichen Unterstützung – auch eine Verlagerung der persönlichen Verantwortung, was etwaige Schuldgefühle vermindern kann. Darüber hinaus wird dieser leidvolle Zustand als Krankheit anerkannt – und nicht wie in der westlichen Welt als hinzunehmender Schicksalsschlag oder Selbstverschulden –, das heißt, es können sämtliche zur Verfügung stehende soziale Unterstützungsmechanismen, die bei Krankheit in Kraft treten, in Anspruch genommen werden. Die Behandlung nach volksmedizinischen Konzepten ermöglicht das Miteinbeziehen von verschiedenen Faktoren – die in der traditionell-westlichen Medizin oft vernachlässigt werden – wie z.B. dem spirituellen und kulturellen Hintergrund oder aktuellen Lebensumständen. Außerdem unterstützt eine solche Therapie meist das öffentliche Ausleben dieses Zustandes, was ebenfalls zu größerer Heileffizienz beiträgt (Houghton/Boersma. 1988 S. 151):

Since susto is a cultural focus in Mesoamerica the individual is encouraged to publicly express his/her grief. (...) The susto ritual is adaptive, for it brings each one out of his/her labyrinth of solitude.

Die Einbindung in ein Ritual sowie die größtmögliche soziale Unterstützung sind wesentliche Beiträge zur Heilung von Susto. Welche Theorie zu Susto man auch immer für richtig hält, Susto bietet ein Beispiel von kulturellen Wirkungsmechanismen bei Krankheit. Anhand der erfolgreichen Behandlung von Susto im lateinamerikanischen Raum werden differenzierte Möglichkeiten der Krankheitsbegegnung, -auffassung und -bewältigung aufgezeigt, die interessante Zugänge und Therapievorschläge für andere Krankheiten bzw. für Krankheiten ganz allgemein eröffnen.

8. Susto als Chance

In vielen Gesellschaften, vor allem aber im schulmedizinischen Gesundheitswesen, wird zwischen physischen und psychischen Krankheiten unterschieden. Diese Unterscheidung spiegelt sich nicht nur in der Form der verschiedenen Wissenschaften Medizin, Psychiatrie und Psychologie wider, sondern oft auch in der gesellschaftlichen Bewertung der einzelnen Störungen. Obwohl Susto durchaus auch Auswirkungen auf den physischen Bereich hat, wird nach manchen Forschungsmeinungen (z.B. Uzzell 1977/siehe Seite 40 dieser Arbeit) Asustados vorgeworfen, ihre Krankenrolle bewusst herbeizuführen. Während einem/r an einem physischen Leiden Erkrankten, die Krankenrolle meist zugestanden wird, wird psychisch Kranken manchmal vorgeworfen, ihre Krankheit vorzutäuschen beziehungsweise sie sogar herbeizuwünschen. Die negative gesellschaftliche Bewertung von psychischen Störungen kann durchaus eine Erklärung dafür sein, dass die Hinzusetzung von körperlichen Symptomen eine größere Behandlungseffizienz herbeiführt, da nicht nur die SpezialistInnen, sondern auch das gesellschaftliche Umfeld unterstützender reagieren. So ist es durchaus möglich, dass sich die Entwicklung von somatischen Störungen als funktionierender Mechanismus durchgesetzt hat. Aber auch wenn die westliche Medizin einen Zusammenhang zwischen somatischen und psychischen Störungen sieht, ist diese Zweiteilung kontraproduktiv.

Der Versuch Susto, in ein westliches Diagnoseschema einzuordnen, birgt die Gefahr, dass Susto als herkömmliche Krankheit nach westlichem Denkschema betrachtet wird. Das heißt, eine schulmedizinisch akzeptable Ursache wird gesucht und anhand der Symptome wird die Krankheit einer Kategorie zugeordnet, die dann zum Finden der effizientesten Maßnahmen zur Symptomunterdrückung beitragen soll. Damit können wesentliche Elemente der Krankheit wie auch der Therapie verloren gehen. Denn erst die Zugangsweise über die Seele und das Anerkennen eines Sustos als Krankheitsursache und in weiterer Folge als Krankheit ermöglicht es den Betroffenen mit schwierigen Lebenssituationen umzugehen und diese in einem kulturell akzeptierten und sozial unterstützenden Umfeld auszuleben. Während solche Zustände im westlichen Krankheitskonzept entweder gar nicht erkannt oder als psychische Störung deklariert werden, kann Susto in lateinamerikanischen Gesellschaften ohne die Stigmatisierung einer psychologischen Störung mit größtmöglicher familiärer und gesellschaftlicher Unterstützung ausgelebt werden; ein

Faktor, der in vielen westlichen Gemeinschaften fehlt. Sowohl die Mechanismen, die zum Ausbruch von Susto führen, als auch die, die bei der Heilung zum Tragen kommen, können aber durchaus in anderen Gesellschaften sowie bei anderen Krankheiten Wirkung zeigen.

Will man das Wissen der lateinamerikanischen HeilerInnen anwenden und die Wirkungsweise ihrer Methoden erfahren, ist es notwendig, das dazugehörige Weltbild und sich daraus ableitende Konzepte zu verstehen. Denn ebenso wie das Bild einer Person ein Ganzheitliches ist, ist auch die Medizin als ganzheitliches Konzept zu verstehen, das nicht nur Körper, Geist und Seele vereint, sondern auch weiterreichende Konzepte zur Ursache beinhaltet. Deshalb ist es nicht einfach damit getan, einzelne Elemente oder Heilverfahren zu übernehmen, sondern es bedarf gewisser Adaptionen des gewohnten westlichen Weltbildes. So steht beispielsweise bei indigenen lateinamerikanischen Konzepten oft nicht die Symptombehandlung im Vordergrund, sondern es gilt den Menschen als Ganzes zu heilen. Avila beschreibt das Manko der westlichen Schulmedizin so (Avila/Parker 2000 S.50):

Der Curanderismo lehrt, dass es nicht ausreicht, ein physisches Problem zu diagnostizieren, wie dies viele moderne Ärzte tun, (...). Jede Krankheit hat eine Geschichte, eine tieferliegende *Ursache* [Hervorhebung Avila/Parker], (...). Ich habe viele Fälle erlebt, in denen ein Symptom, das mit modernen Methoden kuriert worden war, nach relativ kurzer Zeit zurückkam, weil sich niemand des Problems auf der *seelischen* [Hervorhebung Avila/Parker] Ebene angenommen hatte. Nur eine Gesundheitsfürsorge, die den *ganzen* [Hervorhebung Avila/Parker] Menschen behandelt, kann eine wirkungsvolle, vollständige Heilung bewirken.

AnhängerInnen des westlichen Weltbildes gehen oft davon aus, dass alles, was nicht messbar ist, nicht existiert oder zumindest im Bereich des so genannten „Übernatürlichen“ angesiedelt ist, einem Bereich also, an den man glauben kann – oder auch nicht. Da die westliche Naturwissenschaft aber betont eine rationale zu sein – und keine, die sich mit Glauben und Glaubensinhalten auseinandersetzt –, werden nicht messbare Energien und Wesen dementsprechend als Vorstellungen, Einbildungen und Gedankenkonstrukte abgehandelt. Das indianische Weltverständnis hingegen geht von einer beseelten und belebten Umwelt aus, die Kosmos und Erde ebenso umfasst wie Pflanzen, Menschen, Tiere oder Götter, Geister und Ahnen, die sich gegenseitig beeinflussen. Aber auch wenn die Schulmedizin bestimmte Krankheitsursachen sowie Art und Wirkungsweise der

Behandlung nicht nachvollziehen kann, muss dennoch immer wieder festgestellt werden, dass auch andere medizinische Konzepte eine effiziente Therapie herbeiführen können. Oft sind alternative medizinische Konzepte gerade dort erfolgreich, wo der Schulmedizin kein Erfolg beschieden ist.

Anstatt medizinische Konzepte einem Wettbewerb zu unterziehen, sollte man die Grenzen des jeweiligen Konzeptes und die daraus resultierenden Vor- und Nachteile erkennen. Nicht jedes Konzept eignet sich zur Heilung jeder Krankheit, und so ist im Sinne des größtmöglichen Heilerfolges, das jeweils brauchbarste Konzept heranzuziehen. Und wenn eine andere Methode, auch wenn sie mit dem eigenen Weltverständnis nicht erklärbar ist, mehr Heilerfolg erwarten lässt, sollte man sich nicht scheuen, diese anzuwenden beziehungsweise eine Anwendung dieser zu empfehlen.

