

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

komm. geschf. Direktor: Prof. Dr. J. Vögele

Traditionelle Medizin, Körper- und Krankheitsverständnis im
peruanischen Andendorf Lahuaytambo

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Mirco Kuhnigk

2005

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd Nürnberg
Dekan

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Kohnen
Korreferent: Prof. Dr. med. Ulrich

1	EINLEITUNG	6
2	ALLGEMEINE LEBENSBEDINGUNGEN IN PERU	8
2.1	Naturräume/ Wirtschaft	8
2.1.1	Küstenstreifen	9
2.1.2	Andenkette	9
2.1.3	Regenwald	10
2.2	Bevölkerungswachstum	10
2.2.1	Kinderzahl	10
2.2.2	Mortalität	11
2.2.3	Internationale Wanderungen	11
2.2.4	Alters- und Geschlechtsverteilung	11
2.2.5	Bevölkerungsverteilung nach Regionen	12
2.3	Peruanisches Gesundheitssystem	12
2.3.1	Staatliche Krankenversorgung	12
2.3.2	Staatliches Gesundheitswesen	13
2.4	Traditionelle Medizin in Peru	14
3	SPEZIELLE LEBENSBEDINGUNGEN IM UNTERSUCHUNGSGEBIET	16
3.1	Lage	16
3.2	Infrastruktur	18
3.3	Kommunale Organisation und lokale Autoritäten	22
3.3.1	Bauerngemeinschaft	22
	Organisation der Bauerngemeinschaften	23
3.3.2	Bürgermeister	23
3.3.3	Regionale Repräsentanten der Staatsregierung	24
3.3.4	Rechtsprechung	24
3.3.5	Polizei	24
3.4	Bevölkerungsdichte und Migration	25
3.5	Geschlechts - und Alterverteilung im Untersuchungsgebiet	25
3.6	Mentalität der Bevölkerung und die Bedeutung für die Studie	26
3.7	Religion und Kirche	28
3.8	Ausbildung und Sprache	29
3.9	Wirtschaft im Distrikt Lahuaytambo	30
3.9.1	Ackerbau	30
3.9.2	Viehzucht	31
3.9.3	Handwerk und Trachten	31
3.9.4	Bergbau	32

3.10	Wohnverhältnisse	32
3.11	Ernährungsverhältnisse und Unterernährung	33
4	FRAGESTELLUNG DER ARBEIT	35
4.1	Stand der Forschung	35
4.2	Spezielle Aufgabenstellung / Arbeitshypothese	37
5	METHODEN	39
5.1	Überblick	39
5.2	Besonderheiten der Methode	39
5.3	Multidimensionale Skalierung	40
5.4	Clusteranalyse	42
6	DURCHFÜHRUNG DER DATENERHEBUNG	45
6.1	Stichprobenauswahl	45
6.2	Kommunikative Feldforschung	47
6.3	Informelle Gespräche und teilnehmende Beobachtung	47
6.4	Darstellung der Untersuchungsabsicht	47
6.5	Interviewbefragung (Fragebögen)	48
6.6	Erhebung von Ähnlichkeitsdaten	52
7	ERGEBNISSE DER DATENERHEBUNG	56
7.1	Allgemeine ethnomedizinische Untersuchungsergebnisse	56
7.1.1	Gesundheits- und Krankheitsbedeutung	56
7.1.2	Häufigkeit von Krankheiten im Untersuchungsgebiet	58
7.1.3	Verhalten im Krankheitsfall	60
7.1.4	Hausbehandlung und Heilpflanzen in der andinen Medizin	63
7.1.5	Konzepte der Heilpflanzen	66
	Symbolisch-magische Einteilung	66
	Organ- Symptomspezifische Einteilung	66
	Purgative Wirkung	66
7.1.6	Heilpflanzen der Region	67
7.1.7	Traditionelles Gesundheitswesen	69
	Der curandero	69
	Spezialisierung der Heiler	71
	Heilrituale	74
	Meerschweinchenritual	74

Transcambio	81
Hühnereiritual	81
7.1.8 Weitere Arten der Diagnostik	83
Urinschau	84
Pulsdiagnose	84
Patientengespräch	85
Körperliche Untersuchung	85
7.1.9 Traditionelle Krankheitsbilder	85
7.2 Ergebnisse der Kognitionsforschung	97
7.2.1 Anatomieverständnis	97
Dreiecksmatrix	97
MDS - Graphik	102
Zusammenfassung	104
Auffälligkeiten	104
Dualismus im Weltbild der Anden	109
Clusteranalyse	113
Auffälligkeiten	116
Umrisszeichnungen	118
Zusammenfassung und Interpretation	120
7.2.2 Krankheitsverständnis	121
MDS-Darstellung	121
Quadrantenaufteilung der MDS-Darstellung	122
Achsenbildung zur Darstellung von Klassifikationsschemata:	123
Clusteranalyse	135
8 ZUSAMMENFASSUNG	141
9 VERZEICHNISSE	144
9.1 Abbildungsverzeichnis	144
9.2 Tabellenverzeichnis	145
10 LITERATURVERZEICHNIS	146
11 ANHANG	158
11.1 Literatur zu bestimmten Departments in Peru	158
11.2 Literatur zu bestimmten geographischen Regionen in Peru	159
11.3 Übersetzung eines Interviews zum Thema Pulsdiagnose	159
11.4 Lebenslauf	160
11.5 Abstract	161

