

Michael Knipper*

Zwischen *mal aire* und Malaria – Medizinischer Pluralismus bei den *Naporuna* im Amazonastiefland von Ecuador¹

Resumen: En la práctica médica de los *Naporuna* en la Amazonia ecuatoriana se puede observar el uso de recursos médicos tanto de la medicina “tradicional” como de la medicina “moderna”. En casos de enfermedad, se suele acudir tanto al curandero como al médico y usar tanto plantas medicinales como medicamentos “occidentales”. El modelo convencional de “pluralismo médico” no ha podido servir para la explicación de los hallazgos de un estudio empírico médico-antropológico entre los *Naporuna*. Partiendo de la supuesta oposición entre *mal aire* y Malaria, el presente artículo describe el pluralismo médico entre los *Naporuna* en base a un gran número de casos concretos. La revisión de varias cuestiones teóricas conduce hacia a una visión más amplia del pluralismo médico, más allá de la percepción errónea de sus elementos como “sistemas medicós” bien definidos.

Summary: Medical practice of the *Naporuna* consists in the use of “traditional medicine” as well as “modern medicine”: In the case of disease, healers and physicians are consulted, medical plants and biomedical medicines are used. The conventional model of medical pluralism proved not to be useful to describe and to understand people’s ways of thinking and behaviour in respect to disease, as found in an empirical medical anthropological field study in Ecuador. Starting from the supposed opposition between *mal aire* and Malaria, this article describes the medical pluralism among the *Naporuna* on the base of a great number of case reports. The review of important theoretical questions leads to a vision of medical pluralism beyond the misleading definition of its elements as definite “medical systems”.

* Arzt und Medizinethnologe. Dr. med., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Medizinhistorischen Institut der Universität Bonn, Arbeitskreis Ethnomedizin. Nach Medizinstudium in Bonn und Oviedo (Spanien) ärztliche Tätigkeit: Kinderheilkunde (1996-1997) und Tropenmedizin (2001-2002). Seit 1992 medizinethnologische Feldforschungen im Oriente von Ecuador (Río Napo), von 1997-1999 für die Dissertation (“*Mal Aire und die medizinische Praxis bei den Naporuna im Amazonastiefland von Ecuador*”); Veröffentlichung bevorstehend: Münster 2002, LIT-Verlag). Aktuelles Forschungsinteresse: medizinischer Pluralismus innerhalb der Gesundheitsversorgung, interkulturelle Kommunikation im Bereich der medizinischen Praxis.

1 Dieser Text entspricht einem überarbeiteten Beitrag auf dem “Ersten Treffen deutschsprachiger Südamerikanisten” in Bonn, 2.-4. November 2001. Er basiert auf Ergebnissen einer ethnomedizinischen Feldforschung am ecuadorianischen Río Napo (zwischen der Provinzhauptstadt *Coca* und der peruanischen Grenze) von 1997 bis 1999 (vgl. Knipper 2001).

Einleitung

Im Falle einer Erkrankung stehen den *Naporuna* – so die Selbstbezeichnung der *Kichwa*-sprechenden indianischen Bevölkerung des Río Napo im Amazonastiefland von Ecuador² – verschiedene Handlungsoptionen offen. Diese reichen von der Selbstbehandlung im Familienkreis mit eigenhändig zubereiteten Heilmitteln oder gekauften Medikamenten über die Konsultation verschiedener lokaler Heilungsspezialisten bis hin zu diversen biomedizinisch orientierten Angeboten.³

Heilpflanzen und Aspirintabletten, Schamanen und Ärzte, *mal aire* und Malaria – zum Verständnis der verschiedenen Elemente des medizinischen Pluralismus in einer Situation wie am Río Napo bietet die Zuordnung der im Erkrankungsfall relevanten Akteure, Objekte, Handlungen und Begriffe zu einem der beiden dort gemeinhin vermuteten “medizinischen Systeme” eine erste Orientierung an (vgl. Greifeld 1995: 126ff). Aus dieser Perspektive heraus könnten die lokalen Heilungsspezialisten *maki-yuk* und *yachak* mit ihren Kenntnissen zur Behandlung von zum Beispiel *mal aire* und *pupupaway paju* wie auch die Nutzung lokaler Heilpflanzen der “traditionellen” Medizin zugeordnet werden,⁴ während die so genannte “moderne” Medizin von Ärzten und Krankenhäusern repräsentiert würde. Im Bezug auf Heilmittel könnte in diesem Sinne die zunehmende Anwendung von frei verkäuflichen Medikamenten gegen Fieber und Schmerzen, von Malariatabletten und Antibiotika als eine Ausdehnung der Biomedizin in den Bereich der häuslichen Praxis interpretiert werden.

Zwar haben schon verschiedene Autoren in theoretischen Erörterungen auf den schablonenhaften Charakter dieser Dichotomie und auf die problematischen Implikationen von Attributen wie “traditionell” versus “modern” und “lokal” versus “westlich” etc. hingewiesen (vgl. Greifeld 1995: 13f; Kroeger/Barbira-Freedmann 1992: 27ff). Auch auf die Gefahr, die Unterschiedlichkeiten innerhalb der so in einer Gruppe zusammengefassten Akteure und Institutionen zu übersehen, wurde hingewiesen.⁵ Dennoch scheint diese Art der Wahrnehmung von medizinischem Pluralismus im Falle konkreter Untersuchungen weiterhin eine große Attraktivität zu besitzen und ist ein

2 Die Schreibweise des *Kichwa* entspricht hier der orthographischen Reform der *Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe* (DINEIB) von Ecuador von 1999.

3 Als “Biomedizin” bezeichne ich all jene medizinischen Wissensbestände und Praktiken, die sich an den akademisch etablierten Naturwissenschaften orientieren, mit der Biologie als Leitwissenschaft.

4 Der *Kichwa*-Begriff “*maki*” bedeutet “Hand“ und das Suffix “-*yuk*” zeigt Besitz an (vgl. Mugica 1979: 23 und 97). Die Ausdrücke “*mal aire*” und “*pupupaway paju*” werden oft zur Bezeichnung von Erkrankungssituationen benutzt. Wörtliche Übersetzungen: “*mal aire*” (spanisch): “böse Luft”, “*pupupaway paju*” (*kichwa*) sinngemäß: “Krankheit des springenden Bauchnabels”, von “*pupu*” – “Bauchnabel”, “*pawana*” – “springen” (vgl. Mugica 1979: 103 bzw. 100). “*Paju*” (*kichwa*) kann in manchen Kontexten wie “Krankheit” verstanden werden (vgl. Knipper 2001: 136ff). “*Yachak*” (*kichwa*): von “*yachana*” – “wissen” (Mugica 1979: 111). Zur Bezeichnung von Heilern als *yachak* bei den *Naporuna* in Ecuador: Iglesias 1979: 113ff, Kohn 1992: 34ff, Muratorio 1998: 293ff, Peñaherrera de Costales/Costales 1969: 141f. Zum andinen Hochland vgl. Wörrle 2002.

5 Vgl. Kleinman 1995: 23f, [van der] Geest 1997.

häufig zu findender Topos in Studien aus den Bereichen Ethnomedizin und Medizin in Entwicklungsländern. Der Blick auf den Pluralismus erschöpft sich dabei nicht selten in der Frage der Wahlentscheidung zwischen den verschiedenen "Systemen" und endet damit gewissermaßen am Eingang zur Hütte des Heilers bzw. an der Tür des ärztlichen Wartezimmers.

Erübrigt sich aber mit der Entscheidung "Heiler oder Arzt" die Frage nach Pluralismus in der medizinischen Praxis, und schließt die Identifikation einer Erkrankung mit *mal aire* oder *Malaria* die Möglichkeit einer fortbestehenden Vielfalt innerhalb der krankheitsbezogenen Denk- und Handlungsweisen der beteiligten Personen aus? Ist es sinnvoll, die methodische und theoretische Offenheit, die eine Anerkennung eines weitergehenden Pluralismus beinhalten würde, sozusagen an der Garderobe der "medizinischen Systeme" abzugeben? Wo bleiben dann die individuellen Auffassungen, Erfahrungen, Sorgen und Bedürfnisse der Beteiligten? Wie steht es um mögliche Unterschiede der auf Krankheit bezogenen Verständnisweisen und Handlungsprioritäten beispielsweise in der konkreten Interaktion zwischen Patienten, Angehörigen und einem medizinischen Spezialisten? Gibt es in dieser Situation nur *eine* Auffassung von Krankheit, nur *eine* mögliche Erklärung der Beschwerden und nur *eine* Art die gewählte Behandlung zu verstehen? Bedeutet gleichzeitig das Stellen einer Diagnose andauernde Klarheit über die Ursache, die beste Behandlungsweise, die Prognose, das weitere Vorgehen und die individuelle Bedeutung eines Krankheitsereignisses? Wo bleiben hier die Zweifel und Widersprüche, die unterschiedlichen Ideen, Prioritäten und Erfahrungen sowie die Wissbegierde der Menschen und wie kann man diese empirisch erfassen? Wo bleiben schließlich Leute wie die Dorfgesundheitsarbeiter, die bei der antibiotischen Behandlung einer Lungenentzündung keineswegs ihren "traditionellen" Vorstellungen abschwören?⁶

Dem Verständnis der *Naporuna* und ihrer krankheitsbezogenen Denk- und Handlungsweisen war es nicht zuträglich, die eigenen Beobachtungen an der Dichotomie zwischen "traditioneller" und "moderner" Medizin und am Modell eines Pluralismus distinkter "medizinischer Systeme" (vgl. Bichmann 1995: 47) zu orientieren. Im nun folgenden Text soll daher die Situation am Río Napo sozusagen "jenseits der Systeme" beschrieben werden. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen dabei konkrete Fallgeschichten von Menschen, die mit Krankheit konfrontiert wurden, sich daraufhin ihre Gedanken machten und handelten. Die Fragen, die mich dabei interessierten, sind die folgenden: Was unternehmen die Menschen am Río Napo im Krankheitsfall und was denken sie sich dabei? Wie erklären sie ihr Handeln, ihre Erfolge und Misserfolge? Wie können schließlich ihre Erklärungen und beobachteten Handlungsweisen von einem Außenstehenden interpretiert werden und welchen heuristischen Wert besitzt dazu das Konzept vom "medizinischen Pluralismus"?

6 Dorfgesundheitsarbeiter: Mitglieder der Dorfgemeinschaft, die im Rahmen des Gesundheitsprojektes der indianischen Föderation FCUNAE in biomedizinischen Grundkenntnissen ausgebildet und mit den entsprechenden Medikamenten ausgerüstet werden.