Gerade die so genannte Volksmedizin kann auf eine lange Tradition und empirische Erfahrung verweisen, deren Wissen über Jahrhunderte weitergegeben und weiterentwickelt wurde und deren Wirksamkeit nicht zuletzt durch diese Zeitspanne und dem Wirken auf allen Kontinenten bestätigt wird. Viele Elemente der Volksmedizin finden sich in Praktiken und Therapien der Schulmedizin wieder. So zeigen sich zum Beispiel im pharmakologischen Bereich starke Ähnlichkeiten zwischen Heilkräutern und wissenschaftlich erprobten Indikationen. Das Komitee Forschung Naturmedizin (http://www.phytotherapie-komitee.de/index_kfn.htm 15.01.2001) konnte bei einer Reihe von Pflanzenarzneien (Phytopharmaka) in Vergleichsstudien mit Chemotherapeutika bei gleicher Indikation eine gleiche Wirksamkeit nachweisen und dies bei wesentlich besserer Verträglichkeit, das heißt ohne oder nur mit geringen Nebenwirkungen.

Doch nicht in allen Bereichen zeigen sich diese Ähnlichkeiten. Denn während in den meisten volksmedizinischen Konzepten die Behandlung des ganzen Menschen im Vordergrund steht, hat sich die westliche Medizin vornehmlich auf die Behandlung von Symptomen spezialisiert. Dass die Behandlung der jeweiligen Symptome zur Gesundung beiträgt, steht außer Frage. Die westliche Medizin vergisst aber oft, dass Ursachen, die außerhalb des biomedizinischen Bereichs liegen, ebenfalls behandelt werden müssen. Denn solange nicht sämtliche krank machenden und krankheitserregenden Ursachen beseitigt sind, wird der/die Patient/in entweder nicht gesund oder ständig aufs Neue erkranken.

Zusammenfassung

Obwohl Susto in der einschlägigen Literatur als ein in Lateinamerika auftretendes Phänomen beschrieben wird, finden beängstigende oder traumatische Ereignisse, die Einfluss auf das Wohlbefinden haben, in jeder Kultur statt. Jede/r hat wohl schon Erfahrungen auf diesem Gebiet sammeln müssen und feststellen können, dass die Bewältigung von individuellen, sozialen und kulturellen Bedingungen abhängt. Susto, im Sinne der Übersetzung⁴⁰ aus dem Spanischen als schwerer Schock gedeutet, ist mit westlichen Denkkonzepten noch nachvollziehbar, dem Begriff Seelenverlust wird meist mit verständnislosem Kopfschütteln begegnet. Und wenn man einem traumatischen Ereignis Einfluss zugesteht, dann eher auf der Verstandesebene (Houghton/Boersma. 1988 S.151):

... that Anglo-Americans in their more intellectual cultural milieu are often afraid of losing their minds during bereavement, whereas the Latin Americans feel they have lost their soul.

Dem Gefühl der Unausgeglichenheit nach einem traumatischen Erlebnis kann in der westlichen Gesellschaft meist nur schlecht Ausdruck verliehen werden. Die Aussagen „Ich habe das Gefühl, den Verstand zu verlieren!“ , „Ich fühle mich leer, ausgepumpt!“ oder „Es ist, als ob etwas fehle!“ sind der Versuch, etwas in Worte zu fassen, das im westlichen Weltbild nur schwer Platz findet. Während das Konzept von Susto einen Einfluss auf den seelischen Bereich beinhaltet, fehlt dieser Zugang meist im rationalen westlichen Weltbild: Der Mensch wird auf Körper und Verstand reduziert, und der emotionale und seelische Bereich wird vernachlässigt beziehungsweise als nicht sehr einflussreich angesehen. Dieser Mangel an Ausdrucksform und die rationale Denkweise verhindern auch einen therapeutischen Zugang auf diesen Ebenen. Obwohl die WHO bei ihrer Definition von Gesundheit Bereiche inkludiert, die über die Physis und Psyche hinausgehen (<http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html> 19.11.2000):

Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

⁴⁰ Die Problematik der Verwendung von indigenen Termini bei der Benennung von bestimmten Störungen wurde im Kapitel „Culture-Bound Syndromes“ abgehandelt.

Diese Definition ist zwar sehr allgemein gehalten, dennoch wird darauf hingewiesen, dass soziale – und damit in weiterer Folge auch kulturelle – Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben und in der Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden sollten. Der soziale und kulturelle Bereich umfasst auch die emotionalen und seelischen Ebenen, die nicht nur kulturell, sondern auch individuell sehr unterschiedlich ausgelebt werden. Alle diese Ebenen – körperliche, geistige, emotionale und seelische – beeinflussen einander und ergeben als Gesamtheit das Selbst. Eine Störung in einem dieser Bereiche kann alle anderen Bereiche beeinflussen sowie die Gesamtharmonie einer Person aus dem Gleichgewicht bringen. Die Behandlung einer Störung muss demnach alle Bereiche umfassen, auch wenn es manchmal so scheint, als ob der Ausgangspunkt oder die offensichtlichen Symptome nur in einem dieser Bereiche liegen.

Die westliche Medizin reduziert Krankheiten aber oft nur auf die Symptome, und im Zuge der Behandlung werden dann nur die jeweiligen Symptome behandelt – beziehungsweise unterdrückt – und selten wird der Gesamtkomplex einer Krankheit untersucht. Dieser medizinische Zugang kann leicht zu einer bloß an der Oberfläche ausgeführten Symptombehandlung werden, während etwaige tieferliegenden Ursachen übersehen werden⁴¹. Dies kann in Folge zu einem erneuten Auftreten der Krankheit bis hin zu chronischen Leiden führen, oder – wenn die Symptomunterdrückung sehr wirkungsvoll war – auch zur Ausformung von anderen Symptomen. Denn Krankheit weist meist auf einen Missstand hin: „Das Individuum kann unter *diesen* Umständen nicht optimal funktionieren“, es kommt zu Fehlfunktionen, die sich als Krankheiten äußern können. Das heißt, es reicht nicht aus, bloß die Symptome zu behandeln, sondern erst wenn die wahren Ursachen gefunden sind, kann eine effiziente und beständige Heilung herbeigeführt werden. Denn die krankmachenden Lebensumstände oder Gewohnheiten müssen verändert werden, andernfalls wird sich Krankheit immer wieder in der einen oder anderen Form äußern.

Dass viele HeilerInnen vor allem im psychischen und spirituellen Bereich agieren, beruht nicht auf der Ignoranz von physischen Symptomen, sondern

⁴¹ Oft führt dieser Ansatz zur Verabreichung von Medikamenten (manchmal über lange Zeiträume hinweg), deren unerwünschte Nebenwirkungen zu einem weiteren Unwohlfinden des Patienten beitragen können.

unterstreicht den tiefer liegenden Charakter vieler Störungen. Roger Walsh bemerkt dazu (Walsh 1998 S.228):

Daß Schamanen Psycho-Techniken auch auf physische Leiden anwenden, ist kein Kunstfehler, denn eine psychologische Behandlung kann bei einer erstaunlich großen Zahl von Erkrankungen von Nutzen sein.

Nach Walsh's Schätzung ist auch in westlichen Ländern zirka die Hälfte aller Besuche beim Allgemeinarzt auf seelische Faktoren zurückzuführen (Walsh 1998 S.229). Auch wenn AnhängerInnen der westlichen Schulmedizin, diese Zahlen in Zweifel ziehen, zeigen nicht zuletzt die Techniken der Volksmedizin, dass es eine vielfältige Zahl von Wirkmechanismen gibt, die zur Heilung beitragen können.

Anhand von Susto lässt sich aufzeigen, dass somatische Beschwerden Ursachen haben können, die in anderen Bereichen liegen. Eine ausschließliche Behandlung der körperlichen Symptome wird von den Betroffenen als nicht ausreichend betrachtet, denn so lange die wahre Ursache nicht bereinigt wurde, können weitere, eventuell andere Krankheiten folgen. Wie auch immer man den so genannten Seelenverlust interpretieren möchte, mit dem Konzept von Susto wird deutlich gemacht, dass viele Menschen ein Weltverständnis haben, das über das naturwissenschaftliche oder empirisch nachvollziehbare hinausgeht. Wie sehr dieses Weltbild der Wirklichkeit entspricht, zumindest der Wirklichkeit derer, die davon betroffen sind, zeigt die erfolgreiche Behandlung von Sustos. Da die Effizienz der Behandlung mit Mitteln der allopathischen Medizin nicht überprüfbar ist, müssen die Aussagen der Betroffenen, die von erfolgreichen Therapien berichten, zur Evaluierung herangezogen werden (z.B. Rubel et al 1984. Avila 2000).