Vorwort

Das Interesse zur Durchführung der vorliegenden Arbeit reifte während meines Medizinstudiums, in dem ich mich bereits neben meiner schulmedizinischen Ausbildung für Mythologie, fremde Kulturen und deren kultureigene Medizin interessierte. Aus der ursprünglichen Idee einer Reise ins ferne Südamerika entstand bald der Wunsch diesen Aufenthalt mit der Durchführung einer Doktorarbeit zu verbinden. Eigentlich eher zufällig erfuhr ich von der Arbeitsgruppe um Herrn PD Dr. med. Kohnen, die sich bereits in verschiedenen Kulturen zum Thema „Anatomie und Krankheitsverständnis in fremden Kulturen“ beschäftigte. Ein Zufall, der eben genau meinen Vorstellungen und meinem Interesse entsprach. Nach zunächst einigen „Trockenübungen“ betreffs der zu erlernenden Methode der Arbeit und dem Erlernen des Handwerkszeugs für die Durchführung einer ethnomedizinischen Feldforschungsstudie im Rahmen von Vorlesungsveranstaltungen und privaten Gruppenarbeiten begann ich mich auf die kommenden kulturellen Eindrücke mittels Literaturarbeit vorzubereiten. Dabei gab es verschiedene Probleme. Zum einen hatte ich von Deutschland aus keinerlei Kontakte in die Länder, die für meine Arbeit in Frage kamen, zum anderen gab es vielfach nur spanischsprachige Fachliteratur, wobei ich zunächst keine Spanischkenntnisse besaß. So blieb meine Vorbereitung zunächst recht theoretisch. Nachdem ein Grundgerüst der Arbeit, grundlegende ethnologische Fragen sowie spezielle Fragestellungen feststanden, begann ich meinen insgesamt einjährigen Südamerikaaufenthalt im September 1997 in Ecuador mit einem zweimonatigen Intensiv- Spanischkurs. Eine wichtige Grundlage für mein späteres Forschungsvorhaben. Im Anschluss hieran bereiste ich zunächst Peru, Bolivien und Teile Chiles, nachdem ich Mitte Januar 1998 nach Lima, Peru zurückkehrte, um meine Arbeit zu beginnen. In der ersten Zeit führten mich meine Wege in die verschiedensten Bibliotheken von Lima. Hier knüpfte ich Kontakt zu einem Allgemeinmediziner, der im Begriff war, eine Tätigkeit in einem abgelegenen Bergdorf in den Anden anzutreten, um dort für die nächsten zwei Jahre in der dortigen Medizinstation zu arbeiten. Er wiederum stellte mich bei der eigentlichen Vertrauensperson vor Ort vor, der es mir schließlich ermöglichte fast vier Monate im Dorf Lahuaytambo zu leben und am Leben der Andenbewohner teilhaben zu lassen. Er stellte mich den Dorfvorstehern vor und „brach das erste Eis“. Meinen Aufenthalt unterbrach ich meist alle zwei Wochen für einen oder zwei Tage und kehrte nach Lima zurück, um so erste Ergebnisse der Arbeit nach Deutschland zu schicken und anfallende Probleme zu besprechen. Ein Vorhaben, welches durch die „Nähe“ zum nächsten Telefon in 80 Kilometer Entfernung und einer achtstündigen Busfahrt zweimal pro Woche manchmal schwierig zu realisieren war. Die eigentliche Auswertung der gewonnenen Daten und weitere Literaturvergleiche fanden letztlich erst nach der Rückkehr nach Deutschland statt.

An dieser Stelle möchte denjenigen Menschen meinen herzlichen Dank aussprechen, ohne deren Hilfe und Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht durchzuführen gewesen wäre. Hierbei möchte ich zunächst meinen Doktorvater Herrn PD Dr. med. Norbert Kohnen erwähnen. Er war mir in all den Jahren stets ein geduldiger, wachsamer und kreativer Lehrer, dem es nie an Anregungen und guten Ratschlägen fehlte. Er vermochte es immer wieder mich zu motivieren und durch eigene Erfahrungen Anregungen für neue Gedankengänge aufzugreifen. Die Zeit, die man für eine solche Unterstützung aufbringt schmälerte an so manchen Abenden seine Zeit für die eigene Familie, denen ich an dieser Stelle ebenfalls meinen Dank für ihr Verständnis aussprechen möchte. Weiterhin möchte ich all meinen Interviewpartnern vor Ort danken, die trotz ihrer langen und kräfteaubenden Arbeitstage Zeit für mich fanden.

Dank gilt ebenfalls Herrn Dr. Quedevo Gonzales, der als medizinischer Leiter der Medizinstation in Lahuaytambo mir es ermöglichte, erste Kontakte zum Medizintechniker und eigentlichen Schlüsselperson im Dorf Lahuaytambo, Herrn Teofanes Zavaleta aufzubauen. Ihm gilt an dieser Stelle mein besonderer Dank. Er stellte wichtige Verbindungen zu den Bauerngemeinschaften im Untersuchungsgebiet her und half mir bei der Bevölkerung und den hiesigen Heilern Interesse für meine Arbeit zu wecken.

Ferner möchte ich der Clarenbach-Stiftung in Köln für ihr Teilstipendium danken, deren Unterstützung der sonst selber finanzierten Arbeit hilfreich war.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Frau Rocio von ganzem Herzen Dank sagen. Sie half mir unter anderem in unermüdlicher Kleinstarbeit bei der Übersetzung und Auswertung der von mir auf Tonband aufgenommenen Interviews, einer Arbeit, zu der ich alleine sicherlich nur sehr eingeschränkt in der Lage gewesen wäre. Sie war mir allzeit auch eine moralische Unterstützung, auch wenn gerade diese Zeit für sie selber, nicht zuletzt durch die große Entfernung zu ihrer restlichen Familie, durch große Entbehrungen geprägt war.

Des Weiteren verdanke ich meinen Eltern, dass sie bei mir früh das Interesse für andere Kulturen und letztlich auch für fremde Sprachen geweckt haben und mir Freiräume ließen, die für eine Durchführung einer solchen Arbeit nötig sind.

Außerdem gilt mein Dank meinem langjährigen Freund Daniel Messinger für das Formatieren der Arbeit.

1 Einleitung

Für die Basis einer Kommunikation braucht man sowohl inter- als auch intrakulturell bestimmte Kommunikationsschemata. Hierfür ist es notwendig, die zugrunde liegenden Denkstrukturen offen zulegen und zur Anschauung zu bringen. Diese Kognitionsmodelle, welche die Wahrnehmung strukturieren, sind Grundlage für das Verständnis des Denkens über Körper, Körpererfahrung, Krankheiten und sind Grundlage des Handelns. Diesem Gedanken liegt zugrunde, dass gemeinsame Ordnungen von Begriffen gemeinsames Denken, Urteilung und Assoziation beschreiben.

In diesem Zusammenhang entstand die vorliegende Arbeit als ein Teil einer Untersuchungsreihe zur Offenlegung kognitiver Klassifikationsschemata mittels multidimensionaler Skalierung am Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Düsseldorf. Die Aufgabe der Untersuchungsreihe besteht darin, interkulturelle Vergleiche kognitiver Erkenntnismuster zu Körperschemata und zur Ordnung von Krankheitsbegriffen darzustellen. Im Bd. 1.1 der Reihe „Kognition, Krankheit, Kultur“ (KOHNEN 1997) sind veröffentlichte Ergebnisse aus zwölf Ländern und 20 verschiedenen Kulturen und Subkulturen nachzulesen.

KOHNEN verfeinerte vor diesem Hintergrund ein standardisiertes Verfahren zur Darstellung von Klassifikationsschemata, welches von amerikanischen Wissenschaftlern entwickelt und von dem Kölner Ethnologen SCHWEIZER (1980) in die deutsche Völkerkunde eingeführt wurde. KOHNEN machte zunächst bei den Igorot, philippinischen Berglandbewohner, erste Erfahrungen mit dieser Methode, und wandte sie im weiteren Verlauf der Forschungsreihe auf andere Fragestellungen an. Hierbei war es KOHNEN wichtig, eine Untersuchungsmethode zu entwickeln, die über die bis in die 80er Jahre sich auf subjektive Beobachtungen und Beschreibungen beschränkenden Ethnographie hinausging. Mit Hilfe moderner epidemiologischer und statistischer Untersuchungsmethoden, gestützt durch computergesteuerte Auswertungsverfahren wurde es möglich, objektiver als zuvor Daten zu erheben und diese im inter- oder intrakulturellen Kontext zu vergleichen.