Den Ausgangspunkt der Erörterungen wird – sozusagen im Nachvollzug meiner Vorgehensweise während der Feldforschung – der vermeintliche Krankheitsbegriff *mal aire* darstellen. Beginnend mit der Geschichte eines “an *mal aire*” verstorbenen Mädchens soll dabei zunächst die Frage erörtert werden, ob es gerechtfertigt ist, bei *mal aire* von einer “Krankheit” aus dem Bereich der “traditionellen Medizin” zu sprechen. Anschließend wird ein erster Blick auf den alltäglichen medizinischen Pluralismus am Río Napo geworfen, bevor die Frage der Entscheidungskriterien der Patienten für und wider eine bestimmtes medizinisches Angebot betrachtet wird. Erst dann wird der Blick explizit auf solche Fälle gerichtet, in denen die vermeintliche Grenze zwischen “traditioneller” und “moderner” Medizin thematisiert zu werden sich lohnt.

Braulios Tochter⁷

Don Braulio berichtet vom Tod seiner Tochter, der inzwischen einige Jahre zurück liegt. Diese traurige Geschichte kann als eine typische Schilderung von *mal aire* bei den *Naporuna* verstanden werden. “Typisch” in dem Sinne, als dass viele der hier angesprochenen Aspekte auch bei allgemeineren Gesprächen zu diesem Thema, also ohne Bezug zu einem konkreten Erkrankungsfall, angesprochen und auf eine ähnliche Weise beschrieben werden.

Es war vor etwa 15 Jahren. [...] Wir waren im Haus meiner Schwester gewesen und hatten ihr bei der *minka*⁸ geholfen. Unsere Tochter begleitete uns; sie war damals etwa sieben Jahre alt. [...] Am Nachmittag auf dem Heimweg packte sie der *mal aire*. Wir wussten damals noch nicht, dass es *mal aire* gewesen war. Der *yachak* hat das nachher gesagt. Als wir zu Hause ankamen, da bekam sie Fieber. Wir dachten, es sei *paludismo* gewesen und versuchten es, als *runa*⁹, mit Heilpflanzen. Wir hatten keine anderen Medikamente. Aber die Heilmittel hatten keinen Erfolg. Weil es *mal aire* war und wir keinen *paju* hatten, wirkten sie nicht. Etwas später begann das Mädchen sich zu erbrechen und hatte Durchfall. Schwarz war der Durchfall und das Erbrochene ebenso. Wir wollten sie zu einem *yachak* bringen, damit er sähe und sie behandle, aber es gab keinen hier in der Nähe. Also starb sie. Später ließen wir einen *yachak* sehen. Er sagte, es sei *mal aire* gewesen. Der *malagri* habe sie auf dem Nachbarschaftsweg genommen [...], als wir von der *minka* zurück kamen [...].

In dieser Fallgeschichte erscheint *mal aire* als eine schwerwiegende und schließlich tödlich verlaufende Erkrankung eines Kindes. Dieses Bild entspricht weitgehend den ersten Informationen, die mir im Jahre 1992 am Río Napo zu diesem Thema begeg-

7 Die Namen aller hier genannten Informanten und Akteure sind Pseudonyme. Zu jedem Zitat wird jedoch die während der Feldforschung etablierte Informantenidentifikation genannt, hier: BP2 [19.3. 1999]. Hier wiedergegeben ist eine gekürzte Fassung der in Knipper / Mamallacta / Narváez / Santi (1999: 34) auf Spanisch veröffentlichten Fallgeschichte.

8 “*Minka*”: Traditionelle Form der Gemeinschaftsarbeit.

9 “*Runa*”, wörtlich “Mensch”, wird hier im Sinne der Selbstidentifikation als Angehöriger der *Kichwa*-sprechenden indianischen Kultur verwendet.

neten (vgl. Knipper 1996: 26). “Schwarzer Durchfall” und “schwarzes Erbrechen” wurden damals außerdem als die typischen Symptome dieser Erkrankung genannt, die oft innerhalb weniger Tagen zum Tod der kleinen Patienten führen würde.

Fragen zu *mal aire*

Was ist nun dieses *mal aire*? Und was unterscheidet es von Malaria und anderen am Napo bekannten Erkrankungen, sowohl aus dem Bereich der Biomedizin als auch aus jenem der “indianischen Medizin”, wie *susto* oder *pupupaway paju*?¹⁰ Ist *mal aire* eine Diagnose? Schließt *mal aire* das Vorliegen einer anderen Erkrankung aus?

Um diese Fragen zu erörtern, ist es zunächst notwendig, genauer zu überlegen, was *mal aire* überhaupt ausmacht und worauf sich dieser Ausdruck bezieht. Wofür stehen diese beiden Wörter hier? Sind sie mit Recht als Krankheitsbezeichnung zu interpretieren, und welche Bedeutung kommt ihnen im lokalen medizinischen Pluralismus zu?

Die Symptome

Ein erster Versuch der Eingrenzung dieses Krankheitsphänomens sollte über die Symptome erfolgen. In der Literatur gibt es dazu diverse Vorbilder¹¹ und auch in der ethnomedizinischen Theoriediskussion kommt dieser Art der Klassifizierung von so genannten “Kulturgebundenen Syndromen” eine erhebliche Bedeutung zu. So stellt beispielsweise Habermann (1993: 97) fest, dass sich ein kulturgebundenes Syndrom – also eine Art Erkrankung, die nur in einer spezifischen “Kultur” bekannt ist – durch häufig genannte “Kern-” und seltener genannte “mögliche Symptome” auszeichnet. Der “schwarze Durchfall” und das “schwarze Erbrechen” sowie der schnelle und oft tödliche Verlauf könnten in diesem Sinne als Hauptkriterien zur “Diagnose” von *mal aire* bezeichnet werden, während anderen, seltener genannten Krankheitszeichen die Rolle von “möglichen Symptomen” zukäme.

Viele Erkrankungsfälle, die mir gegenüber von den Menschen am Río Napo als *mal aire* bezeichnet wurden, erfüllten diese Kriterien und hätten damit als Manifestationen des “lokalen Krankheitsphänomens *mal aire*” beschrieben werden können. Andere jedoch nicht. Und diese Fälle stellen damit die an den Symptomen orientierte Perspektive grundsätzlich in Frage: Denn entweder irrten die Informanten, wenn sie anders verlaufende Erkrankungen, beispielsweise mit vom Unterleib in den Brustkorb wandernden Schmerzen, Harnverhalt und Atemnot als *mal aire* identifizierten (JAV [22.10.98]), oder die ethnomedizinische Kategorie passt nicht auf die von diesen erfah-

10 Der spanische Ausdruck “*susto*” (= “Schreck”) wird von vielen Autoren als weit verbreitetes indigenes Krankheitsphänomen in Lateinamerika beschrieben, vgl. zur Übersicht und zur theoretischen Kritik der verschiedenen Interpretationsansätze: Greifeld (1985, 1995) sowie Hoerbst (1996).

11 Vgl. Alarcón (1988: 10f), Estrella (1978: 125ff) und Iglesias (1989: 190). Valdivia (1975: 104) unterscheidet an Hand der Symptome verschiedene Arten von *mal aire*, während Wörrle (2002, Kap. 5) explizit auf die Schwierigkeiten des symptomorientierten Ansatzes hinweist.

rene und mir im Gespräch geschilderte Wirklichkeit. Aber irrt ein Informant wie Don Gregorio, wenn er die rhythmischen Zuckungen der Arme und Beine seiner dabei bewusstlosen kleinen Schwester als *mal aire* bezeichnet (RM1 [13.9.98])? Hatte das Kind "eigentlich" einen epileptischen Anfall, der sich typischerweise durch diese Symptome auszeichnet?

Der Weg über die Symptome stellte sich im Zuge der Forschung als ungeeignet heraus zur Erfassung von *mal aire* und der damit verbundenen Überlegungen, Aussagen und Handlungen der *Naporuna*. Dabei nimmt nicht nur die Vielfalt der bei der Schilderung konkreter Fälle genannten Symptome diesem Kriterium jeglichen Sinn, sondern auch die Überschneidung mit den körperlichen Zeichen anderer Erkrankungen sowohl aus dem Bereich der "traditionellen Medizin" als auch der Biomedizin. Denn sowohl eine Malariaerkrankung als auch ein ausgeprägter Befall mit Spulwürmern oder Amöben kann ein solches Bild verursachen. Und aus dem Spektrum der lokalen Krankheitsbegriffe sind weder der durch einen "magischen Pfeil" verursachte Schadenszauber (*chonta pala*)¹², noch *pupupaway paju* oder der in vielen Regionen Lateinamerikas beschriebene "*susto*" sicher an Hand der Symptomatologie zu unterscheiden.

Die Krankheitsursache (Ätiologie)

Neben den Symptomen wird in der Literatur auch die Ätiologie, also die angenommene Ursache einer Erkrankung, als wichtiges Kriterium zur Bestimmung kulturspezifischer Krankheitssyndrome angenommen.¹³

Als Ursache von *mal aire* wird häufig der Kontakt mit Geistern oder mit den Seelen Verstorbener angegeben,¹⁴ und auch am Río Napo war oft von solchen Ereignissen die Rede: Die Tochter von Don Braulio sei vom *malagri* "gepackt worden", anderen war eine Totenseele (*aya*) begegnet, sie hatten einen Geist (*supay*) gesehen, gehört, als Windhauch gespürt oder gerochen (Knipper 2001: 78ff). Aber auch diese Angaben eigneten sich wegen mangelnder Eindeutigkeit und vielfacher Überschneidungen leider nicht zur Definition einer unterscheidbaren Krankheitskategorie. Zwar erklären sie mit dem Bezug zu "Wind" und "Luft" die sprachliche Bedeutung des Ausdrucks, aber zur Definition einer Krankheitskategorie blieben die Auskünfte zu vage. Aus den Aussagen zu *mal aire* sprach eine solche Vielfalt an Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten mit *supay* und den posthumen Existenzen von Verstorbenen, dass diese nur mit Hilfe

12 "*Chonta pala*" (*kichwa*): Nach Mugica (1979: 88) lange Streifen aus dem Stamm der *Chonta*-Palme, die zum Bau der Böden der indianischen Häuser verwendet werden, sowie Pfeile, die von den "Hexern" ("*brujo*" i. O.) zu ihren Gegnern geschickt werden, um ihnen Schaden zuzufügen. Vgl. auch Whitten (1987: 174).