Wie sehr sich das Konzept von Susto auf andere Gesellschaften übertragen lässt, ist noch genauer zu untersuchen. Sicherlich bedarf es gewisser Adaptionen des Erklärungsmodells, aber das Grundkonzept, dass traumatische Erlebnisse Störungen und Krankheiten hervorrufen können, findet sich in vielen Kulturen. Ob die Ursache nun in Seelenverlust, Ungleichgewicht oder geschwächten Abwehrkräften gesehen wird, wichtig ist, dass erst eine, wie auch immer geartete Aufarbeitung, der traumatischen Erlebnisse zum gänzlichen Wohlbefinden der Betroffenen beiträgt. In den letzten Jahren zeichnet sich auch in westlichen Gesellschaften eine Änderung ab: Viele Menschen sehnen sich nach einer Heilung, die über den körperlichen Bereich hinausgeht und den Mensch in seiner Gesamtheit als individuelles Selbst behandelt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen westlicher Medizin und Curanderismo (und vielen anderen volksmedizinischen Konzepten) ist der Zugang zu Krankheiten. Während bei der westlichen Medizin das Erkennen der Krankheit anhand von Symptomen die Grundlage der Behandlung bildet und das Heilen der Krankheit im Vordergrund steht, sieht der Curanderismo das Heilen des/r Patienten/in als vordergründige Aufgabe. Der unterschiedliche Zugang wird bei der Verwendung des Begriffs „Disease“ deutlich: Wie in der Arbeit erwähnt, steht „Disease“ in der westlichen Schulmedizin für die biologischen und psychologischen Aspekte, die zu Störungen führen können. Beim Curanderismo wird der Begriff „Disease“ mit einer ganz anderen Bedeutung belegt, wie Avila in einem persönlichen Gespräch (September 2000) erklärt: „I treat dis-ease⁴².“ Die westliche Medizin sieht die biologischen oder psychologischen Faktoren als Grundlage der Krankheit und Therapie, während im Curanderismo auch soziale, seelische und spirituelle Aspekte zum Tragen kommen und bei der Behandlung die Wiederherstellung der persönlichen Harmonie als Wege zur Heilung sieht. Während die allopathische Medizin je nach Krankheit nur eine bestimmte Therapie vorsieht, wird im Curanderismo jede/r Patient/in, auch wenn es sich um die gleiche Krankheit handelt, individuell behandelt. Die Kernfrage im Curanderismo lautet: „Welche Therapie ist dem/r Patienten/in dienlich?“ – die Palette reicht von Ritualen über die Verabreichung von Kräutern sowie Massage über Gesprächstherapie etc. bis hin zur Überweisung an andere Spezialisten.

Da jeder Mensch seine Krankheit individuell erlebt und jede Störung auf jeden Menschen andere Auswirkungen hat – und zwar in unterschiedlichem Ausmaß in allen oben angeführten Bereichen – ist es sehr nahe liegend, dass auch die Therapie individuell gestaltet werden muss. Es ist wichtig, dass sich die HeilspezialistenInnen diesen Aspekt stets vor Augen halten und nicht die Therapie anwenden, die sie für richtig halten, sondern die Medizin anbieten, die für die jeweilige Person die richtige ist. Und wenn das Erklärungsmodell des Kranken nach einer Behandlung von Bereichen verlangt, die der/die jeweilige Spezialist/in nicht anbieten oder nachvollziehen kann, sollte der/die Spezialist/in nicht die Behandlung in Frage stellen, sondern den/die Patienten/in unterstützen, andere SpezialistInnen zu Rate zu ziehen. Denn eine Therapie ist nur dann effizient, wenn die

⁴² „ease“ bedeutet Entspannung, innere Ruhe, die Vorsilbe „dis“ drückt die Verneinung, das Gegenteil aus.

Erklärungsmodelle zwischen Kranken und SpezialisteInnen weitgehend übereinstimmen.

Anhand der unterschiedlichen medizinischen Herangehensweisen, die auf verschiedene Art diverse Beschwerden zu heilen vermögen, wird ersichtlich, dass es mehr als nur eine effiziente medizinische Tradition gibt. Einige Traditionen haben sich auf bestimmte Leiden und Methoden spezialisiert und können auf diesem Bereich ein Lehrrolle einnehmen. Doch nur die gegenseitige Akzeptanz der medizinischen Systeme als gleichwertige Heilverfahren ermöglicht einen Austausch zwischen den Systemen, der zum allgemeinen Wohl der PatientInnen beitragen kann.

Liste der Culture-Bound Syndromes⁴³

Mit dieser Liste wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, sie soll lediglich einen kurzen Überblick zu den in der Arbeit erwähnten Culture-Bound Syndromes bieten. Es wurden zur Beschreibung zwar mehrere Quellen herangezogen, dennoch wurde kaum weiterführende Recherche betrieben und es wird hier vor allem der westliche Blickwinkel der Culture-Bound Syndromes wiedergegeben.

Amok/Mata Elap

Vorkommen: Malaysia, Indonesien

Beschreibung: Eine willkürliche, anscheinend nicht provozierte Episode mörderischen oder erheblich destruktiven und aggressiven Verhaltens, das sich gegen Personen und Objekte richtet, gefolgt von Amnesie (Gedächtnisverlust) oder Erschöpfung. Viele Episoden gipfeln im Suizid. Die meisten Ereignisse treten ohne Vorwarnung auf, einigen geht ein Zeitraum mit intensiver Angst oder Feindseligkeit voraus. Betroffen sind hauptsächlich Männer. Oft treten Verfolgungswahn und Automatismen (willensunabhängige Handlungen) als Begleiterscheinungen auf.

Ähnliche Phänomene: Ahade Idzi Be (Neu Guinea), Benzi Mazurazura (Südafrika: Shona und verwandte Gruppen), Berserkerang (Skandinavien), Cafard/Cathard (Polynesien), Colerina (in den Anden von Bolivien, Kolumbien, Ecuador und Peru), Hwa-byung (koreanische Halbinsel), Iich'aa (Navaho), Mal de Pelea (Puerto Rico), sowie Syndrome in Laos und auf den Philippinen

Anorexia Nervosa

Vorkommen: Nordamerika, Westeuropa

Beschreibung: Magersucht; Starke Reduktion der Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, übermäßige körperliche Betätigung aus Angst vor Gewichtszunahme, begleitet von einer erheblichen Wahrnehmungsstörung der eigenen Figur und des Körpergewichts. Das Untergewicht führt oft zu depressiven Symptomen, Rückzug, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und vermindertem sexuellem Interesse. Betroffen sind hauptsächlich Frauen (80 %) ab 17 Jahren in Gebieten, wo ein Überfluss an Nahrung herrscht und Schlanksein als Schönheitsideal gilt.

Ähnliche Phänomene: Bulimia Nervosa

Ataque de Nervios siehe Nervios

⁴³ Quellen:

Gemeinschaftsprojekt der Medizinischen Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie (WHO Collaborating Center for Training and Research in Mental Health) und der Fachhochschule Lübeck: <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icd/icdchVF-culture-.html> (10.11.1999)

Levine Ruth E./Gaw Albert C. Culture Bound Syndromes. In: The Psychiatric Clinics of North America. Vol. 18. Nr. 3 Sept. 1995.

Simons Ronald C./Hughes Charles C. (Hg). The Culture-Bound Syndromes. Dordrecht. Reidel Publishing Company. 1985

Timothy Mc Cajor Hall in: http://weber.ucsd.edu/~thall/cbs_glos.html (10.11.1999)

Armin Prinz. „Kaza basolo“ – A Culture-bound Syndrome Among the Azande of Northeast-Congo. In: Curare Sonderband 14: Ethnotherapien. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1998

Bilis/Colera

Vorkommen: Lateinamerika

Beschreibung: Durch starke Gefühlsausbrüche, ausgelöst durch Ärger und Zorn, wird das Gleichgewicht zwischen Hitze und Kälte gestört. Dies führt zu körperlichen Beschwerden sowie zu einem allgemeinen Schwächegefühl.