Es ist jedoch weiterhin notwendig, bei einer ethnomedizinischen Feldforschung den kulturellen Hintergrund der Population, und nicht zuletzt die äußeren Lebensbedingungen zu berücksichtigen, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Wahrnehmung jedweder Art hat. Dieser Anspruch erklärt die Wichtigkeit eines gewissen Basiswissens über eine zu untersuchende Gruppe. Es wird deutlich, dass eine ethnomedizinische Studie weiterhin mit der Erhebung vorwiegend qualitativer oder isoliert- bzw. aggregiert - quantitativer Informationen zu beginnen hat, um danach Interpretationen speziellerer ethnomedizinischer Fragestellungen anzuschließen.

„Wie in der ethnologischen Forschung sammelt der Ethnomediziner vergleichbares Wissen, das auf einem kulturellen Hintergrund analysiert wird. Das spezifische ethnomedizinische Fachwissen wird in Feldforschungen erworben und in Ethnographien, das sind deskriptive Berichte über verschiedene Völker, präsentiert. Die ethnomedizinische Ethnographie ist das Ergebnis einer Erforschung des medizinischen Wissens in verschiedenen Gesellschaften. Grundsätzlich wird von der Forderung ausgegangen, dass ethnomedizinische Forschung das umfassende Studium der Heilinstitution, der Heiler und der Patienten ist, die Heilkunde in ihrer Ganzheit erfasst und als Teil der Kultur und im kulturellen Zusammenhang darstellt. Heilkunde kann als eine besondere Form oder Teil Lebensbewältigung angesehen werden. In allen Kulturen und zu allen Zeiten sind Strategien und Mittel geschaffen worden, dieser Herausforderung an das Leben zu begegnen. In der Ethnomedizin stehen diese verschiedenen Formen der Lebensbewältigungsstrategien im Mittelpunkt des Interesses.“ KOHNEN (mündliche Mitteilung).

Entsprechend dieser Idee kamen in jedem Teil der Untersuchung begleitend zu herkömmlichen qualitativen Feldforschung mit Interviews und teilhabende Beobachtung

Methoden zum Einsatz, welche die Lebensbewältigungsstrategien bei Gesundheit und Krankheit erforschten, um die Integration der quantitativen Forschungsergebnisse einerseits und die qualitativen Informationen zum Medizinsystem im sozioökonomischen Kontext andererseits zu gewährleisten.

Das Ziel und der Schwerpunkt der Arbeit liegt zum einem darin, die Perzeption und Kognition der menschlichen Anatomie und Krankheiten bei der bäuerlichen Gemeinschaft im Distrikt Lahuaytambo, Peru, offen zu legen. Des Weiteren soll ein Vergleich kognitiver Schemata des Untersuchungskollektivs der medizinischen Laien und der ortsansässigen Heiler eventuelle Unterschiede der Wahrnehmung zeigen.

2 Allgemeine Lebensbedingungen in Peru

2.1 Naturräume/ Wirtschaft

Peru hat eine Ausdehnung von 1.285.216 qkm und ist damit nach Brasilien und Argentinien das drittgrößte Land Südamerikas. Es ist etwa zweieinhalb mal so groß wie die Bundesrepublik Deutschland und liegt zwischen dem Äquator und dem 19 Grad südlicher Breite, sowie zwischen dem 68. und dem 82. Grad westlicher Länge. Seine Nachbarländer sind im Norden Ecuador, im Osten Brasilien, im Südosten Bolivien und im Süden Chile.