13 Zur Ätiologie in der Diskussion um kulturspezifische Symptome vgl. die Definition der *Culture-Bound-Syndroms* (CBS) von Cassidy (1982: 326), die als zweite von vier Charakteristika der CBS die Ätiologie anführt: "*The etiology summarises and symbolizes core meanings and behavioural norms of that culture*".

14 Z. B.: Argüello (1996: 110f), Estrella (1978: 125f), Valdivia (1975: 105).

eines sehr groben Rasters als homogene Kategorie zu bezeichnen gewesen wären. Außerdem zeigten sich bei Mehrfachbefragungen zu konkreten Fallgeschichten oder in Gruppendiskussionen, dass mit *Mal Aire* identifizierte Ereignisse gleichzeitig auch mit Begriffen wie *chonta pala* oder *susto* assoziiert sein können.

Das wichtigste Argument gegen eine Beurteilung von *mal aire* als ätiologische Kategorie war aber schließlich die Qualität der Antworten auf die direkte Frage nach *mal aire*: Als "Krankheit" wurde es nur dann bezeichnet, wenn der Anlass zum Gespräch ein konkreter Erkrankungsfall gewesen war oder wenn ich selbst die Unterhaltung in diese Richtung lenkte (vgl. Knipper 2002). Ansonsten kreisten die Gespräche zu *mal aire* um die Totenseelen und deren Charakter, der im wesentlichen abhängig war von dem Leben, das der Mensch vorher geführt hatte. Es ging um die verschiedenen *malagri supay*, also die mit *mal aire* assoziierten Geister, um deren Ursprung und Manifestationsformen, sowie um die zwielichtige Rolle der *yachak*. Nicht der Geist und dessen Auswirkung auf die erkrankten Patienten, nicht die möglicherweise beschmutzte oder geraubte Seele des Opfers und auch nicht die Heilungsrituale und Behandlungsmethoden der *makiyuk* und *yachak* standen im Mittelpunkt dieser Gespräche, sondern der Mensch in seiner Beziehung zur sozialen Umwelt, zu seinen lebenden und verstorbenen Mitmenschen sowie zu den *supay*. Wenn hier überhaupt ein Etikett aufgeklebt werden soll, dann hätten diese Aussagen also eher als religiöse denn als medizinische Vorstellungen interpretiert werden können. Darüber hinaus finden sich im Zusammenhang mit *mal aire* vielfach Aussagen über das "richtige" oder "falsche" Verhalten eines *runa*, also über lokale ethische Normen und soziale Verpflichtungen (z. B. Gabentausch), die weder dem einen noch dem anderen der genannten Bereiche – Religion oder Medizin – ohne weiteres hätten zugeordnet werden können. Die Reduktion von *mal aire* auf den im Krankheitszusammenhang gelegentlich schlüssig erscheinenden Bedeutungsaspekt "Ätiologie" käme hier einer erheblichen Verengung der Beobachtungsperspektive und des Interpretationsrahmens gleich.

Paju

Ein dritter Aspekt von *Mal Aire*, der diesen Begriff mit Krankheit assoziiert, hängt mit dem Ausdruck "*paju*" zusammen.

Don Braulio bemerkt *paju* nur in einem Nebensatz: Weil er und die anderen, die sich um seine kranke Tochter bemühten, keinen *paju* hatten, hätten die gegebenen Heilmittel nicht gewirkt. Was verbirgt sich hinter dem Begriff "*paju*"? "Krankheit" allein kann es nicht sein, da Don Braulio ja den Mangel an *paju* beklagt und von einem irgendwie gearteten "Mangel" an Krankheit kann wohl im Angesicht eines sterbenden Kindes kaum die Rede sein.¹⁵ Hier erscheint eine semantische Komponente im Sinne

15 In der Literatur wird *paju* meist in einem mehr oder weniger spezifischen Sinne von "Krankheit" übersetzt; Iglesias (1989: 76): "halb-übernatürliche Erkrankung", Mugica (1979: 100): "Hexerei, *chonta pala*, offene Wunde, Hautquaddel", Orr/Wrisley (1965: 69): "jegliche Krankheit", Whitten (1987: 347): "Krankheit, die nicht durch einen spirituellen Pfeil verursacht wurde" und "allgemeine

von "Heilkraft" wesentlich zutreffender und in vielen Fällen erwies sich diese denn auch die beste aller möglichen Interpretationen: *paju* als die spezifische Fähigkeit zur Behandlung einer Erkrankung, die selbst wiederum mit diesem Begriff identifiziert wird. Der Ausdruck *malagri paju* bezieht sich damit auf eine Erkrankung im Zusammenhang mit dem *malagri supay*, die nur von jemandem behandelt werden kann, der den entsprechenden *paju* – jetzt im Sinne von "Heilkraft" – besitzt. Und diese Art *paju* ist nach der übereinstimmenden Aussage aller Informanten in der Hand der Person lokalisiert und wird durch ein Ritual von einem anderen *pajuyuk*, also "*Paju*-Besitzer", erworben oder direkt aus der Natur (vgl. Knipper 2001: 136ff). Ein *pajuyuk* entspricht damit dem eingangs genannten *makiyuk*, der als kompetenter Heiler für – zum Beispiel – *mal aire* bezeichnet werden könnte. Nur jemand der in seiner Hand den entsprechenden *paju* besitzt, kann eine solche Erkrankung erfolgreich behandeln, und nur in seiner Hand zeigen die verwendeten Heilmittel Wirkung. Don Braulio hätte alle Heilmittel, die in solchen Fällen am Río Napo üblicherweise Anwendung finden – darunter verschiedene Pflanzen zum Abwedeln sowie tierische und menschliche Haare, geraspelte Kuhhörner und Harze zum Verrauchen in einem mit glühender Kohle gefüllten Baumwollnest – zubereiten und benutzen können. Aber ohne *paju* wäre alles sinnlos gewesen. Ohne *paju* hatte er keine Chance, seine Tochter zu retten.

Paju als zusammenfassende Bezeichnung sowohl für die Krankheit als auch für die Heilkraft bestätigt damit auf den ersten Blick wieder die Auffassung von *mal aire* als indianisches Krankheitskonzept, welches Krankheit und Heilung integriert und sich damit deutlich von entsprechenden Vorstellungen der Biomedizin unterscheidet. Und auf der Seite der Anbieter medizinischer Leistungen entsprechen dieser Krankheitsvorstellung sogar die *makiyuk* bzw. *pajuyuk* als eine spezifische Art von Heilern, deren Platz im Spektrum des medizinischen Pluralismus damit geklärt zu sein scheint.

Leider missfiel diese Deutung aber den Protagonisten. Im konkreten Fall der *makiyuk* überraschte dabei zunächst, dass sie sich selber nicht als Heiler bezeichneten und auch von der weiteren Bevölkerung nicht als solche angesehen wurden. Lange Zeit waren sie im Rahmen der Feldforschung damit quasi unauffindbar, denn alle meine Fragen nach den "Heilern" von *mal aire* liefen ins Leere beziehungsweise führten an den *makiyuk* vorbei zu den *yachak*. Unter diesen gibt es zwar einige, die auch behaupten, die entsprechende "Hand" erworben zu haben und manche werden in solchen Fällen auch konsultiert, aber in vielen dokumentierten Fallgeschichten kam den *yachak* eher die Funktion zu, nach dem Tod oder der Genesung des Patienten mit Hilfe der halluzinogenen Droge *aya waska* zu "sehen", was vorgefallen war und gelegentlich auch zu bestimmen, wer den *malagri* geschickt hatte. Die Behandlung von mit *mal aire* assoziierten Erkrankungen erfolgt dagegen auch bei den *yachak* ohne die Einnahme der Dro-

mystische Erkrankung". Kohn (1992: 9) gibt dagegen zu, keine klare Definition zu kennen und dass seine Informanten ihm bedeutet hätten, dass es da "nichts Mystisches" gäbe. Anders der Informant von Muratorio (1998: 307): Es gebe Krankheiten, "die sind *paju*, eine Gefahr, von der wir nicht wissen, woher sie kommt".

ge. Eine weitere Beobachtung entfernte den Ausdruck *paju* schließlich noch weiter aus dem Bereich einer als “medizinisch” zu bezeichnenden Kategorie: Denn die so bezeichnete und durch ein mehr oder weniger aufwendiges Ritual erworbene Fähigkeit gab es nicht nur zur Behandlung von mit *mal aire* assoziierten Erkrankungen, sondern ebenso für viele andere Anwendungsgebiete. Manch ein *Naporuna* besitzt den *paju* zum Fischen oder zum Erdnüsse züchten, andere für die Beruhigung eines “tanzenden Bauchnabels” (= *pupupaway paju*, s. o.) und einige wenige eben für die Behandlung dramatischer Erkrankungen in Zusammenhang mit *mal aire*.

***Mal aire* und der alltägliche medizinische Pluralismus**

Was hat *mal aire* und was haben die damit verbundenen Aussagen und lokalen Begriffe nun noch mit Medizin zu tun und welche Rolle kommt ihnen im medizinischen Pluralismus zu? Einerseits spielt Krankheit im Zusammenhang mit *mal aire* offensichtlich eine wichtige Rolle, an die uns nicht zuletzt die Patientenschicksale immer wieder eindringlich erinnern. Andererseits führen alle Deutungsversuche im Sinne medizinischer Kategorien und ethnomedizinischer Modelle zu erheblichen Schwierigkeiten. In diesem Dilemma kann der Blick auf weitere Fallgeschichten, in denen wie so oft im medizinischen Alltag Sorgen und Zweifel, Unsicherheit und vage Hoffnungen wesentlich präsenter sind als klare Diagnosen und definierte Handlungsstrategien, zur Klärung beitragen. Beginnen will ich dabei erneut mit einigen weiteren Gedanken zum oben geschilderten Fall von Don Braulios Tochter.

Das Mädchen war plötzlich schwer erkrankt. Es war Nacht, und die Familie machte sich ernste Sorgen. Das Kind war heiß und zitterte am ganzen Körper, so dass der erste Gedanke in Richtung *paludismo* ging. Das “Sumpffieber”, im biomedizinischen Sprachgebrauch meist mit der durch Mücken übertragenen und von einzelligen Blutparasiten (Plasmodien) ausgelösten Malaria identifiziert, ist am Río Napo sehr häufig und den Menschen entsprechend gut bekannt. Die *Kichwa*-Bezeichnung für eine fieberhafte Erkrankung mit dem für Malaria so typischen heftigen Schüttelfrost ist *chukchu unkuy*¹⁶. *Paludismo* und *chukchu unkuy* dürfen dennoch nicht einfach mit Malaria gleich gesetzt werden, da es auch verschiedene andere biomedizinisch definierte Krankheiten gibt, die mit Fieber und Schüttelfrost einhergehen, und auf der anderen Seite kann eine durch Plasmodien ausgelöste Malaria in einem Gebiet wie dem unteren Río Napo, wo Malaria sehr häufig auftritt, aus immunologischen Gründen auch anders als mit Fieber und Schüttelfrost ablaufen.