Ähnliche Phänomene: Hwa-Byung/Wool-Hwa-Bung

Boufée Delirante

Vorkommen: Westafrika, Haiti

Beschreibung: Plötzlicher Ausbruch von unruhigem und aggressivem Verhalten, begleitet von Verwirrung und Bewegungstörungen. Manchmal kommen auch auditive oder visuelle Halluzinationen sowie Wahnvorstellungen hinzu.

Ähnliche Phänomene: psychotische Störungen nach DSM IV

Brain Fag/Brain Fog

Vorkommen: Westafrika

Beschreibung: Konzentrations-, Erinnerungs- und Denkschwäche von der vor allem männliche Studenten betroffen sind. Weitere Symptome sind Kopfschmerzen, Sehschwäche sowie Hitzewallungen.

Ähnliche Phänomene: Ori Ode (Nigeria), Angstneurosen sowie depressive und somatoforme Störungen nach DSM IV

Bulimia Nervosa

Vorkommen: Nordamerika, Westeuropa

Beschreibung: Die Ess-Brechsucht ist durch „Fressattacken“ gekennzeichnet, denen einer Gewichtszunahme entgegensteuernde Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder extreme körperliche Betätigungen folgen.

Ähnliche Phänomene: Anorexia Nervosa

Chronic Fatigue Syndrom

Vorkommen: Nordamerika, Westeuropa

Beschreibung: Chronisches Schwächesyndrom; das Gefühl der Schwäche wird von einer Vielzahl von körperlichen und psychologischen Beschwerden begleitet. Charakteristisch sind Hals-, Kopf-, Lymphknoten-, Muskel- und Gelenkschmerzen, ständige Benommenheit sowie schwerwiegende Störungen der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses. Schwäche- und Schwindelgefühl, Sehstörungen, unterschiedliche Missempfindungen im ganzen Körper, mäßiges Fieber bzw. Fiebergefühl, Schlafprobleme und Übelkeit werden geschildert. Häufig entsteht in der Folgezeit eine verwirrende Vielfalt weiterer Symptome. Die extreme, oft über Jahre anhaltende, lähmende Erschöpfung und Erschöpfbarkeit durch geringste Anstrengungen haben dem Krankheitsbild seinen Namen gegeben. Nach Schulmedizinischen Kriterien konnte bis jetzt weder ein definitiver Diagnostest, noch eine eindeutige Ursache noch eine effektive Therapie gefunden werden.

Ähnliche Phänomene: Neurasthenia (China)

Dhat/Dhatu/Jiryan

Vorkommen: Indien

Beschreibung: Angst und somatische Beschwerden, wie Erschöpfung und Muskelschmerzen im Zusammenhang mit der Furcht vor Spermaverlust. Als Auslöser werden exzessiver Koitus, Blasenstörungen, Störungen des Gleichgewichtes von Körperflüssigkeiten und Diät genannt. Das Hauptsymptom ist ein weißlicher Ausfluss im Urin, der als Spermaverlust interpretiert wird. Traditionelle Heilmittel sind vor allem pflanzliche Stärkungsmittel zur Wiederherstellung des Sperma oder des Säftegleichgewichtes.

Ähnliche Phänomene: Jinjin Bemar (Assam), Koro (Malysien), Kasa Basolo (Kongo), Rabt (Ägypten), Rok-Joo (Thailand), Sukra Prameha (Sri Lanka), Shenk'uei und Suo-Yang (China)

Empacho

Vorkommen: Lateinamerika

Beschreibung: Verstopfung wegen ungekochtem oder schlecht verdautem Essen. Andere Interpretationen gehen davon aus, dass Empacho dadurch ausgelöst wird, dass eine Person gegen ihren Willen dazu angehalten wurde etwas zu essen, oder dass es ein Ausdruck von seelischen Blockaden sein kann.

Falling Out/Blacking Out

Vorkommen: Süd-USA, Karibik

Beschreibung: Plötzlicher Kollaps, wobei der/die Betroffene zwar die Umgebung wahrnehmen kann, jedoch unfähig ist, sich zu bewegen. Oft geht dem Anfall ein Schwindel- oder Benommenheitsgefühl voraus.

Ähnliche Phänomene: dissoziative Störung nach DSM-IV

Ghost Sickness

Vorkommen: Nord-Amerika (Navajo)

Beschreibung: Durch Hexerei und übernatürliche Kräfte kann eine Krankheit mit folgenden Symptomen hervorgerufen werden: Delirium, Albträume, Appetitverlust, Schwächegefühl, Gefühl von Gefahr und Ausweglosigkeit, Halluzinationen, Verwirrung, Angst- und Schwindelgefühl. Wird mit einer intensiven Beschäftigung mit dem Tod und Verstorbenen in Zusammenhang gebracht.

Grisi Siknis

Vorkommen: Nicaragua und Honduras (Miskito)

Beschreibung: Von diesem Syndrom sind vor allem junge Frauen betroffen, die in dissoziativen Zuständen fürchten, von „bösen Geistern“ attackiert oder vergewaltigt zu werden und die in Folge ziellos durchs Dorf oder die nahe Umgebung laufen. Manchmal auch von aggressivem Verhalten begleitet.

Ähnliche Phänomene: Pibloktoq

Hsieh-Ping

Vorkommen: Taiwan

Beschreibung: Kurzer Trancezustand, während dem man von einem Ahnengeist besessen ist, der versucht, zu anderen Familienmitgliedern Kontakt aufzunehmen. Symptome umfassen Zittern, Verwirrtheit, Delirium sowie auditive und visuelle Halluzinationen.

Hwa-Byung/Wool-Hwa-Bung

Vorkommen: Korea

Beschreibung: „Zornsyndrom“; die Symptome – Schlaflosigkeit, Ermüdung, Panik, Angst zu sterben, Dysphorie, Magenprobleme, Appetitlosigkeit, Atemnot, Herzklopfen, Schmerzen – werden der Unterdrückung von Zorn zugeschrieben.

Ähnliche Phänomene: Bilis, Colera

Imu

Vorkommen: Japan (Ainu)

Beschreibung: Wird durch ein überraschendes, unerwartetes Ereignis ausgelöst und führt zu unsinnigem Daherreden sowie Echopraxie und Echolalie.

Ähnliche Phänomene: Latah

Kaza Basolo

Vorkommen: Nordost-Kongo (Azande)

Beschreibung: Kaza Basolo wird durch Angehörige eines Geheimbundes von Jägern und Fischern im Uele-Gebiet verursacht. Mitglieder dieses Bundes rauben mittels Magie durch Händeschütteln die Genitalien ihres Gegenübers um daraus eine Essenz herzustellen, die den Jagderfolg erhöhen soll. Betroffen sind vor allem Frauen, als Symptome zeigen sich Unterleibsschmerzen, allgemeine Schwäche, Menstruationsstörungen sowie weitere physische und psychische Beschwerden. Die Krankheit gilt als unheilbar, als Prophylaxe wird Händeschütteln vermieden bzw. eine Heilpaste subkutan angebracht.

Ähnliche Phänomene: Dhat (Indien), Jinjin Bemar (Assam), Koro (Malysien), Rabt (Ägypten), Rok-Joo (Thailand), Sukra Prameha (Sri Lanka), Shen-k'uei und Suo-Yang (China)

Latah Kayakangst/Nangiarpok

Vorkommen: Arktische und Subarktische Gebiete, Grönland

Beschreibung: Intensive Angst vor möglichem Kentern und Ertrinken, während man sich im Kayak befindet. Dieses Phänomen tritt in den oben genannten Gebieten häufig auf. Symptome sind akuter Panikzustand und Verwirrtheit.

Kesambet/Turutan

Vorkommen: Bali

Beschreibung: Die Angst einer Mutter wird als Ursache für Kindersterblichkeit angenommen. Diese Angst kann auch die Muttermilch bitter oder scharf werden lassen oder den Fluss stoppen. An Kesambet leidende Babys werden fiebrig und leiden unter Atemnot.

Koro (Malaysien), Jinjin Bemar (Assam), Rok-Joo (Thailand), Suo-Yang (China)

Vorkommen: Südostasien, Indien, China

Beschreibung: Panik oder Angst aus Furcht vor einer Retraktion des Genitals, die letal enden kann. In schweren Fällen sind Männer der Überzeugung, dass der Penis sich sofort in das Abdomen zurückziehen wird. Frauen, die eher selten von diesem Syndrom betroffen sind, fürchten ihre Brüste, Labien oder die Vulva werden eingezogen. Als Auslöser gelten: Krankheit, Kälte und exzessiver Koitus. Auch zwischenmenschliche Konflikte, soziokulturelle Anforderungen sollen Einfluss auf diesen Zustand haben. Die Störung beginnt plötzlich, intensiv und unerwartet. Die Behandlungsmethoden sind unterschiedlich, sie umfassen das Festhalten der Genitalien durch die Betroffenen oder ein Familienmitglied, die Anbringung von Schienen oder Geräten zur Verhinderung der Retraktion, Naturheilmittel, Massage und Fellatio.