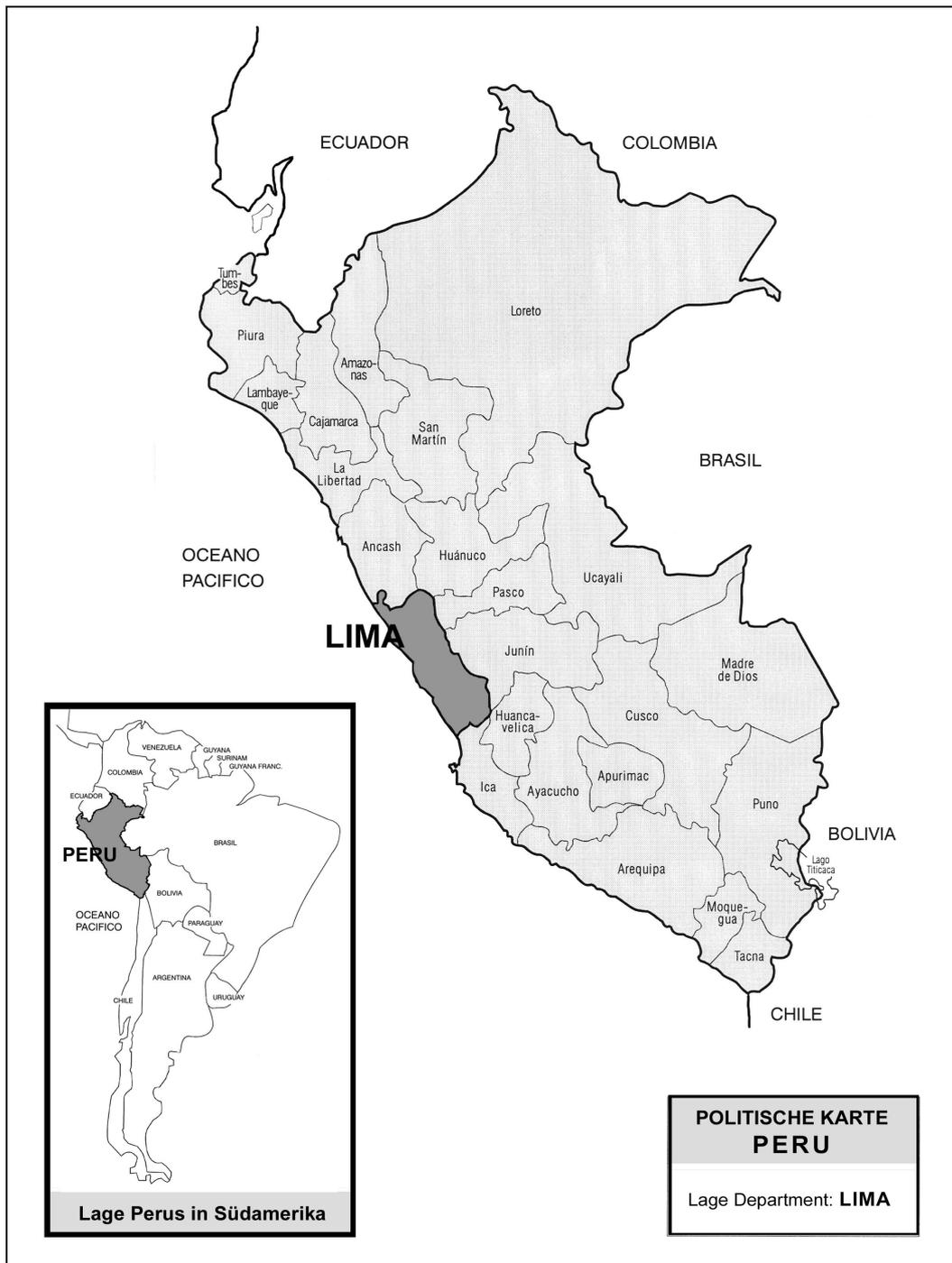


Abb. 2.1: Lage Peru in Südamerika/Department Lima in Peru (modifiziert nach INEI 1995 a)

Durch seine Nähe zum Äquator und seine enormen Höhenunterschiede, gegeben durch die Bergkette der Anden, welche sich vom Norden von Ecuador bis in den Süden nach Chile fortsetzt, teilt sich Peru in drei völlig unterschiedliche Naturregionen auf:

2.1.1 Küstenstreifen

Der etwa 20 bis 150 km breite Küstenstreifen erstreckt sich entlang der gesamten peruanischen Pazifikküste auf einer Länge von 2.500 km. Er besteht ausschließlich aus Stein- und Sandwüste. Neben Lima, mit 10 Millionen Einwohnern liegen weitere sechs der insgesamt zehn Großstädte Perus mit mehr als 100.000 Einwohnern in dieser Region (Piura, Chimbote, Trujillo, Chiclayo, Callao, Arequipa).

Obwohl die Küstenregion nur 11,5% der Gesamtfläche Perus ausmacht leben hier etwa 50% der Gesamtbevölkerung, die sich überwiegend aus Weißen und Mestizen zusammensetzen. An der Küstenregion findet sich mit 90% fast die gesamte Industriekapazität des Landes, wobei hieran der Ballungsraum Lima/Callao mit 70% den weitaus höchsten Anteil hat. Als weitere wichtige Industrieregionen sind Chimbote, Chiclayo und Trujillo zu nennen. Die bedeutendsten Industriezweige des Landes sind die Erdölproduktion, Stahlverarbeitende Industrie, Fischmehl- und Zuckerfabriken, Textil- und Lebensmittelindustrie, Tabakverarbeitung, Zement- und Papierherstellung, Schiffs- und Maschinenbau sowie chemische und pharmazeutische Industrie.

Neben Callao gelten die Häfen von Chimbote und Mollendo als die Wichtigsten Perus. Trotz der geringen Niederschläge und der schlechten Bodenverhältnisse des Küstenstreifens findet sich hier mit 50% des gesamten landwirtschaftlichen Produktionswertes die höchste Produktivität des Landes. Möglich wird dies jedoch nur durch intensive Bewässerungsmaßnahmen, welche besonders entlang der in den Pazifik mündenden Flüsse anzutreffen sind. Wobei Anbauprodukten wie Baumwolle, Zuckerrohr, Reis, Mais, Gemüse, Tabak und Wein sowohl dem Export als auch der Eigenversorgung dienen, sind Produkte der Mastviehzucht (Geflügel, Schweine, Rinder und Milchwirtschaft) vor allem zur Versorgung der Großstädte gedacht.

2.1.2 Andenkette

Die Andenregion in Peru formt eine Bergkette, die sich vom Norden bis in den Süden des Landes erstreckt und die Küste im Westen gegen die im Osten liegende Regenwaldregion abgegrenzt. In den Anden Perus finden sich sechzig Berge über 6.000 m und mit dem Berg Huascarán (6798 m) einer der höchsten von ganz Südamerika. Die Schneefallgrenze liegt bei etwa 5.000 m über dem Meeresspiegel. Die Anden rahmen im Süden eine über 5.000 m hoch gelegene Ebene ein, mit dem an der bolivianischen Grenze gelegenen höchsten schiffbaren See der Erde, dem Titicacasee (3.827 m).

In der Andenregion wohnen 8,5 Millionen Menschen. Dies entspricht 34,7% der Gesamtbevölkerung Perus, die auf 26,8% der Gesamtfläche Perus leben (Instituto de Desarrollo y Medio Ambiente 1997).

Als bedeutendste Städte sind zu nennen: Ayacucho, Cajamarca, Cerro de Pasco, Cusco, Huancayo, Huancavelica und Puno. Die wichtigsten ethnischen Gruppen sind die Quechua und im äußersten Süden die Aymara.

Die Haupterwerbszweige Landwirtschaft und Viehzucht sind überwiegend auf Selbstversorgung ausgerichtet. Somit entsteht eine geringe Produktivität, die zusätzlich durch geographische und klimatische Widrigkeiten sowie durch fehlende Infrastruktur negativ beeinflusst wird. Die Hauptanbauprodukte sind: Kartoffeln, Mais, Gerste, Weizen und Gemüse. Des Weiteren wird mit Schafen, Rindern, Lamas und Alpakas Viehzucht betrieben. Die Industrie hat in den Andenregionen keine Bedeutung. Der Bergbau, mit seinen

Abbauprodukten Kupfer, Silber, Kadmium, Zink und Gold hat einen wichtigen wirtschaftlichen Anteil. Im landwirtschaftlichen Bereich ist vor allem die Verarbeitung von Wolle, Fellen und Leder zu nennen, die als Einkommensquelle der Bevölkerung von großer Bedeutung ist.

2.1.3 Regenwald

Der größte Teil der gesamten Fläche Perus umfasst das Amazonastiefland. Es liegt östlich der Andenkette und macht 61,6% der gesamten Fläche Perus aus. In dieser nur sehr wenig erschlossenen Region wohnen nur etwa 13,1% der Gesamtbevölkerung Perus, was eine Bevölkerungszahl von 3.2 Mill. Menschen ausmacht (Instituto de Desarrollo y Medio Ambiente 1997). Die Regenwaldregion besteht fast ausschließlich aus tropischem Regenwald mit einem Jahresniederschlag von mehr als 3.000 mm/qm. Die wichtigsten Städte sind Iquitos, Pucallpa und Puerto Maldonado.