Don Braulio versuchte nun, dem fiebrig zitternden Kind entsprechend seiner Erfahrung mit anderen Fällen von *paludismo* oder *chukchu unkuy* durch die Gabe von Heilpflanzen zu helfen, aber es gelang ihm nicht. Medikamente standen ihm nicht zur Verfügung und es ist müßig zu spekulieren, ob er sie eingesetzt und ob sie geholfen hätten.

16 Wörtliche Übersetzungen: “*chukchuna*” – “zittern”, “*unkuy*” wird sowohl mit “Fieber” und “Hitze”, als auch allgemein mit “Krankheit” übersetzt (Mugica 1979: 89 bzw. 110).

Retrospektiv schreibt er das Scheitern seiner Bemühungen dem erst nachträglich von den *yachak* diagnostizierten *mal aire* zu. Dieses Konzept gewinnt aber erst zu einem recht späten Zeitpunkt innerhalb dieser Geschichte an Bedeutung. Was durch diese nachträgliche Aussage des *yachak* rückblickend als Erklärung für die Erkrankung und für den Tod des Kindes anerkannt wird, spielte also möglicherweise während der akuten Erkrankung noch keine so bedeutende Rolle. Handelte es sich dennoch von Beginn an um *mal aire*?

Niemand weiß, was geschehen wäre, wenn das Kind überlebt hätte, wenn die Heilpflanzen oder Medikamente geholfen hätten. In vielen anderen Fällen war jedoch gut zu beobachten, dass eine Erkrankung, die ebenso begann wie jene von Braulios Tochter, die aber problemlos behandelt werden konnte und ausheilte, nicht mit *mal aire* assoziiert wurde. So lassen am Río Napo offensichtlich plötzlich eintretende Übelkeit, Schwäche und auch Fieber zunächst immer an einen *wayra* denken, einen "normalen" Wind, der auf Nachfrage mit dem Kontakt mit einem nicht besonders bösartigen Totengeist oder einem der vielen *supay* des Waldes oder des Flusses erklärt wird. Ein Kind, welches solch einen "normalen" *wayra* abbekommen hat, weil beispielsweise ein alter Mensch im Dorf gestorben ist und sich nach der Beerdigung als Totenseele noch in der Umgebung seines Hauses bewegt und dabei das Kind "erschreckt", wird mit wohlriechenden Blättern abgewedelt, und damit ist die Erkrankung in den meisten Fällen ausgestanden.

Ein solcher *wayra*, auf Spanisch auch als *mal viento* bezeichnet, ist im Allgemeinen nicht der Rede wert. Kein Fest und keine Versammlung werden unterbrochen, wenn dort jemand an einem *viento* erkrankt. Auch über die "Ursache", also den "Wind", den "Geist" oder die "Totenseele", die da möglicherweise den Menschen "erschreckt" hat, wird kaum ein Wort verloren.¹⁷ Es sind schon energische Nachfragen vonnöten, um die entsprechende Auskunft zu bekommen. Ansonsten heißt es lapidar: "*es un viento no más*", und damit erübrigt sich jegliche weitere Erklärung.¹⁸

Komplizierter werden solche Geschichten erst, wenn es sich nicht um einen simplen *wayra* handelt, also wenn der Zustand des Patienten sich mit dem üblichen Abwedeln nicht bessert oder gar verschlechtert. Das wirft für die Betroffenen dringende Fragen auf und veranlasst die schnelle Suche nach weitergehender Hilfe. Die Entscheidung, die schließlich getroffen wird, hängt dabei von vielen Kriterien ab und folgt keinem leicht vorherzusagenden kognitiven Algorithmus, der sich beispielsweise primär an der angenommenen Ätiologie oder an einem spezifischen Leitsymptom ausrichtet. Andererseits spricht auch nichts dafür, das Vorgehen der Menschen als reinen Pragmatismus im Sinne eines "*healer shopping*" (Pfleiderer 1995: 87) zu bezeichnen, bei welchem die Menschen jedes gerade erreichbare Angebot annehmen würden, unabhängig davon, um welche Art von "Medizin" es sich dabei handelt. Denn diese Interpretation impliziert entweder die Vorstellung, dass sich die Menschen den verschie-

17 *Aya manchaska*: "durch eine Totenseele erschreckt", BG [13.5.98] und SSX [23.5.1999].

18 GM [6.1.1998], sinngemäße Übersetzung: "Es ist halt ein Wind, sonst nichts".

denen Institutionen passiv darbielten würden, ohne sich selbst weitere Gedanken über die eigene Erkrankung und die durchzuführenden Behandlungsformen zu machen. Oder als zweite Möglichkeit, dass sie im Sinne eines verinnerlichten Pluralismus beliebig von einer Krankheitsvorstellung zur nächsten wechseln würden, die vergleichbar mit den unterschiedlichen Programmen auf der Festplatte eines Computers substantiell verschieden und strikt voneinander getrennt vorliegen und im Bedarfsfall “abgerufen” würden. Die Erfahrungen mit den *Naporuna* legen jedoch andere Interpretationsmöglichkeiten nah.

Gesetzt den Fall, jemand hegt in einem Erkrankungsfall schon früh den Verdacht auf eine bedrohliche Erkrankung im Zusammenhang mit einem bösartigen *malagri*. Der Anlass dazu könnte sich zum Beispiel daraus herleiten, dass die erkrankte Person von einer Geisterscheinung berichtete, die dem Krankheitsbeginn vorausging. Ein weiterer Hinweis könnte das Versagen der konventionellen Behandlung darstellen. Der Vater eines verstorbenen Kindes berichtete beispielsweise folgendes: “Wir wedelten sie mit Blättern für *mal aire* ab, konnten sie aber nicht heilen.” Anschließend beschreibt er ein tödliches Dilemma:

Und wir konnten sie nicht zu einem Heiler bringen. Damals hatten wir kein Motorkanu und man kam einfach nicht in das Dorf flussabwärts, wo ein Heiler lebte. Wir wedelten sie zu Hause drei Tage lang ab, konnten sie aber nicht heilen. Am dritten Tag starb sie. Sie war erst drei Jahre alt (AA 1 [6.7.98]).

Andere haben mehr Glück und erreichen rechtzeitig jemanden, der kompetent helfen kann. Nicht selten verlaufen aber auch solche Geschichten über mehrere Stationen und selbst die Angehörigen eines *yachak* sind nicht gefeit vor Irrungen und Umwegen, wie der Fall der Ehefrau eines solchen illustriert, die fast wegen *mal aire* verstorben wäre: Sie sei gegen Mittag während der Arbeit in den Yukapflanzungen plötzlich von Durchfall, Erbrechen und Schwindel heimgesucht worden und in der darauf folgenden Nacht schwer erkrankt. Nach Hilfe habe man zunächst bei der “Biomedizin” gesucht:

Weil der Gesundheitsarbeiter in der Nähe wohnte und ein *yachak* seine eigene Frau nicht behandeln kann, gaben sie ihr Heilmittel aus der Apotheke. Aber diese hatten überhaupt keinen Effekt. Daher machten sie sich auf, einen anderen *yachak* zu suchen [...]. Der nahm *yajé* und heilte sie, indem er sie mit einem glühenden Baumwollnest abrieb.¹⁹ Da beruhigte es sich ein bisschen. Der *yachak* sagte, es sei *mal aire* gewesen, auf *Kichwa* sagen wir *supay wayra*.²⁰

19 Das “glühende Baumwollnest” spielt bei der Behandlung von mit *mal aire* assoziierten Erkrankungen eine große Rolle: In ein zu einem handlichen Paket geformten “Nest” aus Baumwolle werden geraspelt Kuhhorn, Tier- und Menschenhaare, Harz und andere Materialien mit Kohle zum Verglühen gebracht. Mit dem dabei entstehenden Rauch wird der Patient dann “eingeräuchert”.

20 Fallbeschreibung von BT [16.12.98]. Das Zitat entstammt der auf dem Interview aufbauenden und von meinen lokalen Mitarbeitern redigierten Fassung aus der lokalen Publikation (Knipper/Mama-lacta/Narváez/Santi 1999: 34). Der Begriff *yajé* wird oft als Synonym für *aya waska* benutzt.

In manchen Fällen ließ die Krankheit den Betroffenen jedoch einfach keine Zeit mehr um noch zu erfahren, ob jemand hätte helfen können und welche Instanz die richtige gewesen wäre. So berichtete ein junger Mann vom Tod seines Vaters, der selber noch den Verdacht auf einen *wayra* geäußert habe. Er hätte einen Affen im Wald gesehen, der plötzlich im Nichts verschwunden sei. Das sei der *mal aire* gewesen (JAV [22.10.1998]). Der Tod kam im Lauf der folgenden Nacht, mit diffusen Schmerzen im Leib, Harnverhalt und Atemnot. Die Familie hatte vorgehabt, den Vater bei Sonnenaufgang zum Krankenhaus oder zu einem *yachak* zu bringen, welche beide etwa mit gleichem Aufwand zu erreichen gewesen wären. Die Entscheidung erübrigte sich jedoch, denn kurz vor Tagesanbruch starb der Mann. Rückblickend lässt der Sohn offen, welche die richtige Option gewesen wäre.