Ähnliche Phänomene: Dhat (Indien), Kasa Basolo (Kongo), Rabt (Ägypten), Sukra Prameha (Sri Lanka), Shen-k'uei (China)

Kuru

Vorkommen: Neu Guinea

Beschreibung: Bei Kuru kommt es zu Störungen des Nervensystems, in Folge zu motorischen und Koordinationsstörungen und endet meist letal. Die Übertragung wird kannibalistischen Ritualen – im Zuge von Traueraktivitäten wurde das Gehirn von Verstorbenen gegessen – zugeschrieben. Seit Aufgabe (1959) dieses Trauerrituals kam es zu keinen weiteren Fällen von Kuru. Ursprünglich wurde von einer Virusinfektion ausgegangen, neuere Forschungen gehen von der Übertragung durch so genannte Prione (verformte Proteine) aus, die zu Nervenschädigungen im Gehirn führen können.

Ähnliche Phänomene: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, BSE

Lanti

Vorkommen: Philippinen

Beschreibung: Bei Kleinkindern und Kindern nach einem direkten oder indirektem Schreckerlebnis. Mögliche Symptome: hohes Fieber, belegte Zunge, Hautrötungen, Magenschmerzen

Ähnliche Phänomene: Mogo Laya (Neu Guinea, Papua Neuguinea)

Latah

Vorkommen: Indonesien, Malaysien

Beschreibung: Übertriebene Reaktion auf eine beängstigende Situation oder ein Trauma, gefolgt von unwillkürlicher Echolalie, Echopraxie, Befehlsgehorsam oder tranceähnlichen Zuständen, von der vor allem ältere Frauen betroffen sind. Studien interpretieren diese Fälle unterschiedlich als neurophysiologische Reaktion, als hypersuggestiblen Zustand oder einen Mechanismus, mit dem ein niedriges Selbstbewusstsein ausgedrückt wird.

Ähnliche Phänomene: Grisi Siknis (Miskito/Honduras), Imu (Ainu/Japan), Pibloktoq (arktischer und subarktischer Raum)

Locura

Vorkommen: Lateinamerika

Beschreibung: Schwere Form von chronischer Psychose durch vererbte Schwäche und/oder mehrfache Lebensschwierigkeiten. Symptome umfassen Verwirrung, Bewegungs-, auditive und visuelle Halluzinationen sowie die Unfähigkeit, den Richtlinien sozialer Interaktion zu folgen und eine Unvoraussagbarkeit des Verhaltens verbunden mit möglicher Gewalttätigkeit.

Mal de Ojo

Vorkommen: Spanien, Mittelmeerraum und Lateinamerika

Beschreibung: Die spanische Bezeichnung für bösen Blick. Im Mittelmeerraum, Lateinamerika und im moslemischen Raum gilt Mal de Ojo gilt als allgemeines Idiom der Krankheit, des Unglückes und sozialer Störungen. Als Auslöser gilt Anstarren, betroffen sind meist Kinder. Als Symptome können sich Verdauungsstörungen, Erbrechen, Fieber, Schlafstörungen und Unausgeglichenheit zeigen.

Mogo Laya

Vorkommen: Neu Guinea, Papua Neuguinea

Beschreibung: Betroffen sind Kinder; ein Schreckerlebnis, das auch die Seele erschreckt, führt zu Krankheit. Symptome z.B. Diarrhoe oder Atemwegserkrankungen.

Ähnliche Phänomene: Lanti (Philippinen)

Nervios

Vorkommen: Karibik, Lateinamerika, latinischer Mittelmeerraum

Beschreibung: Idiom für diverse Störungen. Ein allgemeiner Schwächezustand bei stressigen Lebenserfahrungen – vor allem im familiären Bereich, speziell nach dem Tod eines Angehörigen, Scheidungen oder Auseinandersetzungen mit Familienmitgliedern. Es gibt ein breites Symptomenspektrum, die meist genannten Symptome sind: emotionaler Stress, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Reizbarkeit, Magenstörungen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Nervosität, Weinerlichkeit, Konzentrationsschwäche, Kribbeln und Übelkeit.

Ähnliche Phänomene: Nevra (Griechenland)

Neurasthenia siehe Shenjian Shuairuo

Old Hag

Vorkommen: Neufundland

Beschreibung: Schlafstörung, bei der die Betroffenen kurz nach dem Einschlafen wieder aufwachen und sich bei vollem Bewusstsein in einem Lähmungszustand befinden, der auch kein Sprechen ermöglicht. Die Bewegungsunfähigkeit kann durch Berührung und Ausrufen des Namens gelöst werden.

Ähnliche Phänomene: Uqamairineq/Uqumanigianiq

Pa-leng, Frigophobie

Vorkommen: China (Taiwan), Südostasien

Beschreibung: Angstzustand mit starker Furcht vor Kälte und Wind, da angenommen wird, diese verursachen Müdigkeit, Impotenz oder Tod. Die Betroffenen tragen zwanghaft schwere und übermäßig viel Kleidung. Die Ängste werden durch die kulturelle Auffassung, es handle sich um eine tatsächliche humorale Störung verstärkt.

Pibloktoq, arktische Hysterie

Vorkommen: Pibloktoq arktischer und subarktischer Raum (Inuit)

Beschreibung: Die Symptome umfassen Müdigkeit, Depressivität und Verwirrtheit sowie gestörtes Verhalten wie z.B. Ausziehen oder Herunterreißen der Kleidung, hektisches Laufen, Rollen im Schnee, Glossolie (Zungenreden, meist mit ekstatischen Zuständen) oder Echolalie, Echopraxie, Zerstörung von Gegenständen, Koprophagie (Essen von Kot) sowie irrationales oder gefährliches Verhalten. Die meisten Episoden dauern nur wenige Minuten (max. 30 Minuten), es folgt ein Bewusstseinsverlust (bis zu 12 Stunden), Amnesie und vollständige Remission (mehrere Stunden bis zu einigen Tagen). Verletzungen sind selten. Eventuell Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Ängsten und kulturellen Belastungen.

Ähnliche Phänomene: Amok (Indonesien, Malaysia), Grisi Siknis (Miskito/Honduras), Imu (Ainu/Japan), Latah (Indonesien, Malaysia)

Qi-Gong (psychotische Reaktion)

Vorkommen: China

Beschreibung: Qi-Gong ist eine Praxis, die dazu dient das Qi (Form von Lebensenergie) im Körper zu halten und seine Kraft zu nutzen. Meist wird Qi-Gong zum Nutzen der Betroffenen betrieben und kann dabei helfen physische oder psychische Leiden zu lindern. In einigen seltenen Fällen kann diese Praxis auch zu einer psychotischen Reaktion führen. Im DSM-IV wird die psychotische Qi-Gong Reaktion als eine akute, zeitlich begrenzte dissoziative und paranoide Störung beschrieben.

Rootwork

Vorkommen: Süd-USA, Karibik (Afro-Amerikaner)

Beschreibung: Interpretationen, die Krankheit Hexerei, Zauberei, Voodoo oder dem Einfluss einer übel gesinnten Person zuschreiben. Rootwork ist manchmal aber auch die Bezeichnung für eine Naturheilkunde, die vor allem auf Kräuterwissen basiert.

Sangue Dormido

Vorkommen: Cap Verde

Beschreibung: „schlafendes Blut“; als Symptome werden Schmerz, Zittern, Lähmungserscheinungen, Krämpfe, Herzattacken und Fehlgeburten genannt, die die Folge einer traumatischen Verletzung sein können

Shenjian Shuairuo/Neurasthenia

Vorkommen: China

Beschreibung: körperliche und geistige Müdigkeit, Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Gedächtnisverlust. Weitere Symptome können Verdauungsprobleme, sexuelle Funktionsstörungen, Reizbarkeit und Störungen des Nervensystems sein.