Die Landwirtschaft ist hauptsächlich an den tief gelegenen Osthängen der Anden angesiedelt. Hier werden vor allem Kaffee, Kakao, Reis, Bananen und Zitrusfrüchte angebaut. Des Weiteren sind der illegale Anbau von Cocapflanzen, sowie der unkontrollierte Kokainhandel als wirtschaftlicher Faktor nicht unbedeutend. Als Industrieprodukte der Region sind Erdöl, Edelhölzer (Mahagoni, Zeder), Naturkautschuk und andere Rohstoffe (z.B. Chinin) von Interesse. Die meisten Regionen sind nur per Flugzeug oder Schiff zu erreichen.

2.2 Bevölkerungswachstum

(Zahlen nach INEI 1997)

Im Jahre 1997 schätzte man die Bevölkerung Perus auf 23.371.000 Einwohner mit einem mittleren Bevölkerungswachstum von 1,77%. Gemäß inoffiziellen Voraussagen wird diese Entwicklung in naher Zukunft andauern. Nimmt man diese Zahlen als Grundlage, so wird die Bevölkerung in den nächsten Jahren um jährlich 1.300.000 Einwohner anwachsen, was einem Wachstum von 1.200 Menschen /Tag entspricht.

Auch wenn das jährliche Bevölkerungswachstum im Zeitraum 1965/1970 bis 1997 von damals 2,87% auf 1,77% stetig abgefallen ist, zeigen die absoluten Zahlen, dass in den letzten Dekaden die peruanische Bevölkerung um jährlich 404.000 Personen angewachsen ist. Dies sind rund 70.000 Personen jährlich mehr als in jener Zeit mit relativ höherem Wachstum.

Im Folgenden soll auf die wichtigsten Einflussgrößen des Bevölkerungswachstums eingegangen werden:

2.2.1 Kinderzahl

Der Rückgang des Bevölkerungswachstums ist zum einen stark von der Kinderzahl pro Familie abhängig. In den Jahren 1970-1975 verminderte sich die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau von 6,0 auf 4,3 im Jahr 1986, auf 4,0 im Jahr 1991 und auf 3,5 im Jahr 1996. Die Abnahme ist das Ergebnis einer Serie von sozioökonomischen Veränderungen, die sich im Land ereigneten und die das Streben nach Kleinfamilien erklären. Trotz des Wandels ist Peru nach Bolivien (4,8), Paraguay (4,5) und Ecuador (3,6) in Südamerika das Land mit der viertgrößten Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter und somit weit von einem Niveau anderer Nachbarländer mit geringeren Kinderzahlen wie Chile (2,5) oder Uruguay (2,3) entfernt. Die Kinderzahlen Perus gingen jedoch nicht im ganzen Land gleichmäßig zurück, sondern vor allem in den städtischen Regionen und hier insbesondere in der Küstenregion. Im Jahr 1986 lag die durchschnittliche Kinderzahl in städtischen Regionen bei 3,5 Kindern und damit im Schnitt um drei Kinder weniger als bei Frauen in ländlichen Gegenden. In den

letzten zehn Jahren vor 1997 ging die Kinderzahl im Rest der Küstenregion um 25% auf drei Kinder pro Frau zurück, in der Andenregion um 15% auf durchschnittlich 5 Kinder.

2.2.2 Mortalität

Eine weitere bedeutsame Einflussgröße des Bevölkerungswachstums ist die Mortalität. Hierbei spielt die Lebenserwartung eine große Rolle. In den letzten fünf Dekaden zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Lebenserwartung von 44 Lebensjahren in den 50er Jahren auf durchschnittlich 68 im Jahre 1997. Als entscheidende Gründe hierfür gelten eine verbesserte Kontrolle von epidemischen Krankheiten, bessere und flächendeckende Erschließung durch öffentliche Gesundheitseinrichtungen, die Ausweitung des privaten Sektors des Gesundheitswesens, sowie strategische Aufklärung und präventivmedizinische Maßnahmen. Ähnlich der Entwicklung der Kinderzahlen gibt es auch bei der Entwicklung der Lebenserwartung deutliche Unterschiede. In städtischen Gegenden stieg sie von 60 Lebensjahren 1970 auf 71 im Jahr 1997, während sie in dörflichen Bereichen von lediglich 51 Lebensjahren (1970) auf 61 (1996) anstieg. Großen Einfluss haben zum einen die unterschiedlichen Naturregionen, der Bildungsstand sowie die jeweilige wirtschaftliche Situation und die Zugehörigkeit zu verschiedenen Rassen.

Weiterhin ist die Kindersterblichkeit ein bedeutsamer Einfluss auf die Mortalität. In den Jahren 1950 bis 1996 kam es zu einer kontinuierlichen Abnahme von damals 159 pro 1.000 Lebendgeburten auf nunmehr 49. Wie auch bei anderen demographischen Einflussgrößen gibt es bei der Kindersterblichkeit Unterschiede zwischen einzelnen Regionen (Lima: 23 pro 1.000; übrige Küstenregion: 40/1.000; Andenhochland: 75-109/1.000; Regenwaldregion: 50/1.000).

2.2.3 Internationale Wanderungen

Bis zur zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts, genauer den 70er Jahren, war die Bevölkerung Perus in sich abgeschlossen und deren demographische Entwicklung lediglich ein Ergebnis von Geburten- und Sterberate. Die Zahl der Abwanderungen und ausländischer Zuwanderungen hielt sich die Waage. Dies jedoch änderte sich zu Ende der 70er Jahre. Zum ersten Mal in der Geschichte Perus kam es zu einer internationalen Wanderung in Form von Abwanderungen. Peru befand sich in dieser Zeit in einer wirtschaftlichen Krise. Verschärft wurde diese Lage durch generelle Ungewissheit und Unruhen, die durch subversive Gruppen 1990 fast die Hälfte des Landes in eine Art Ausnahmezustand versetzten. Beide Phänomene verursachten im Land ein Klima der Unsicherheit und Ungewissheit, was dazu führte, dass Tausende Peruaner das Land verließen und gleichzeitig die ausländischen Zuwanderungen zurückgingen.

Schätzungen zu Folge zeigen Zahlen, dass 1975-1985 rund 141.000 Peruaner emigriert sind und in den Jahren zwischen 1985-1990 sich auf etwa 270.000 Personen erhöhte. Den Höhepunkt dieser sozioökonomischen Krise erlebte Peru in den fünf Jahren zwischen 1990 und 1995, in denen 370.000 Peruaner das Land verließen.

Allmählich befindet sich Peru in einer relativ stabilen sozioökonomischen Situation mit steigenden Zuwanderungen bzw. einer Abnahme von Abwanderungen. Schätzungen zufolge beliefen sich die Abwanderungen von 1995-2000 auf etwa 150.000 Personen. Für die ersten fünf Jahre nach 2000 rechnet man mit ca. 50.000 Abwanderungen pro Jahr.