Andere sind sich da sicherer, zumindest im Blick zurück: So berichtete der Onkel eines verstorbenen Kindes, ein erfahrener Dorfgesundheitsarbeiter, dass es wohl die falsche Entscheidung gewesen sei, mit seiner Nichte damals in das nahegelegene Krankenhaus zu fahren. Sie verstarb dort nach etwa 12 Stunden, laut Krankenakte an den akuten Komplikationen eines massiven Befalls mit Spulwürmern (Darmverschluss mit nachfolgender Bauchfellentzündung und Darmblutung). Für die Familie steht jedoch außer Frage, dass die Erkrankung mit *mal aire* in Zusammenhang stand und daher die Krankenhausbehandlung rückblickend betrachtet unmöglich erfolgreich hätte sein können.²¹

Eine Krankheit, die wider Erwarten anhält und auf die Behandlung nicht anspricht, führt also immer zu neuen Überlegungen und zur fortgesetzten Suche nach sinnvoll erscheinenden Handlungsalternativen. Die Vorstellungen, die zur Deutung einer Erkrankung über *mal aire* führen, zeigen dabei eine zunächst überraschende Plastizität. Denn abgesehen von der großen Variabilität der Symptome können auch extrem langwierige Verläufe entgegen der ansonsten allgemein verbreiteten Auffassung, dass *mal aire* unbehandelt immer sehr schnell zum Tode führt, noch in diesem Sinne interpretiert und behandelt werden. So berichtete eine Informantin von ihrem Nachbarskind, welches über sechs Monate kränklich gewesen sein soll, zunehmend dünner und schwächer wurde und bei dem alle Behandlungsversuche nicht fruchteten. Irgendwann sei dann jemand auf den Gedanken gekommen, es mit Abwedeln gegen *mal aire* zu versuchen: „Nicht dass das *mal aire* ist“, habe jemand gesagt, das Mädchen auf Verdacht abgewedelt und in der folgenden Nacht sei das Kind wieder aufgestanden und genesen.²²

In komplizierten Fällen scheinen alle Beteiligten aufgefordert zu sein, in sich zu gehen und zu überlegen, weshalb da jemand krank geworden ist und was man unternehmen kann. So schilderte mir ein weiterer Informant, der Dorfgesundheitsarbeiter

21 EM1 [8.8.98]; im Krankenhaus von *Nuevo Rocafuerte* ist das Schicksal des Mädchens für den 26. und 27. September 1995 dokumentiert. Ähnliche Berichte und retrospektive Beurteilungen nannten JJ [18.2.99] und MN 3 [21.5.99].

22 BD [21.5.99], von einem ähnlichen Verlauf berichtete auch OL1 [14.5.98].

Don Benjamín, wie er einem Kind aus seiner Nachbarschaft erst helfen konnte, als dessen über zwei Tage anhaltendes Leiden ihn daran erinnerte, den Jungen kurz vorher zum Spaß erschreckt zu haben (BG [13.5.98]): “Wie *mal aire* war das”, sagte er, mit “Kopfschmerzen, Durchfall, Erbrechen und Fieber”. Er hätte den Jungen daraufhin mit Tabak behandelt und an dessen Fingern gezogen, bis es an den Fingergelenken knackte: “Truck – truck – track”, beschrieb er es lautmalerisch. Am Ende hätte er ihn noch gut abgewedelt und daraufhin sei das Kind genesen, nachdem die Eltern zwei Tage lang nicht gewusst hätten, was los gewesen sei. Als Bezeichnung für diesen Krankheitszustand bemühte der Informant übrigens das Wort “*paju*”. Typisch für *paju* sei dabei seiner Auffassung nach, dass nur er, der das Kind erschreckt hatte, es auch behandeln können. Damit betonte er die oben schon angesprochene Bedeutungskomponente dieses Begriffs, welche die Einheit zwischen der angenommenen Ursache einer Erkrankung und der Quelle der Heilkraft ausdrückt.²³

Entscheidungsfindung im Krankheitsfall

Unter den verschiedenen in einem konkreten Krankheitsfall möglichen Interpretationsmöglichkeiten und den aus diesen folgenden Handlungsoptionen gibt es offensichtlich manche, an die eher gedacht wird als andere. So gilt der erste Gedanke offensichtlich meist einem *wayra*, und der Betroffene wird abgewedelt. Falls die weitere Entwicklung dann jedoch diese Deutung in Frage stellt, muss an Alternativen gedacht werden. Die definitive Erklärung des Zustands im Sinne einer endgültigen “Diagnose” ist jedoch kein Selbstzweck und wird offensichtlich nur selten gestellt, bevor der Patient entweder geheilt oder verstorben ist.²⁴

Die Entscheidungskriterien für eine der möglichen Handlungsoptionen sind vielfältig. In dazu durchgeführten empirischen Studien, die allerdings meist auf die Wahlmöglichkeit zwischen den beiden als Alternativen angesehenen “Systemen” der “traditionellen” und der “modernen” Medizin abzielen, werden vor allem die Fragen der respektvollen und vertrauenswürdigen Behandlung der Patienten durch das medizinische Personal genannt, die Kosten und die Beurteilung der Effektivität der Behandlung.²⁵

Auch die eigenen Erfahrungen in Ecuador zeigen, dass Patienten von medizinischem Personal gelegentlich abschätzig oder auch trotz starker Beschwerden für viele Stunden zunächst nicht behandelt werden. Dies ist jedoch weder zu verallgemeinern,

23 Folgerichtig kann sowohl die Erkrankung als auch die Behandlungskompetenz mit dem selben Begriff benannt werden, auf beides bezieht sich der Ausdruck *paju*. Übersetzungsversuche, die sich dagegen auf den Krankheitsaspekt konzentrieren (vgl. Fn. 15), treffen damit nur einen Teil der komplexen, und außerdem keineswegs auf den “medizinischen” Bereich beschränkten Bedeutung dieses Begriffs.

24 Dies gilt im übrigen auch für biomedizinische Diagnosen, bei denen es sich immer um pragmatische, in den spezifischen Handlungszusammenhang eingeordnete Beurteilungen des Zustandes eines Patienten handelt (vgl. Wieland 1975).

25 Vgl. Bichmann (1991), Kroeger/Barbira-Freedmann (1992), van der Geest (1997).

noch spezifisch für die Biomedizin “an sich” und kann nicht ernsthaft als eine genuine Eigenschaft von ärztlichem und dem weiterem medizinischen Personal in Praxen und Krankenhäusern angesehen werden. Einige der am Napo konsultierten Informanten berichteten ähnliches außerdem auch von Vertretern der so genannten “traditionellen Medizin”: Ein *makiyuk* oder *yachak*, der seine Patienten nicht anständig behandelt, ihnen etwas vormacht, die Wahrheit verheimlicht oder aus Unsicherheit oder Unkenntnis wertvolle Zeit verstreichen lässt, bevor er den Patienten an einen kompetenteren Heiler verweist, büßt erheblich an Vertrauen und Ansehen ein (EC [20.3.99], GS [3.4.99]). Diese eher als “kulturübergreifend selbstverständlich” einzuschätzende Handlungsweise selbstbewusster und kritischer Menschen kann also nur dann als spezifisches Entscheidungskriterium für oder wider die Biomedizin verstanden werden, wenn man die Wahlentscheidung explizit auf diese Frage fokussiert.

Dieselbe Einschränkung gilt für die Bedeutung der direkten und indirekten Kosten einer Behandlung. Eine Vorstellung beim Arzt oder gar ein Krankenhausaufenthalt sowie die notwendigen Medikamente und Hilfsmittel haben zwar tatsächlich ihren Preis. Allerdings verlangen auch manche Heiler inzwischen monetäre Honorare, während andere sich noch mit Naturalien begnügen. Gegenleistungen sind aber grundsätzlich Teil der Interaktion. Zusätzlich sind in einer dünn besiedelten Region wie dem Río Napo noch indirekte Kosten wie für den Transport zu berücksichtigen, die bei Reisen im Motorkanu erheblich sein können, während weite Reisen im manuell bewegten Kanu einen großen Zeitaufwand darstellen. Beide Kostenarten sind jedoch sowohl für eine ärztliche Behandlung als auch für die Konsultation eines *yachak* oder *makiyuk* aufzuwenden und als Kriterium zur Frage des weiteren Vorgehens in der Notsituation einer akuten Erkrankung spielen sie daher sicherlich immer eine wichtige Rolle (vgl. Cosminsky/Scrimshaw 1980). Im Bezug auf die Entscheidung für oder wider eine spezifische Art von Heiler ist die Bedeutung der Kosten aus den genannten Gründen jedoch als eher gering einzuschätzen (vgl. dazu auch Wörrle 2002).

Als weiteres Kriterium wird schließlich die erwartete oder bei vorangegangenen Fällen beobachtete Effektivität der Behandlung genannt. So beschreiben Kroeger/Barbira-Freedmann (1992: 335f), dass nach ihren Erhebungen die Zufriedenheit mit biomedizinischen Behandlungsformen bei Infektionen und bei von selbst zu Ende gehenden Erkrankungen am höchsten sei, während bei chronischen Erkrankungen eher Behandlungen aus dem Bereich der “traditionellen” Medizin geschätzt werden. Bei akuten Erkrankungen und Unfällen gelten die Methoden der Biomedizin also offensichtlich trotz gelegentlich schlechter persönlicher Erfahrungen als sinnvoll und werden nicht gänzlich in Frage gestellt oder abgelehnt.²⁶

Die Effektivität bezieht sich als Entscheidungskriterium allerdings ebenso wie die vorgenannten sowohl auf die Behandlungsformen der lokalen Heiler als auch der biomedizinischen Akteure, und einschränkend muss weiterhin angemerkt werden, dass die Beurteilung von Effektivität möglicherweise von den Betroffenen auf der Basis anderer

26 Vgl. auch Cosminsky/Scrimshaw (1980), van der Geest (1997).

Kriterien erfolgt als bei medizinischem Fachpersonal und auswärtigen Beobachtern. Was als effektive Behandlung und als hilfreich beurteilt wird, hängt wesentlich vom Krankheitsverständnis der Menschen ab, und die körperlichen Symptome sind dabei gewiss ein wichtiges, aber möglicherweise nicht das einzige entscheidende Kriterium.

Jedes der hier genannten Kriterien spielt im Entscheidungsprozess eine Rolle, keines ist jedoch exklusiv für die Wahl zwischen einem lokalen Heiler oder einem Vertreter der biomedizinischen Praxis zuständig. Vor allem Cosminsky/Scrimshaw (1980: 275) weisen in ihrer Studie aus Guatemala darauf hin, dass die Menschen offensichtlich keinen Konflikt zwischen diesen Alternativen empfinden und diese nicht als unterschiedliche Systeme, sondern eher als verschiedene Optionen ansehen. Und die Möglichkeit der Wahl zwischen verschiedenen Optionen beginnt, wie es scheint, eben nicht erst mit dem Eintreffen der "westlichen" Medizin, sondern besteht unabhängig von dieser auch zwischen den verschiedenen lokalen Heilkundigen.