Ähnliche Phänomene: Mögliche DSM-IV Diagnose: depressive oder Angststörungen

Shenkui

Vorkommen: China

Beschreibung: Angst- oder Paniksymptome mit körperlichen Beschwerden, für die es keine offensichtliche Ursache gibt. Als Symptome werden Müdigkeit, Schwäche, Schlaflosigkeit sowie sexuelle Störungen (Impotenz, vorzeitiges Ejakulieren) genannt. Die Ursache wird übermäßigem Samenverlust (Samenverlust wird gleichbedeutend mit Verlust von Lebenskraft gesetzt) durch z.B. häufigen Geschlechtsverkehr oder Masturbation zugeschrieben.

Ähnliche Phänomene: Dhat (Indien), Jinjin Bemar (Assam), Koro (Malysien), Kasa Basolo (Kongo), Rabt (Ägypten), Rok-Joo (Thailand), Sukra Prameha (Sri Lanka), Suo-Yang (China)

Shin-Byung

Vorkommen: Korea

Beschreibung: Angst sowie diverse körperliche Beschwerden (Schwäche, Müdigkeit, Appetitverlust, Verdauungsstörungen) oft im Zusammenhang mit dissoziativen Zuständen oder Besessenheit.

Taijin kyofusho, Shinkeishitsu, Anthropophobie

Vorkommen: Japan

Beschreibung: Angst, die meist bei Männern oder jungen Erwachsenen auftritt. Die Störung ist gekennzeichnet durch Angst vor sozialen Kontakten (vor allem mit Freunden), durch extreme Gehemmtheit (Sorgen wegen der körperlichen Erscheinung, Körpergeruch und Errötens) und durch Angst sich eine Krankheit zuzuziehen. Somatische Symptome umfassen Kopf-, Körper- und Bauchschmerzen, Müdigkeit und Insomnie. Die Betroffenen, meist hochintelligent und kreativ, können perfektionistische Tendenzen zeigen. Studien weisen darauf hin, dass kulturelle Werte, die eine „Übersozialisation“ bei einigen Kindern fördern, Gefühle von Unterlegenheit und Angst in sozialen Situationen hervorruft. Die Störung ist in der offiziellen japanischen Klassifikation für mentale Störungen angeführt.

Ähnliche Phänomene: soziale Phobien nach DSM-IV

Ufufuyane, Saka

Vorkommen: Südafrika (Bantu, Zulu und verwandte Gruppen), Kenia

Beschreibung: Angstzustand, der im Allgemeinen auf Hexerei oder auf Besessenheit zurückgeführt wird. Merkmale sind Schreien, Schluchzen, Lähmung, Krämpfe oder Bewusstseinsverlust. Die meisten Betroffenen sind junge, unverheiratete Frauen. Einige erleben Alpträume mit sexuellen Inhalten, seltener kommt es zu Episoden vorübergehender Blindheit. Die gelegentlich Tage oder Wochen anhaltenden Attacken können durch den Anblick von Männern oder Fremden ausgelöst werden.

Ähnliche Phänomene: Zar

Uqamairineq/Uqumanigianiq

Vorkommen: arktischer und subarktischer Raum (Inuit)

Beschreibung: Plötzliche Lähmung verbunden mit Angst, Agitiertheit oder Halluzinationen. Auslöser können ein tatsächliches oder eingebildetes Geräusch oder ein Geruch sein. Die meisten Attacken (Panikzustände) dauern nur einige Minuten. Die Störung ist ziemlich häufig und wird mit dem Verlust der Seele, Seelenwanderung oder Besessenheit in Zusammenhang gebracht.

Ähnliche Phänomene: Old Hag

Windigo/Witiko

Vorkommen: Nordostamerika (Cree/Ojibwa/Saulteaux/Algonki)

Beschreibung: Seltene, historische Berichte von kannibalistischen Zwangshandlungen. Traditionellerweise werden die Fälle als Besessenheit beschrieben, wobei sich die Betroffenen (meist Männer) in kannibalistische Monster verwandeln. Symptome sind Depression, Mord- oder Selbstmordgedanken und ein wahnhafter, zwanghafter Wunsch, Menschenfleisch zu essen. Die meisten Betroffenen werden sozial geächtet oder getötet. Frühe Untersuchungen beschrieben die Episoden als hysterische Psychose, ausgelöst durch chronischen Nahrungsmangel und kulturelle Mythen von Hunger und Windigomonstern. Einige neuere Studien bezweifeln die Existenz dieses Syndroms. Sie behaupten, die Fallgeschichten seien ein Produkt feindlicher Beschuldigungen, erfunden, um die Ächtung oder Tötung des Betroffenen zu rechtfertigen.

Zar

Vorkommen: Äthiopien, Somalia, Ägypten, Sudan, Iran

Beschreibung: Besessenheitszustand, der mit dissoziativen Zuständen einhergeht. Manchmal kommt es auch zu apathischem Verhalten und sozialem Rückzug sowie einem Vernachlässigen von persönlichen und Alltagsbedürfnissen.

Ähnliche Phänomene: Ufufuyane, Saka

Lexikon⁴⁴

Affekt: (lat.: Stimmung, Leidenschaft) Der Begriff wird unterschiedlich definiert: Meist versteht man darunter ein intensives, kurz dauerndes Gefühl. In der weitesten Bedeutung wird jede emotionale Regung als affektiver Prozess bezeichnet.

Affektstörungen: Sammelbegriff für von der Norm abweichenden Veränderungen in der Ansprechbarkeit und Äußerung von Gefühlen und Stimmungen, vor allem deren Steigerung und Herabsetzung sowie deren Auseinanderfallen.

Allopathie: Behandlungsmethoden der herkömmlichen westlichen Schulmedizin

Asustado: Person, die unter Susto leidet

Ätiologie: Lehre von den Krankheitsursachen

Barrida: spirituelle Reinigung (spanisch Kehrung)

Borderline-Syndrom: Persönlichkeitsstörung, die durch Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in Affekten sowie von deutlicher Impulsivität gekennzeichnet ist.

Curandero/a: Heiler/in, der/die nach den Prinzipien des Curanderismo arbeitet

Curanderismo: Ganzheitliches Heilverfahren mit dem Ziel, alle inneren Elemente im Gleichgewicht mit dem kosmischen Geschehen zu halten. Der Begriff lässt sich auf das spanische Wort „cura“ zurückführen, das sowohl „Kur, Heilung“ als auch „Geistlicher“ bedeutet, womit die holistische Sicht von Körper, Geist und Seele zum Ausdruck kommt. Der Curanderismo gründet auf dem Heilwissen dreier Kulturen: der Kultur der mittelamerikanischen Indigenas, der Kultur der spanischen Eroberer des 15. und 16. Jahrhunderts sowie afrikanischer Sklaven, die bis zum 19. Jahrhundert nach Amerika verschleppt worden waren. Wie alle lebendigen Systeme befindet sich der Curanderismo in steter Entwicklung. Er ist mit den veränderten Lebensbedingungen der Menschen, die ihn seit Jahrhunderten in Mittelamerika praktizieren und nutzen gewachsen und stellt auch in der aktuellen Situation

⁴⁴ Quellen:

Avila Elena: Curandera

Dorsch Psychologisches Wörterbuch

ICD-10: zit. nach: <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/f44.htm>

Gemeinschaftsprojekt der Medizinischen Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie (WHO Collaborating Center for Training and Research in Mental Health) und der Fachhochschule Lübeck

adäquate Heilverfahren zur Verfügung, mit denen auch und vor allem die heutigen (Zivilisations-) Krankheiten ganzheitlich behandelt werden können.

dissoziative Störungen: (auch Konversionsstörung) Kennzeichen dieser Störung sind der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie Kontrolle der Körperbewegungen. Es wird angenommen, dass eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen besteht.

Dysphorie, dysphorisch: ängstlich-bedrückte, traurige Stimmungslage, dabei gereizt und reizbar; Gegensatz zu Euphorie

Konditionierung: die Herstellung bzw. das Entstehen einer bedingten Reaktion

Konversion: die Umsetzung psychischer Konflikte in somatische Symptome

Limpia: spirituelle Reinigung

Nosologie: Lehre von Krankheiten und Krankheitsbildern

Pathologie: Lehre von Krankheiten, ihren Ursachen (Ätiologie), ihrer Entwicklung und ihrem Wesen (Pathogenese), ihren Erscheinungsformen (Symptomatologie und Nosologie) und den durch sie bewirkten Veränderungen in Organen und Geweben (pathologische Anatomie)

Persönlichkeitsstörung: Ausdruck komplexer psychosozialer und zwischenmenschlicher Krisen. Nach dem DSM-IV werden die paranoiden, schizoiden, schizotypischen, antisozialen Borderline, histrionischen, narzisstischen, vermeidend-selbstunsicheren, dependenten und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen unterschieden. Sie alle umfassen ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht.