2.2.4 Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Alters- und Geschlechtsverteilung einer Bevölkerung hat einen wichtigen Einfluss auf demographische, soziale und ökonomischer Entwicklung. Hierbei ist die Geschlechts-

zusammensetzung einer Bevölkerung direkten Einfluss auf die Geburtszahlen, Todesfälle und Heiraten. Bevölkerungsbefragungen und demographischen Untersuchungen haben gezeigt, dass die Verteilung zwischen Männern und Frauen im Jahre 1997 etwa gleich war (98,5 zu 100).

Die Abnahme der Kinderzahlen und der Mortalität hat nicht nur zu einer Veränderung des Bevölkerungswachstums, sondern hat auch zur Veränderung der Altersstruktur geführt. Die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren ist zurückgegangen (1997: 8,5 Mill.), die der arbeitsfähigen Personen im Alter von 15-65 Jahren (1997: 14,7 Mill.) und die der Senioren (1,1 Mill.) hat zugenommen.

2.2.5 Bevölkerungsverteilung nach Regionen

Seit 1960 setzte mehr und mehr eine Landflucht ein. Die Bevölkerungszahl der kleinen, mittleren und großen Städte stieg stetig an, wohingegen die Bevölkerungszahl der Landbevölkerung abnahm. Im Jahr 1940 lebten lediglich 35% der Gesamtbevölkerung in städtischen Raum, im Jahr 1997 waren es 72,3%. So stieg die städtische Bevölkerungszahl von 2,2 Mill. (1940) auf 17,5 Mill. im Jahr 1997, wohingegen die ländliche Bevölkerung lediglich von 4,0 Mill. (1940) auf 6,9 Mill. (1997) anstieg. Vor allem in den Jahren 1940 bis 1960 explodierte förmlich die Bevölkerungszahl in der Hauptstadt Lima.

2.3 Peruanisches Gesundheitssystem

2.3.1 Staatliche Krankenversorgung

Die Krankenversorgung in Institutionen des Gesundheitsministeriums wird in vier Ebenen organisiert:

Die erste und unterste Ebene bilden die kommunalen Gesundheitskomitees, welche sich aus kommunalen Gesundheitspromotoren zusammensetzen und für die Basisversorgung von 500 bis 1.500 Einwohnern zuständig sind. Außerdem gehören hierzu die mit Krankenschwestern und Sanitätern besetzten *puestos sanitarios* (span.: Medizinstationen) für ca. 4.000 bis 10.000 Einwohner und die *centros de salud* (span.: Medizinzentren) für ca. 15.000 bis 40.000 Einwohner, in denen mindestens ein Arzt und weiteres Personal tätig sind. Das Personal in diesem Bereich soll im Wesentlichen auf dem Gebiet der präventiven und kurativen Medizin mit einfachen Mitteln tätig sein.

Die zweite Ebene stellen die kleineren, lokalen Krankenhäuser dar, welche für die Versorgung von ca. 200.000 bis 250.000 Einwohnern zuständig sind. Krankheiten, die eine technisch aufwendigere Diagnostik (Röntgen, Labor etc.), eine intensivere Behandlung (z.B. Operationen) und Betreuung erfordern, sollen hier behandelt werden. Die Krankenhäuser sind auch für Material- und Personalplanung sowie für die Weiterbildung in der ersten Ebene zuständig (Ministerio de Salud 1981).

Die dritte Ebene bilden die Regionalkrankenhäuser, die in der Regel in einer größeren Stadt liegen. In diesen Krankenhäusern sollte eine differenzierte und spezialisierte Diagnostik, Therapie und Überwachung durchgeführt werden können. Hier wird darüber hinaus die regionale Gesundheitsplanung vorgenommen (Ministerio de Salud 1981).

Die vierte und höchste Ebene der staatlichen Gesundheitsplanung stellen die spezialisierten Krankenhäuser dar, wie sie nur in den größeren Städten Perus (z.B. Lima, Arequipa) existieren. In der Verwaltung ist das Gesundheitsministerium mit Sitz in Lima die höchste Planungsbehörde (Ministerio de Salud 1981).

Im Idealfall sollen alle vier Ebenen so zusammenarbeiten, dass jeder Patient zunächst die erste Ebene durchläuft und, falls für seine Behandlung erforderlich, in die nächst höherer Ebene

überwiesen werden kann. Die Weiterbildung, Überwachung, Beratung und die Planung sollte durch die jeweils höhere Ebene erfolgen (Ministerio de Salud 1981).

2.3.2 Staatliches Gesundheitswesen

Die medizinische Versorgung, die durch staatliche Vorgaben geregelt ist, unterhält in den jeweiligen Distrikten einer Region, so auch im Distrikt Lahuaytambo, eine Gesundheitsstation die so genannte *posta médica*. Diese steht für die medizinische Grundversorgung der Region. Weitere Gesundheitsstationen finden sich in den Nachbardistrikten Langa und San Damian. Grundsätzlich sollte jede Gesundheitsstation mit einem Arzt, einer Pflegekraft sowie mit einer technisch ausgebildeten Hilfskraft besetzt sein. In der Region, in der die Befragung durchgeführt wurde, war jedoch allein das Dorf Lahuaytambo entsprechend besetzt, so dass der dort tätige Arzt durch Fußmärsche von teilweise bis zu zwei Stunden die umliegenden Dörfer mit zu versorgen hatte. Durch die Gesundheitsposten soll versucht werden die medizinische Unterversorgung in ländlichen Gegenden zu mindern. Besetzt durch je einen junge(n) Arzt (Ärztin), die eben ihr Studium absolviert haben und in einer Art Pflichtjahr zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit in den über das ganze Land verteilten Medizinstationen arbeiten. In dieser Zeit sammeln die Mediziner nach einem von der Regierung festgelegten System Punkte, die letztlich nach dieser Zeit, neben anderen Kriterien die Zulassung zur späteren Facharztausbildung bestimmen. Ein Anreiz für die Ärzte, in einer abgelegenen Region zu arbeiten besteht darin, dass entlegene Medizinstationen in diesem Punktesystem höher bewertet werden als andere. Trotzdem ist es häufig schwierig, gerade diese Regionen, zu der auch die Region Lahuaytambo zählt, zu besetzen. Es gibt viele Umstände, die dies ausmachen. Zum einen machen unregelmäßige, ca. 8 Stunden dauernde Verkehranbindung in die nächst größere Stadt Heimfahrten selten. Zum anderen besteht ein raues, teils sehr kaltes Klima, welches nicht zuletzt durch die große Höhe von knapp 3.500 Meter über dem Meeresspiegel den meist aus der Küstenregion kommenden Mediziner zu schaffen macht. Ein anderes Problem ist die geographische Größe des zu versorgenden Gebietes und das Spektrum der zu behandelnden Krankheiten. Zudem erlebt sich der Mediziner als Städter häufig einer fremden und unverständlichen Kultur allein ausgesetzt. Er muss als Fremder meist ohne unmittelbaren Rat und Unterstützung von Freunden und Kollegen zurechtkommen. Fachliche Hilfe ist manchmal über Funk zu erhalten. Dafür ist jedoch genügend Brennstoff für einen Generator notwendig, der nicht immer in ausreichender Menge vorhanden ist. Telefonverbindungen existieren nicht.