Die Fragen, was nun im Einzelfall als Pluralismus in der Medizin angesehen wird und welche Fragestellungen sich daraus ableiten, hängt ganz wesentlich von den Kriterien ab, nach denen innerhalb einer beobachteten Situation verschiedene Elemente unterschieden werden. Eine Vielfalt an Denkweisen und Handlungsoptionen im Krankheitsfall besteht jedenfalls nicht exklusiv dort, wo die institutionalisierte und an den Naturwissenschaften orientierte Biomedizin in den Ländern der südlichen Hemisphäre anderen Arten von Heilkunde begegnet (vgl. Bichmann 1995: 47). In diesem Moment der Begegnung und der Wahrnehmung einer Vielfalt, wo nach dem bisherigen Selbstverständnis der Vertreter der "westlichen" Medizin nur eine, und zwar die eigene Medizin existierte, liegt möglicherweise aber der Ursprung der spezifischen Vorstellung von einem Pluralismus distinkter medizinischer Systeme (vgl. Cant/Sharma 1999: 3): Sie entwickelte sich mit der Begegnung zwischen der eigenen und der fremden Medizin, zwischen der Medizin der westlichen Industrienationen und "den anderen", wobei das Bild dieser "anderen" an Hand der Strukturen der eigenen Denkgewohnheit und insbesondere der eigenen Auffassung von "Medizin" gezeichnet wurde. Die Grenze zwischen dem Eigenen und dem Fremden war dabei immer präsent, und nicht zuletzt aus diesem Grund wird die Frage der Vielfalt möglicherweise so oft auf die Unterscheidung zwischen der "modernen" bzw. "westlichen" und den in Opposition dazu als "traditionell" oder "lokal" charakterisierten anderen Arten von Heilkunde fokussiert.

Medizinischer Pluralismus "klassisch"

Schon in manchen der oben beschriebenen Fallgeschichten, die eigentlich nur von *mal aire* handeln sollten, wurde die Suche nach der adäquaten Behandlungsform eines Erkrankten beschrieben. Es wurde von Zweifeln, Umwegen und gelegentlich auch von später als falsch eingeschätzten Entscheidungen berichtet. Die Überschreitung der vermeintlichen Grenze zwischen der lokalen Art des Umgangs mit Krankheit und jener, die sich inhaltlich an den Naturwissenschaften orientiert, stand dabei jedoch zunächst nicht im Mittelpunkt. Dazu kommen wir erst jetzt.

Den folgenden Fallbeispielen sollen zunächst aus methodischer Hinsicht einige Informationen zur Forschungssituation vorangestellt werden:

Der Vertreter der biomedizinischen Heilkunde bin ich in den folgenden Beispielen immer selber. In dem Haus, in dem ich im Zentrum der Dorfgemeinschaft El Edén lebte, befand sich ein Behandlungszimmer mit Medikamenten, in dem ich in Kooperation mit den dörflichen Basisgesundheitsarbeitern tätig war. Die Behandlung selbst war gratis, die Medikamente mussten jedoch bezahlt werden. Gelegentlich behandelte ich die Patienten gemeinsam mit den Gesundheitsarbeitern und in anderen Fällen arbeiteten wir alleine. Auf meinen Besuchs- und Interviewreisen in weitere Dörfer am Río Napo, auf denen ich meist von meinem lokalen Mitarbeiter Santiago Santi begleitet wurde, führten wir außerdem immer Medikamente mit, um jederzeit Patienten behandeln zu können. Zusammengefasst kann mit Blick auf die oben genannten Entscheidungskriterien festgehalten werden, dass ich als Vertreter der Biomedizin in manchen Dörfern gut erreichbar war, in anderen schlechter und in verschiedenen nur sporadisch. Weitere Ärzte waren in den Dörfern in der Regel nicht präsent und Krankenhäuser sehr unterschiedlicher Qualität gab es nur in den Städten. Im Dorf lebten außerdem verschiedene *yachak*, in der Nähe *makiyuk* und außerdem einige sehr gute Gesundheitsarbeiter. Die Menschen hatten also vor allem in El Edén und Umgebung tatsächlich die Wahl, mich je nach ihrem Gutdünken zu konsultieren oder auch nicht.

Wegen einer mit *wayra* assoziierten Erkrankung wurde ich im Allgemeinen nicht konsultiert, war aber bei verschiedenen solcher Fälle präsent. Zunächst unter dem Lachen der Beteiligten, bei späteren Fällen ohne weiteres Aufhebens, wurde ich gefragt, ob ich bereit wäre, auch ein Blätterbüschel in die Hand zu nehmen und mich am Abwedeln des Patienten zu beteiligen. In einem anderen Fall in einem Nachbarhaus wurde ich zwar des Nachts vom Vater geweckt, aber nur mit der Bitte um Tabak zum Abrauchen des Patienten. Ein ärztlicher Rat war nicht gefragt (FJ [o. D.]).

Bei einem weiteren zunächst mit *wayra* assoziierten Fall wurde ich jedoch innerhalb mehrerer Tage mehrfach und in verschiedenen Funktionen konsultiert (YS [2.99]). Ein 17-jähriges Mädchen aus der Nachbarschaft lag mit Übelkeit danieder, und bei einem ersten zufälligen Besuch wedelte ich sie ebenso ab wie andere Nachbarn. Der Zustand besserte sich innerhalb mehrerer Tage jedoch nicht, und das Mädchen nahm kein Essen und keine Flüssigkeit mehr zu sich, so dass ich ihr eine Infusion legen musste. Daraufhin ging es ihr etwas besser, aber nicht wesentlich, und meine Theorie einer Magen-Darm-Verstimmung begann mit der Zeit ebenso wie die *wayra*-Theorie meiner Nachbarn an Überzeugungskraft zu verlieren. Erst als sich eine etwas entfernter wohnende Frau an ihren *paju* zur Behandlung des "tanzenden Bauchnabels" erinnerte und einen Behandlungsversuch unternahm, trat eine deutliche Besserung ein. Die Deutung des Zustands war damit zunächst klar. Monate später stellte sich jedoch heraus, dass das Mädchen ein uneheliches Kind erwartete und wegen ihrer sozialen Situation hatten schlichtweg weder ihre Eltern noch ich an die Beschwerden einer Frühschwangerschaft gedacht oder auch denken wollen.

Der Protagonist der nächsten Geschichte ist Don Cirilo (CT [15.2.99 / 25.10.99]). Er habe die "Hand" zu Behandlung von *mal aire*, hieß es. Also besuchten wir ihn in seinem Haus etwa 70 Kilometer flussabwärts von El Edén. Bei unserer Ankunft trafen wir ihn jedoch zunächst nicht an, sondern mussten ihn auf einer *minka* suchen gehen. Dort begegnete er uns auf dem Weg zum abzuerntenden Maisfeld und huschte mit einem großen Sack Mais auf der Schulter so behende im Gebüsch an uns vorbei, dass Santiago ihm gerade noch einen Gruß und unser Anliegen zuwerfen konnte. Im Haus der *minka* trafen wir ihn dann jedoch auch nicht mehr an. Er habe wutentbrannt die *minka* verlassen, hieß es. Später berichtete er uns, was man alles Übles über ihn verbreite: Er heile, ohne es zu können, er würde die Leute ausnehmen, gar betrügen. Alles Neid, sagte er, nichts davon sei wahr.

Einige Monate später traf ich ihn wieder. Doch blieb ihm leider die Luft weg, als er mit einer gewissen Aufregung mit mir sprechen wollte – die Sauerstoffflasche im Krankenhaus von *Nuevo Rocafuerte* war fast leer, und daher konnte das Atemgas nur niedrig dosiert abgegeben werden. Und die andere Flasche des Hauses war gerade bei dem kleinen Mädchen in Gebrauch, von dem ich anschließend berichten werde. Don Cirilo musste also langsam sprechen und sich bemühen, ruhig zu bleiben. Der Blick auf sein Röntgenbild zeigte eine ausgeprägte Lungenentzündung, nach Angabe der Schwester befand er sich jedoch auf dem deutlichen Weg der Besserung. Schadenszauber sei das, sagte er, man hätte es ihm zugeschickt, und er wisse auch genau, wer es gewesen sei. Obwohl er anerkannte, dass man ihm im Krankenhaus durchaus geholfen hatte und es ihm auch subjektiv wesentlich besser ging als vor Beginn der Behandlung, machte der Verdacht ihn rasend.

An die andere Sauerstoffflasche im Krankenhaus hatte man am Vorabend die kleine María angeschlossen (MC [24./25.10.1999]).

Vier Tage vorher hatte ich María wegen einer spezifischen Art von Durchfall gegen Amöben behandelt. Es ging ihr dabei noch sehr gut. Zwei Tage später sah ich sie dann im Haus ihrer Tante, wo ich mit Don Valentín, einem *yachak* aus der Nachbarschaft beratschlagte, was wohl mit ihrem etwa sechsjährigen Vetter los sei. Bauchschmerzen hatte er, und sowohl er als auch seine Eltern waren sehr unruhig. Meine Untersuchung zeigte keine auffälligen Befunde, der Bauch war weich, nichts besonderes. Gleichzeitig sah ich María im Schneidersitz vor Rodrigo sitzen, einem jungen *yachak*, der ihr stetig Rauch aus nächster Nähe auf den Scheitel blies. Das Kind schaute dabei unbeteiligt in die Ferne.

In der Nacht wurde ich erneut in die Hütte der Eltern des kranken Jungen gerufen, wo der Junge im Sterben lag. Es regnete in Strömen, es stürmte, die offenen Seiten des Hauses wurden mit Brettern, Decken und Plastikplanen zu schließen versucht, und dem Jungen ging es zunehmend schlechter. Irgendwann zeigte sich ein Spulwurm in seinem Erbrochenen und gegen vier Uhr in der Früh starb er. Eine Operation in einem der von hier aus unerreichbar weiten Krankenhäuser mit Chirurgie hätte ihn vielleicht retten können. Die Vorstellung von einem Darmverschluss durch ein Knäuel Spulwürmer bot

unter den Anwesenden jedoch allein mir eine Erklärung für das Schicksal dieses Kindes.