Symptom: Krankheitsanzeichen

Syndrom: Gruppe zusammengehörender Krankheitserscheinungen, bei denen verschiedene Symptome in wechselnder Häufigkeit auftreten können

Trauma: Verletzung, Wunde. Im weiteren Sinne eine psychische oder nervöse Schädigung des seelischen Gleichgewichts mit nachfolgenden psychischen Veränderungen oder neurotischen Erkrankungen als Folge von plötzlich eintretendem, kurz oder länger dauerndem, tiefgehendem Erlebnis (Schreck, Angst, Ekel)

Bibliografie

- Avila Elena, Parker Joy
2000 Curandera. Eine mexikanische Schamanin berichtet. München.
Goldmann Verlag - Ganzheitlich Heilen
- Baumann Max Peter
2000 s. Internet: <http://www.uni-bamberg.de/~ba2fm3/Ritual-Jampiri.htm>
- Baumgart Gert
1998 Handbuch der Volksmedizin. Praktische Selbsthilfe mit überlieferten
Rezepturen aus aller Welt. Augsburg. Bechtermünz Verlag
- Bolton Ralph
1981 Susto, Hostility and Hypoglycemia. In: Ethnology XX/4 S. 261-276
- Bourguignon Erika Ed.
1973 Religion, altered states of consciousness, and social change. Ohio.
Ohio State University Press Columbo
- Chaturvedi Santosh K., Venugopal D.
2000 s. Internet: <http://www.pol-it.org/psych/somatisation.htm>
- Crandon Libbet
1983 Why susto. In: Ethnology. Vol.XXII/2 S. 153-167
- Cuellar Israel
1999 s. Internet: <http://www.panam.edu/dept/lrgarchiv/cuellar.html>
- Dittrich Adolf, Scharfetter Christian. Hg
1987 Ethnopsychotherapie. Psychotherapie mittels außergewöhnlicher
Bewusstseinszustände in westlichen und indigenen Kulturen. Hg.:
Forum der Psychiatrie. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag
- Dow James W.
1975 The Otomi of the Northern Sierra de Puebla, Mexico. An
Ethnographic Outline. Monograph Series 12. East Lansing. Latin
American Studies Center. Michigan State University
- DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
1994 Edition 4. Washington. American Psychiatric Press
- Evans Pritchard Edward
1937 Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande. Oxford.
Clarendon Press
- Foster George M.
1976 Disease Etiologies in Non-Western Systems. American
Anthropologist (78). S. 773-782

- Frances A, Pincus HA, Widiger TA, et al
 1990 DSM IV: Work in Progress. American Journal of Psychiatry 147.
 S. 1429-1448
- Gaw Albert C., Bernstein R.L.
 1992 Classification of Amok in DSM-IV. Hosp Community Psychiatry 43.
 S. 789-793
- Gillin John P.
 1945 Magical Fright. In: Psychiatry 11. S. 387-400
- Häcker Hartmut, Stapf Kurt H.. Hg
 1998 Dorsch Psychologisches Wörterbuch. 13. Überarbeitete und erweiterte
 Auflage. Bern. Verlag Hans Huber
- Hitchcock John T., Jones Rex L. Hg
 1976 Spirit Possession in the Nepal Himalayas. New Delhi
- Houghton Azula A., Boersma Frederic J.
 1988 The Loss-Grief Connection in Susto. In: Ethnology XXVII/2
 S. 145-154
- ICD-10. International Classification of Diseases, 10th edition.
 1995 ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und
 verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Hg.: Deutsches
 Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI im
 Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. (Originalausgabe
 1993. International Statistical Classification of Diseases and Related
 Health Problems. Tenth Revision. Hg. World Health Organization.
 Geneva)
- Jilek Wolfgang G.
 2000 s. Internet: <http://www.mentalhealth.com/newslet/tp9801.html>
- Kirmayer Laurence J., Young Allan, Hayton Barbara C.
 1995 The Cultural Context of Anxiety Disorders. In: The Psychiatric clinics
 of North America: Cultural Psychiatry. Vol. 18.Nr. 3/Sept.
- Kleinman Arthur
 1980 Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the
 Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry.
 Comparative Studies of Health Systems and Medical Care Nr. 3. Berkeley:
 University of California Press.
- van der Kolk Bessel et al.
 2000 s. <http://www.trauma-pages.com/vanderk5.htm>
- León Carlos A.
 1963 „El Espanto“: sus Implicaciones Psiquiátricas. Acta Psiquiatria y
 Psicología de América Latina 9. S. 207-215

- Levine E. Ruth, Gaw Albert C.
 1995 Culture-Bound Syndromes. In: The Psychiatric Clinics of North America: Cultural Psychiatry: Vol. 18. Nr. 3. Sept. 1995. S. 523-536
- Lewis-Fernández Roberto, Kleinman Arthur
 1995 Cultural Psychiatry. Theoretical, Clinical, and Research Issues. In: The Psychiatric Clinics of North America. Vol. 18. Nr. 3. Sept. 1995
- Logan Michael.H.
 1979 Variations Regarding Susto Causality Among the Cakquiuel of Guatemala. In: Culture, Medicine and Psychiatry 3. S. 153-166
- Logan Michael.H.
 1993 New Lines of Inquiry on the Illness of Susto. In: Medical Anthropology 15. S. 189-200
- Manson Spero M.
 1995 Culture and Major Depression. Current Challenges in the Diagnosis of Mood Disorders. In: The Psychiatric Clinics of North America. Cultural Psychiatry. Vol. 18 Nr. 3. S.487-501
- McFarlane Papay P.
 1992 Multiple Diagnoses in Posttraumatic Stress Disorder in the Victims of Natural Disaster. In: Journal of Nervous and Mental Diseases 180 S. 498-504
- Mezrich JE, Kleinman Arthur, Fabrega Horacio. et al Hg
 1993 Revised Cultural Proposals for DSM-IV. Pittsburgh. University of Pittsburgh
- O'Neill Carl W.
 1970 (Response to Seijas). Medical Anthropology Newsletter 2. S. 1-2
- O'Neill Carl W.
 1972 Severity of Fright and Severity of Symptoms in the Susto Syndrome. In: International Mental Health Research Newsletter XIV Summer (2). S. 4-5
- O'Neill Carl W.
 1975 An Investigation of Reported „Fright“ as a Factor in the Etiology of Susto, „Magical Fright“. In: Ethos 3: S. 41-63
- O'Neill Carl W./Selby Henry. A.
 1968 Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos. An Analysis of the Relationship Between Sex Role Expectations and a Folk Illness. Ethnology 7. S. 95-105
- Pachter Lee M.
 1993 Introduction: Latino Folk Illnesses: Methodological Considerations. In: Medical Anthropology. Vol. 15. S. 103-108

- Pais Abraham
 1998 Ich vertraue auf Intuition. Der andere Albert Einstein.
 Heidelberg/Berlin. Spektrum Akademischer „Verlag
- Prince Raymond, Tcheng-Laroche Francoise
 1987 Culture-Bound Syndromes and International Disease Classification.
 In: Culture, Medicine and Psychiatry 11. S. 3-19
- Prinz Armin
 1984 Die Ethnomedizin. Definition und Abgrenzung eines
 interdisziplinären Konzeptes. In Mitteilungen der Anthropologischen
 Gesellschaft in Wien (MAGW) Band 114. S. 37-50
- Prinz Armin
 1998 „Kaza basolo“ – A Culture-bound Syndrome Among the Azande of
 Northeast-Congo. In: Curare Sonderband 14: Ethnotherapien. Verlag
 für Wissenschaft und Bildung. Berlin
- Rätsch Christian
 1999 Indianische Heilkräuter. Tradition und Anwendung. Ein
 Pflanzenlexikon. 7. Auflage (Erstauflage: 1987). München. Diederichs
 Gelbe Reihe
- Ritenbaugh Cheryl
 1982 Obesity as a Culture-Bound Syndrom. In Culture, Medicine and
 Psychiatry 6: S. 347-361
- Rubel Arthur J.
 1964 The Epidemiology of a Folk Illness. Susto in Hispanic America.
 In: Ethnology 3. S. 268-283
- Rubel Arthur J.
 1970 (Response to Seijas). In: Medical Anthropology Newsletter 2. S. 2-3
- Rubel Arthur J., O’Nell Carl W., Collado-Ardón Rolando
 1984 Susto a Folk Illness. Berkeley and L.A.. University of California Press
- Rubel Arthur J., O’Nell Carl W., Collado-Ardón Rolando
 1985 The Folk Illness called Susto. In: Simons Ronald C./Hughes Charles
 C. Hg. The Culture-Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric
 and Anthropological Interest. Dordrecht. D. Reidel Publishing
 Company S. 333-350
- Sasson Lombardo Yolanda
 2000 s. <http://www.comnet.ca/~tlahuica/alma1.htm>
- Saxe G.N., van der Kolk B.A., Berkowitz M.D., Chinmann G., Hall K., Lieberg G,
 Chwartz J.
 1993 Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical an Sexual
 Abuse. In: American Journal of Psychiatry. 150. S. 1037-1042