Wegen dieser und anderer Gründe gab es alleine in den vier Monaten der Untersuchung einen Wechsel von insgesamt drei Ärzten, die sich vorzeitig eine andere Arbeitstelle suchten. Dies ist als ein Grund für das mangelnde Vertrauen und Akzeptanz des tätigen Arztes im Dorf anzusehen.

Die Aufgabe der Medizinstation besteht vor Allem in der medizinischen Basisversorgung. So werden zum Beispiel von der Regierung finanzierte Impfprojekte, Aufklärung zum Thema Empfängnisverhütung (inklusive kostenloser Ausgabe von Kondomen), Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Programme für unterernährte Kinder durchgeführt. Daneben steht die medizinische Versorgung von Patienten im Vordergrund. Zu diagnostischen Zwecken steht dabei eine Basisausrüstung zur Verfügung. Mehr jedoch sind hier die Sinne des Arztes gefordert. Die Versorgung der Stationen, so auch mit Medikamenten, erfolgt direkt über das Gesundheitsministerium meist einmal pro Monat. Bei ernsthaften Erkrankungen, bei denen eine Einweisung in ein Krankenhaus notwendig ist, steht mehreren Nachbarregionen lediglich ein ausgebauter, geländegängiger Jeep zur Verfügung. Dieser braucht jedoch für die Anfahrt und den Rücktransport des Erkrankten in das nächstgelegene Krankenhaus noch mindestens insgesamt acht Stunden. Die Behandlungskosten in der Medizinstation werden größten Teils vom Gesundheitsministerium mitfinanziert, so dass die Patienten,

ausgenommen Kinder, die völlig ohne Bezahlung behandelt werden, einen geringen Unkostenbeitrag selbst tragen müssen. Aber selbst dieser „geringe“ Eigenbeitrag ist für viele Bauern noch zu hoch und hält sie häufig davon ab, sich behandeln zu lassen. Die Kosten für die Medikamente müssen vollständig selber getragen werden.

2.4 Traditionelle Medizin in Peru

Es existiert neben dem staatlichen Gesundheitsdienst das inoffizielle, traditionelle Gesundheitssystem, besonders in den ländlichen Gebieten der Anden, sowie im Amazonastiefland und in etwas geringerer Ausprägung in der Küstenregion Perus.

HAHOLD (1986 p.10) beschreibt die in den letzten 20 Jahren wachsende Zahl von Autoren, die sich mit den Praktiken, den weltanschaulichen Hintergründen und der Effektivität der traditionellen Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern auch im Vergleich mit der modernen Gesundheitsversorgung beschäftigte. Er spricht hierbei den wohl zeitlichen Zusammenhang mit der Konferenz von Alma Ata (WHO 1978) an, in welcher der Wunsch, die traditionelle Medizin in die staatliche Basisversorgung einzubeziehen, laut wurde. Es begann eine intensive Auseinandersetzung zwischen den beiden, in vielerlei Hinsicht stark gegensätzlichen Gesundheitssystemen.

„Jede Kultur hat eigene, durch interkulturellen Austausch und Parallelentwicklung oft einander ähnelnde Konzepte über die Entstehung von Krankheiten entworfen. Gemäß diesen Konzepten wurden therapeutische Techniken entwickelt, welche den religiösen Vorstellungen, den biologischen Ressourcen, den finanziellen Möglichkeiten und dem handwerklich-technischen Können der jeweiligen Bevölkerung entsprechen.“ (HAHOLD 1986 p.10). Er sagt weiter, dass das staatliche und das traditionelle Medizinsystem als „zwei unterschiedliche Systeme, die in Gegensatz und Konkurrenz zueinander stehen“ zu sehen sind (HAHOLD 1986 p.11).

Die vorliegende Studie zeigt, dass auch ein funktionierendes Nebeneinander beider Systeme, mit gegenseitiger Akzeptanz und Zuweisung zu bestimmten Krankheiten möglich ist.

„Eine Veränderung der bestehenden Lebensbedingungen und/oder eine Anpassung des modernen Gesundheitsdienstes an die existierenden Verhältnisse in der Art, dass die moderne Medizin den Grundbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen konnte, hat aus kulturellen, wirtschaftlichen sozialen und politischen Gründen weder in den Anden noch in den meisten Ländern der so genannten Dritten Welt stattgefunden.“ (HAHOLD 1986 p.11).

ERDHEIM (1984 p.85-95) spricht in diesem Zusammenhang die tief verwurzelten Zwiespälte peruanischer Identität zwischen spanisch-kolonialem Erbe und präkolumbianischer Tradition an, die er bis heute als nicht überwunden beschreibt. „Charakteristisch für Mexiko, Guatemala, Ecuador und Peru ist, dass die ehemaligen Träger der Hochkultur, die Nahuatl, die Maya, die Quechua und die Aymara sprechenden Stämme, zwar nach wie vor den Großteil der Bevölkerung bilden, aber nicht an der Herrschaft beteiligt sind. Der Nationalismus dieser Staaten knüpft oft an Inhalte der vorspanischen Staatsideologie an, in Peru an die Inka, in Mexiko an die Azteken und Maya, seine Struktur jedoch ist weitgehend von der Kolonialzeit bestimmt. Hinter der modernistischen Fassade entdeckt man bald dieselben Denkformen, welche die Konquistadoren Anfang des 16. Jahrhundert entwickelt haben. Nur sind es jetzt nicht mehr Spanier und das Christentum, welche die eingeborene Bevölkerung aus ihrer Barbarei und Unzivilisiertheit erlösen sollen, sondern der Nationalstaat und der Kapitalismus. Wie sehr sich aber die alte Konquistadorenideologie und der neue Nationalismus gleichen, zeigt der Entfremdungsdruck, den letztere auf die abgestammte Bevölkerung ausübt.“

Eben dieser Entfremdungsdruck, der auf verschiedene Art und Weise, sei es zum Beispiel durch das staatliche Schulsystem oder auch durch das öffentliche Gesundheitswesen ausgeübt wird, unterstreicht die präkolumbianischen Traditionen in ihrer Bedeutung.