María sah ich erst am kommenden Morgen in meinem Sprechzimmer wieder: Sie war blass, fast bleich und sehr schwach. Sie habe Durchfall, mich machte jedoch diese plötzliche Blässe stutzig und ich schlug unmittelbar die Fahrt in das Krankenhaus nach *Nuevo Rocafuerte* vor, etwa 150 km flussabwärts. Aber es sei kein Geld da, kein Benzin, kein Boot ..., auch meine Angebote überzeugten die Eltern nicht. Wir verblieben mit einer Wurmkur und die Familie ging heim. Nach zwei Stunden traf ich sie im Haus mit dem aufgebahrten Jungen wieder. Rodrigo, der junge *yachak*, schaute mich an und deutete mir mit seiner flachen Hand einen scharfen Schnitt durch seine Kehle an. Ich folgte seinem Blick und sah María im Schoß ihrer weinenden Mutter liegen: bleich, unter und neben ihr eine große Lache Blut. Wie tot lag sie da, aber sie atmete noch. Doch auch das gab kaum Anlass zur Hoffnung, denn es war fast Mittag, es regnete in Strömen, an eine Reise ins Krankenhaus war nicht zu denken, und wir hatten nichts, um ihr zu helfen. Ich möge ihr doch bitte eine Infusion anhängen, bat man mich. Meine letzte für diese Situation geeignete Infusionsflasche hatte ich am Vortag jedoch einem Mann mit einer heftig blutenden Schnittwunde geben müssen und die verbleibende Flasche war aus physiologischen Gründen eher ungeeignet. Aber wer interessierte sich hier schon für den Unterschied zwischen Glucose- und Elektrolytlösungen? Die Glucoselösung wurde also verabreicht und langsam, sehr langsam, tropfte die Flüssigkeit in die Venen des Kindes. Nachts nahm Don Valentín seine Droge, sang am Bett des Kindes, blies ihr Rauch auf den Scheitel und leuchtete gelegentlich mit der Taschenlampe auf die Infusionsflasche: "Alles klar, Miguel?" – Es tropfte. – "Alles klar, Valentín".

Am Morgen wurde ein Boot fertig gemacht und als gegen Mittag der Regen nachließ, ging es auf zum Krankenhaus. Die Laboruntersuchungen zeigten folgende Befunde: Der rote Blutfarbstoff jenseits von Gut und Böse als Zeichen eines erheblichen akuten Blutverlustes über den Darm, der möglicherweise mit der nun nachgewiesenen Amöbenruhr in Zusammenhang stand; außerdem eine akute Malaria tropica und das alles auf dem Boden einer chronischen Blutarmut. Sie hatte nur noch so wenig Blut, dass ihr Gehirn zu wenig Sauerstoff bekam und abends begannen die Gehirnkrämpfe. Aber glücklicherweise hatte Don Cirilo ihr ja eine Flasche Sauerstoff übrig gelassen.

Warum sie überlebte? Wohl wegen des Sauerstoffs, der Bluttransfusion von ihrer Mutter und der Medikamente im Krankenhaus. Weshalb sie es noch bis dahin schaffte? Die Zuckerlösung über die Vene wird nur wenig ausgemacht haben. Die Angehörigen, Nachbarn und Don Valentín sind jedoch davon überzeugt, dass das ihr verabreichte *samay* ihr das Überleben ermöglicht hatte: Das *samay* von Don Rodrigo, von Don Valentín und wohl auch das *samay* aus der Infusionsflasche.

***Samay* und *wayra* als flexible Deutungsmuster im medizinischen Pluralismus**

Das Etikett der Infusionsflasche benennt die Inhaltsstoffe: Wasser und 10% Glucose. Von *samay* ist weder dort noch im Beipackzettel die Rede. Zur wörtlichen Übersetzung

von *samay* bietet die Literatur Begriffe wie "Atmung" und "Erholung" an (Cordero 1992: 102, Mugica 1979: 106), außerdem "Kraft", "Wille", "Widerstandsfähigkeit" (Guzmán 1997: 43ff). Dieselbe Autorin stellt außerdem einen semantischen Bezug zwischen *samay* und den Fähigkeiten und Möglichkeiten her, die ein Mensch beispielsweise zum Arbeiten, Fischen und Jagen (Guzmán 1997: 65) besitzt. Des Weiteren beschreibt sie, wie *samay* von einem *yachak* einer erkrankten Person über den Scheitel eingeblasen wird, so wie es auch Don Rodrigo und Don Valentín bei der kleinen María unternahmen (Guzmán 1997: 48).

Eine konkrete sprachliche und wohl auch konzeptuelle Entsprechung findet sich für *samay* allerdings weder im Spanischen noch im Deutschen. Gleichzeitig scheint das Bedeutungsspektrum dieses Begriffs sehr weit und im Einzelfall abhängig zu sein vom situativen Kontext des Sprachgebrauchs.

Zum Verständnis der Denkweise der hier vorgestellten *Naporuna*, ihres augenscheinlich so pragmatischen Umgangs mit Krankheit und mit den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und -formen einschließlich jener aus dem Bereich der Biomedizin, erscheint es sinnvoll, die mit Begriffen wie *samay* oder auch *wayra* verbundenen Vorstellungen und Gedanken der Menschen als kulturelle Muster anzusehen, die über eine ethnographische Analyse prototypisch rekonstruiert werden können. In diesem Sinne beziehen sich die beiden hier relevanten Ausdrücke *samay* und *wayra* nicht allein auf gewisse, von den Menschen am Río Napo im Laufe ihres Lebens erworbene Wissensbestände und Denkmuster, sondern es sind begriffliche Kategorien, die ihre Art der Wirklichkeitswahrnehmung formen und über die sie sich die ihnen begegnenden Dinge und Erfahrungen gedanklich zu eigen machen²⁷. Gleichzeitig gelten diese kulturellen Muster nicht allein für Objekte und Inhalte aus dem vermeintlich "traditionellen" Bereich ihres Lebensalltags sondern beziehen sich auf alles, was den Menschen begegnet: So wie die Handlung des *yachak*, der einem Erkrankten Rauch auf den Scheitel bläst, werden offensichtlich auch die Infusionslösung oder Vitamintabletten als eine Art *samay* wahrgenommen. Ein Mangel an *samay* geht mit Schwäche und Anfälligkeit einher, und erfahrungsgemäß bessern sich diese Zustände sowohl durch die entsprechenden Handlungen der *yachak* als auch durch manche biomedizinische Behandlungsformen. Das mit dem Begriff *samay* verbundene Denkmuster verleiht damit sowohl der Handlung des *yachak* als auch der eines Arztes Sinn. Biomedizinische Medikamente und Behandlungsformen werden auf diese Weise in das den Menschen zu Verfügung stehende Repertoire an krankheitsbezogenen Handlungsoptionen integriert. Die Bedeutung der Begriffe und der damit assoziierten Objekte und Handlungen wie "Vitamine", "Infusion", "Anämie" oder "Injektion" entspricht dabei jedoch nicht mehr den ursprünglichen Inhalten und dem, was sich jemand mit medizinischer Fachausbildung oder auch ein aus Europa oder aus der Hauptstadt angereister Ethnologe darunter vorstellt.

27 Wichtige theoretische Anregungen erhielt ich in diesem Zusammenhang persönlich von V. Roelcke (vgl. z. B. Roelcke 2001) sowie in dem Text von Wimmer (1996).

Als eine ähnlich weit anschlussfähige, mit einem ähnlich breiten Bedeutungsspektrum ausgestattete begriffliche Kategorie kann auch *wayra* interpretiert werden. Wörtlich übersetzt entspricht es den im *Kichwa* sprachlich offensichtlich nicht unterschiedenen Begriffen “Wind” und “Luft” (Mugica 1979: 90 bzw. 115) und drückt im hier erörterten “medizinischen” Zusammenhang die nicht selten als “Schreck” bezeichnete und mit nachfolgender Krankheit assoziierte Wahrnehmung des Kontakts mit einem *supay* oder einem *aya* aus. Die Folgen für den Betroffenen sind, wie in den verschiedenen Beispielen gezeigt, Krankheiten, die von den Symptomen her keinen spezifischen Charakter haben. Der Erfolg der üblichen und in solchen Fällen “selbstverständlichen” therapeutischen Bemühungen – das “Abwedeln” – bestätigt dabei sowohl die entsprechende Deutung des konkreten Ereignisses als auch die begriffliche Kategorie an sich. Ein Misserfolg in der Behandlung, ein fortschreitender oder gar zum Tode führender Verlauf stellt dagegen zwar die zunächst wahrscheinlich erschienene Interpretation in ihrer konkreten Ausprägung in Frage, nicht jedoch das generelle Denkmuster. Denn dieses ist flexibel genug, um einen schweren Verlauf beispielsweise mit einem besonders starken oder übelwollenden *supay* zu identifizieren. Für das konkrete Handeln hat das die Konsequenz, dass nicht zum gewünschten Erfolg führende Interpretationen und Handlungen überdacht und neue Entwicklungen berücksichtigt werden können. Die Kombination mit anderen Denkmustern wie beispielsweise jenem zu *samay* ermöglicht dabei schließlich die Integration vermeintlich unterschiedlichster Optionen: So widerspricht dann der Erfolg einer biomedizinischen Behandlung nicht zwangsläufig der Krankheitsinterpretation als *wayra*, denn entsprechend der Erfahrung, dass jegliche Erkrankung das *samay* und damit die Widerstandskraft der Person schwächt, ist es zumindest nachvollziehbar, dass dies beispielsweise auch durch die vom Arzt diagnostizierte und verkündete “Infektion” mit “Parasiten” geschehen kann: Wer vorher schon eine Infektion mit Parasiten habe, den treffe die Erkrankung stärker, meinte dazu beispielsweise ein *makiyuk* (VT [4.3.99]). Parasiten selbst sind den Menschen am Río Napo sowohl als die gelegentlich im Stuhl oder Erbrochenen sichtbaren Würmer bekannt als auch von Jagdtieren. Außerdem ist die Vorstellung von Fremdkörpern im Menschen als Krankheitsursache über die in jeglicher Form von den *yachak* versandten *chonta pala* bekannt und daher auch in diesem “modernen” Zusammenhang unschwer vorstellbar.

Mal aire und Malaria ...

Don Cirilo litt an einer Lungenentzündung und klagte über Schadenszauber. Die kleine María wäre fast an einer akuten Blutarmut, Amöben und Malaria verstorben und im Dorf kursierte später das Gerücht, ein *yachak* aus einem Nachbardorf sei an ihrer Krankheit und am Tod ihres Veters schuld. Eine weitere Patientin, Doña Rosario, hatte dagegen beim Waschen am Fluss einen heftigen Schreck erlebt, war daraufhin schwer erkrankt und von einem *yachak* schon ausführlich behandelt worden, wollte aber trotz einer deutlichen Besserung ihres Zustandes auch noch von mir Medikamente bekom-

men: Die Vitamine und Eisenpräparate taten ihr sehr gut, und sie fühlte sich schneller besser, als es nach der Wirkungsweise der Medikamente zu erwarten gewesen wäre. Nach einer weiteren Behandlung durch Don Rodrigo in meinem Haus konnte sie schließlich wieder zu ihrer Familie zurückkehren (RC [2.11.98]).