- Signorini Italo
 1982 Patterns of Fright: Multiple Concepts of Susto in a Nahuatl-Ladino Community of the Sierra de Pueblo (Mexico). In: *Ethnology* XXI/4. S. 313-324
- Simons Ronald C.
 1985 A feasible and timely Enterprise: Commentary on „Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications“ by Raymond Prince and Françoise Tchong-Laroche. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 11. S. 21-28
- Simons Ronald C./Hughes Charles C. Hg
 1985 *The Culture-Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest.* Dordrecht. D. Reidel Publishing Company
- Stammel Heinz J.
 1986 *Die Apotheke Manitous.* Reinbek. Wunderlich Verlag
- Tousignant Michel
 1979 Espanto: A Dialog with the Gods. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 3. S. 347-361
- Trotter Robert T.
 1981 Susto: the Context of Community Morbidity Patterns. In: *Ethnology* XXI/3. S. 215-226
- Trotter Robert T.
 1991 A Survey of Four Illnesses and their Relationship to Intracultural Variation in a Mexican-American Community. In: *American Anthropologist* 93. S. 115-125
- Uzzell Douglas
 1997 Susto Revisited: Illness as a Strategic Role. In: *Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical Anthropology.* Hg. Landy David 1977. S. 402-408. [Erstauflage: Uzzell Douglas. 1974. *Susto Revisited: Illness as a Strategic Role.* In *American Ethnologist* 1. S. 369-378.]
- Walsh N. Roger
 1998 *Der Geist des Schamanismus.* Frankfurt. Fischer TB. [Erstauflage: 1990. *The Spirit of Shamanism.* Verlag Tarcher. Los Angeles. 1990]
- WHO – World Health Organization
 1975 *International Pilot Study of Schizophrenia.* Geneva
- Wig Narendra N.
 1983 DSM-III. A Perspective from the Third World. In: Spitzer Robert L., Williams Janet B.W. and Skodol Andrew E. (Hg) *International Perspectives on DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition.* Washington C.D.. American Psychiatric Press. S.79-89

Yap Pow Meng

1967 Classification of the Culture-Bound Reactive Syndromes. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1. S. 172-179

Yap Pow Meng

1974 Nosological aspects of the culture bound syndromes. In: Lau M.P., Stokes A.B. (Hg): Comparative Psychiatry: A Theoretical Framework. Toronto. University of Toronto Press. S. 84-100

Yap Pow Meng

1977 The Culture-bound Reactive Syndromes. In: Landy D. (Hg) Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology. New York S. 340-349

Internet

Da sich Quellenkritik beim Medium Internet schwierig gestaltet, wurden nur Quellen angeführt, denen ein hoher Grad an Seriosität beigemessen wird. Oft handelt es sich bei den zitierten Quellen um die elektronische Publikation eines Artikels, der auch in einem Printmedium erschienen ist, das mir bei meinen Recherchen in gedruckter Form aber nicht zugänglich war. Da gewisse Internet-Adressen zum Zeitpunkt der Lektüre vielleicht nicht mehr gültig sind, können Kopien der verwendeten Internet-Beiträge bei der Verfasserin eingesehen werden.

<http://weber.ucsd.edu/~thall/cbs.html> 10.11.1999

Timothy Mc Cajor Glossary of Culture-Bound Syndromes

<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/7/0,5716,84637+1+82458,00.html>
6.8.2000

Encyclopaedia Britannica. Hg: Britannica.com and Encyclopaedia Britannica

<http://www.comnet.ca/~tlahuica/alma1.htm> 17.1.2000

Antrop. Yolanda Sasson Lombardo (Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales Tlahuilli A.C.) für Medicinas Tradicionales y Alternativas en México: El alma y los síndromes patológicos actuales. Los signos y síntomas des espanto (susto) en mesoamérica (Tlahui-Medic No2, II/1996)

<http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/susto.htm> 10.11.1999

<http://www.informatic.fh-luebeck.de/icdger/f43.htm> 26.3.2000

<http://www.informatic.fh-luebeck.de/icdger/f32.htm> 7.10.2000

Gemeinschaftsprojekt der [Medizinischen Universität zu Lübeck](#), Klinik für Psychiatrie ([WHO Collaborating Center for Training and Research in Mental Health](#)) und der [Fachhochschule Lübeck](#)

<http://www.mentalhealth.com/newslet/tp9801.html> 6.10.2000

Wolfgang G. Jilek. Transcultural Psychiatry – Quo Vadis? In: Transcultural Psychiatry Newsletter. Vol. XVI. Nr. I. January 1998.

<http://www.panam.edu/dept/lrgarchiv/cuellar.html> 9.11.1999

Cuellar Israel Ph.D.: Mexican American Folk Illnesses and Practices in the Rio Grande Valley of Texas

<http://www.pol-it.org/psych/somatisation.htm> 22.7.2000

Chaturvedi Santosh K., Venugopal D., Dep. Of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India: Somatisation and Somatic Neurosis – Cross Cultural Variations

http://www.phytotherapie-komitee.de/index_kfn.htm 15.01.2001

Komitee Forschung Naturmedizin - München

<http://www-sbp.bcm.tmc.edu/HispanicHealth/Courses/mod7/susto.html> 9.11.1999

<http://www-sbp.bcm.tmc.edu/HispanicHealth/Courses/mod7/Mod7.html> 1.9.2000

Hispanic Center of Excellence: eine Zusammenarbeit von: Baylor College of Medicine, The University of Texas-Pan American und des U.S. Department of Health and Human Services. Folk Medicine in Hispanics in the Southwestern United States. Contributed by Nancy Neff, M.D: Assistant Professor, Department of Community Medicine, Baylor College of Medicine

<http://www.trauma-pages.com/vanderk5.htm> 30.10.2000

van der Kolk Bessel, Pelcovitz David, Roth Susan, Mandel Francine S., McFarlane Alexander, Herman Judith L., (1996): Dissociation, Affect Dysregulation & Somatization: the complex nature of adaptation to trauma. Dieser Artikel wurde 1996 auch im American Journal of Psychiatry, 153(7), Festschrift Supplement, S. 83-93 veröffentlicht.

<http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html> 19.11.2000

WHO – World Health Organization. Geneva

<http://www.uni-bamberg.de/~ba2fm3/Ritual-Jampiri.htm> 23.10.2000

Baumann Max Peter: Opfer- und Heilungsritual eines bolivianischen Jampiri. Beitrag 1 im Zusammenhang mit dem interdisziplinären Kolloquium zum Thema „Rituale“

LEBENS LAUF

Brigitta Rattay

E-Mail: grattay@gmx.at

- 15. Dez. 1970:* geboren in Wien
- 1980 – 1988* Naturwissenschaftliches Realgymnasium
1120 Wien
- 1988 – 1989* Studium „Technische Physik“
TU-Wien
- Nov. 1989 – Dez. 1990* Auslandsaufenthalt und Sprachstudium (Indonesisch):
Australien und Südostasien
- 1991 – 2001* Studium „Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie“
und „Publizistik und Kommunikationswissenschaft“,
Universität Wien
- Feb. – Mai 1996* Auslandsaufenthalt und Sprachstudium (Spanisch):
Bolivien, Peru, Chile
- Feb. – Mai 1997* Auslandsaufenthalt und Sprachstudium (Spanisch):
Mexiko, Guatemala, Honduras
- Sep. 1998 – März 2001* Redakteurin und Produktionsassistentin
Redaktion Besser Wohnen, 1010 Wien
- 1999 – 2001* Erstellung der Diplomarbeit im Fachbereich
Ethnomedizin