In keinem der hier dargestellten Fallbeispiele schloss eine Krankheitsinterpretation die andere aus. Die Auffassung, ein *yachak* habe Don Cirilo einen Schadenszauber angehängt, widerspricht nicht der Interpretation seines Zustandes als Lungenentzündung. Amöben und Darmparasiten widersprechen auch nicht der Erfahrung eines durchgemachten Schreckens auf Grund der Begegnung mit einem *supay* oder einem Totengeist. Die Vorstellung, dass da jemand *mal aire* habe, weil die *yachak* mit Hilfe von *aya waska* einen *malagri* gesehen haben oder weil der Patient selbst den *supay* getroffen zu haben meint, widerspricht nicht der Diagnose einer Malaria. Es gibt hier weder eine *Entsprechung* im Sinne einer Übersetzungsmöglichkeit von biomedizinischen Krankheitsbegriffen in lokale Ausrücke (“*mal aire* als lokaler Ausdruck für eine fieberhafte Darminfektion ...”) und keinen *Widerspruch* im Sinne einer gegensätzlichen, andere Erklärungen ausschließenden Deutung. Es gibt keine Dichotomie im Stile eines “entweder ist es *mal aire* oder Malaria”. Es handelt sich schlicht um unterschiedliche Perspektiven auf dieselbe materiell gegebene Situation, wobei innerhalb jeder dieser Perspektiven unterschiedliche Inhalte verhandelt werden.

Der Bezug zu *mal aire* sagt nichts aus über das Vorliegen von Parasiten der Art *Plasmodium* im Blut des Betroffenen aus und der biomedizinische Begriff Malaria beinhaltet – zumindest in seinem aktuellen Gebrauch – keinen Gedanken an Totenseelen, Geistwesen oder Manipulationen durch einen *yachak*. Die Referenz auf einen “Schreck” (“*susto*”) bezieht sich dabei auf die als mit negativen Folgen behaftete Interaktion zwischen einem Menschen und einem Wesen seiner Umwelt, angefangen von Mitmenschen über Totenseelen bis hin zu *supay*. *Wayra* bezieht sich auf die eng damit zusammenhängende Vorstellung von “Wind”, der hier die Interaktion zwischen dem *supay*, dem Opfer und dem Behandelnden vermittelt. Die Behandlung erfolgt über “Wind” produzierende Blätter, und *wayra* als Krankheitsauslöser ist gelegentlich physisch wahrnehmbar – als Geräusch, Geruch, Luftbewegung, Kälte oder optische Erscheinung – erschöpft sich aber nicht in diesen Sinneseindrücken. *Samay* bezieht sich schließlich auf die oben skizzierten Bedeutungsinhalte, und die Frage von Schadenszauber kann in jedem Fall von Krankheit oder Unglück eine Rolle spielen, ist für keine aber exklusiv.

Viele diese Begriffe – z. B. *mal aire*, *susto*, Schadenszauber etc. – können auf den ersten Blick den Eindruck vermitteln, es handle sich um definierte Krankheitsbegriffe, denen parallel zu jenen der Biomedizin spezifische Erkrankungskonzepte mit einer ursächlichen Erklärung sowie typische Symptome, Behandlungsformen und -instanzen entsprechen würden.²⁸ Legt man die Schablone des idealisierten wissenschaftlichen Krankheitsbegriffes zur Interpretation dieser Beobachtung jedoch zur Seite und ent-

28 Vgl. zur Frage des Krankheitsbegriffs: Wieland (1975) sowie Knipper (2002).

scheidet sich für eine etwas offenere Perspektive mit dem Ziel, der “Dynamik der Sinnkonstruktionen auf die Spur zu kommen” (Wimmer 1996: 419), die im Krankheitszusammenhang von Bedeutung sind, so lösen sich manche der vermeintlichen Widersprüche zwischen “traditioneller” und “westlicher” Medizin auf. Die Aufmerksamkeit für den Pluralismus in der medizinischen Praxis verliert damit zwar zunächst den “gewohnten” konzeptuellen Boden unter den Füßen, und die Landschaft wird weniger übersichtlich. Gleichzeitig gewinnt sie jedoch die notwendige Offenheit, um das krankheitsbezogene Verhalten der Menschen und vor allem die Rolle, die kulturellen Prägungen dabei zukommt, besser verstehen zu können und dabei nicht stetig über vermeintliche Systemgrenzen und ein substantialisiertes Verständnis von Krankheit, Medizin und Kultur zu stolpern.

Literaturverzeichnis

- Alarcón, Rocío (1988): *Etnobotánica de los quichuas de la Amazonía Ecuatoriana*. Guayaquil: Museo del Banco Central del Ecuador.
- Argüello, Silvia (1996): "Enfermedades del campo y de Dios en Tumbabiro." In: Argüello, Silvia / Sanhueza, Ricardo (eds.): *La medicina tradicional ecuatoriana*, pp. 13-208. Quito: Banco Central del Ecuador / Ediciones Abya-Yala / Otavalo: Instituto Otavaleño de Antropología.
- Bichmann, Wolfgang (1991): "Wer nutzt wann welches Therapieangebot? Empirische Daten als Grundlage der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Benin." In: *Curare*, 14: 15-22.
- Bichmann, Wolfgang (1995): "Medizinische Systeme Afrikas." In: Pfeleiderer, Beatrix / Greifeld, Katarina / Bichmann, Wolfgang (eds.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*, pp. 33-65. Berlin: Reimer.
- Cant, Sarah / Sharma, Ursula (1999): *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: UCL.
- Cassidy, Claire M. (1982): "Protein-Energy Malnutrition as a Culture-Bound-Syndrome." In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6: 325-345.
- Cordero, Luis (1992): *Diccionario quichua-castellano y castellano-quichua [1895]*. Quito: Corporación Editorial Nacional / Proyecto Educación Bilingüe Intercultural.
- Cosminsky, Sheila / Scrimshaw, Mary (1980): "Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation." In: *Social Science and Medicine*, 14B: 267-278.
- Estrella, Eduardo (1978): *Medicina aborígen. La práctica médica aborígen de la Sierra ecuatoriana*. Quito: Edición Época.
- Geest, Sjaak van der (1997): "Is There a Role for Traditional Medicine in Basic Health Services in Africa? A Plea for a Community Perspective." In: *Tropical Medicine and International Health*, 2.9: 903-911.
- Greifeld, Katarina (1985): "Susto: Kulturspezifisches Syndrom oder ethnologisches Konstrukt?" In: *Curare*, 8: 273-288.
- (1995): "Medizinische Systeme Mittel- und Südamerikas." In: Pfeleiderer, Beatrix / Greifeld, Katarina / Bichmann, Wolfgang (eds.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*, pp. 111-138. Berlin: Reimer.
- Guzmán, María A. (1997): *Para que la yuca beba nuestra sangre. Trabajo, género y parentesco en una comunidad quichua de la amazonía ecuatoriana*. Quito: Abya-Yala / CEDIME.
- Habermann, Monika (1993): "Das Kulturgebundene Syndrom: Einige Überlegungen zu theoretischen und praxisbezogenen Implikationen des Begriffs." In: Sich, Dorothea / Diesfeld, Hans-Jochen / Deigner, Angelika / Habermann, Monika (eds.): *Medizin und Kultur*, pp. 95-106. Frankfurt a. M.: Lang.
- Hörbst, Viola (1997): "Kulturgebundene Syndrome – ein überholtes Modell der Medizinethnologie?" In: *Curare*, 20: 29-41.
- Iglesias, Genny (1989): *Sacha jambi. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los quichuas del Napo*. Quito: Abya-Yala.
- Kleinman, Arthur (1995): *Writing at the Margin: Discourses between Anthropology and Medicine*. Berkeley / Los Angeles / London: University of California Press.

- Knipper, Michael (1996): "Mal Aire und Mal de la Humanidad unter den Quichua-Indianern des mittleren Río Napo in Ecuador. Probleme der Erfassung indigener Krankheitskonzepte." In: Wolf, Angelika / Stürzer, Michael (eds.): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit*, pp. 23-36. Berlin: VWB.
- (2001): *Mal Aire und die medizinische Praxis der Naporuna im Amazonastiefland von Ecuador*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Ms. (Erscheint im Herbst 2002 in überarbeiteter Fassung als: *Mal Aire und die medizinische Praxis der Naporuna. Eine medizinisch-ethnologische Feldstudie im Amazonastiefland von Ecuador*. Münster: LIT).
- (2002): "Was ist 'Krankheit'? Anmerkungen zur transkulturellen Anwendung des wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs." In: Hörbst, Viola / Wolf, Angelika (eds.): *Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster: LIT (im Erscheinen).
- Knipper, Michael / Mamallacta, Galo / Narváez, Mauricio / Santi, Santiago (1999): *Mal Aire entre los Naporuna. Enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla del Río Napo*. Coca: CICAME / Sandi Yura / FCUNAE.
- Kohn, Eduardo O. (1992): *La cultura médica de los runa de la región amazónica ecuatoriana*. Quito: Abya-Yala.
- Kroeger, Axel (1982): "Kranksein in fremden Kulturen: Aufgabe und Dilemma der ethnologischen und sozialmedizinischen Forschung." In: *Curare*, 5: 167-176.
- Kroeger, Axel / Barbira-Freedmann, Françoise (1992): *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes*. Quito: Abya-Yala / Cusco: Centro de Medicina Andina.
- Mugica, Camilo (1979): *Aprenda el quichua. Gramática y vocabularios*. Pompeya: CICAME.
- Muratorio, Blanca (1998): *Rucuyaya Alonso y la historia social y económica del Alto Napo 1850-1950* [1987]. Quito: Abya-Yala.
- Orr, Carolyn / Wrisley, Betsy (1965): *Vocabulario quichua del Oriente del Ecuador*. Quito: ILV.
- Peñaherrera de Costales, Piedad / Costales, Alfredo (1969): *Los quichua del Coca y del río Napo*. Quito: Universidad Central del Ecuador, Escuela de Sociología.
- Roelcke, Volker (2001): "Kulturen des Todes. Beobachtungen und Theorieansätze aus Ethnologie und Ethnomedizin." In: Schlich, Thomas / Wiesemann, Claudia (eds.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, pp. 66-81. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Valdivia P., Oscar (1975): *Hampicamayoc. Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*. Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos.
- Whitten jr., Norman E. (1987): *Etnicidad y adaptación de los quichua hablantes de la Amazonía Ecuatoriana*. Quito: Abya-Yala.
- Wieland, Wolfgang (1975): *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*. Berlin / New York: Walter de Gruyter.
- Wimmer, Andreas (1996): "Kultur. Zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs." In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 48: 401-425.
- Wörle, Bernhard (2002): *Heiler, Rituale und Patienten: Schamanismus in den Anden Ecuadors*. Berlin: Reimer (im Erscheinen).