Die traditionelle, andine Medizin ist ein Beispiel, durch welche der *campesino* (span.: Bauer) sich in seiner Identität, seinen Gefühlen und Denkweisen wieder erkennt und beschreibt gleichzeitig die Wichtigkeit der Pflege und Erhaltung dieser Traditionen. Dem *curandero* (span.: Heiler) kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion zu. „Sie (die traditionelle Medizin) ist Teil des von der Andenbevölkerung ausgeübten passiven Widerstandes früher gegen die Kolonialherrschaft und in der Neuzeit gegen die vielfach wechselnden außerregionalen Einflüsse.“ (HAHOLD 1986 p.12).

Die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Förderung des traditionellen Gesundheitswesens, welches ein besseres Verständnis des Gleichen voraussetzt, zeigt sich nicht zuletzt durch die stark von der Theorie abweichenden Realität der Verwirklichung des staatlichen Gesundheitswesens (s. Kap. 2.3.2). Schon allein aus wirtschaftlichen Gründen wird auch für die Zukunft eine adäquate medizinische Versorgung alleine durch das staatliche Gesundheitswesen, vor allem bei der ländlichen Bevölkerung schwierig zu realisieren bleiben.

3 Spezielle Lebensbedingungen im Untersuchungsgebiet

3.1 Lage

Der Distrikt Lahuaytambo gehört zur Provinz Huarochiri und liegt im östlichen Teil des Departments von Lima.

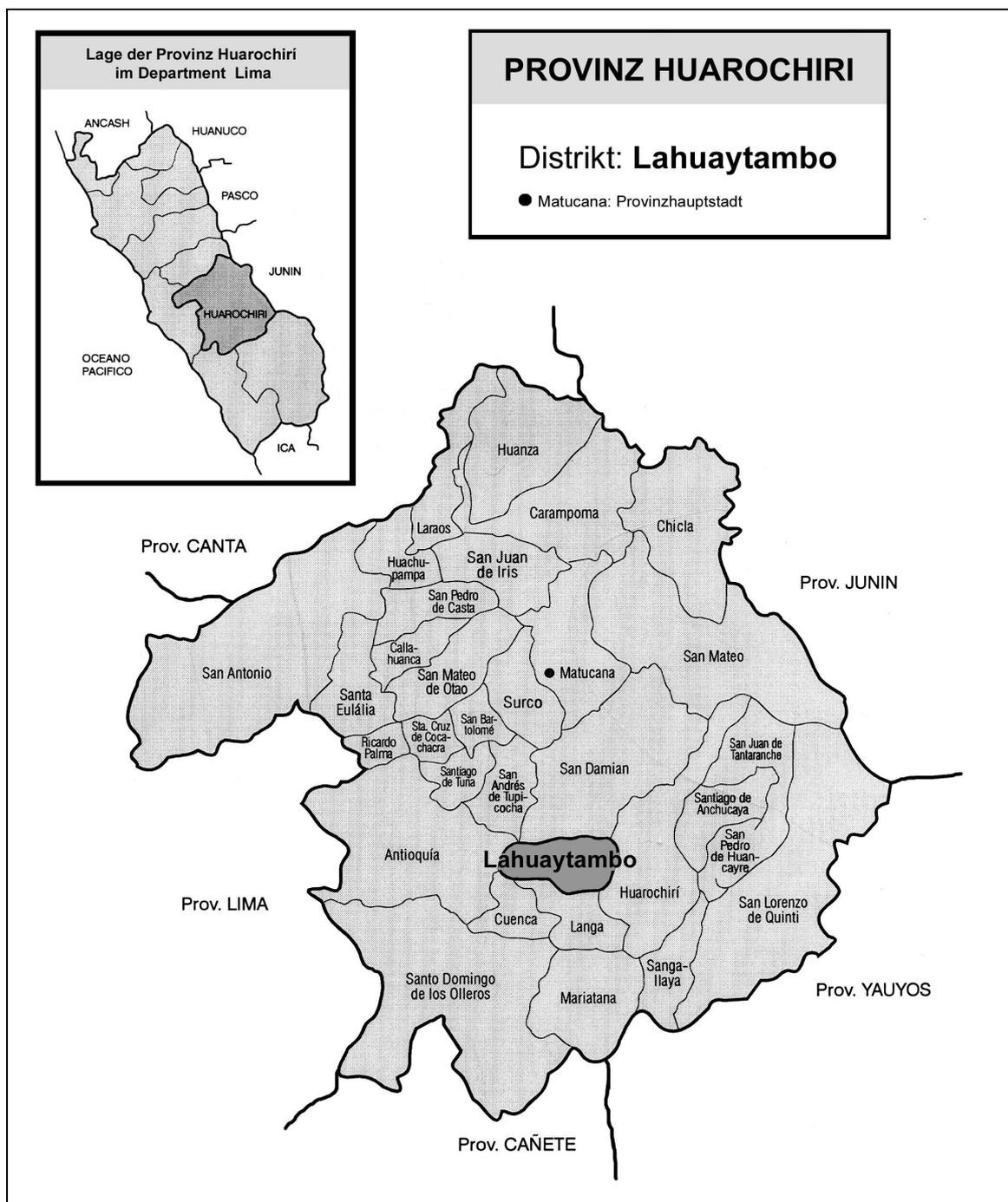


Abb. 3.1: Distrikt Lahuaytambo in der Provinz Huarochiri/Department Lima (modifiziert nach INEI 1995 b)

Der Distrikt gehört zu dem den nördlichsten Teil des Zuflussgebietes des Flusses Lurín, der so genannten *parte alta* (span.: hoher Teil), wie die höher gelegene Bergregion (3.100 bis 3.800 über dem Meeresspiegel) dieser Region genannt wird.



Abb. 3.2: Einzugsgebiet des Flusses Lurín (modifiziert nach CAMPOS PÉREZ 1996 p.8)

Aufgrund der hohen Wichtigkeit der Flüsse und deren Einzugsgebiete für den Ackerbau teilt man die verschiedenen Regionen des Departments Lima nach ihrer Zugehörigkeit zum jeweiligen Flussgebiet ein. Der Fluss Lurín ist der Südlichste der drei großen Flüsse des Departments Lima, welche die Anden mit der Pazifikküste verbinden. Nördlich von ihm liegt der Fluss Rimac, der Nördlichste heißt Chillón.

Das Einzugsgebiet des Flusses Lurín liegt zwischen $76^{\circ}10'$ und $76^{\circ}55'$ östlicher Länge und $11^{\circ}50'$ und $12^{\circ}20'$ südlicher Breite, deren *parte alta* zum Bereich der *cordillera occidental* (span.: östliche Kordilliere) Perus gehört. Das Gesamtgebiet des Einzugsgebietes des Lurins hat eine Ausdehnung von insgesamt 1.719.963 qkm und umfasst alle ökologischen Ebenen, die im Bereich von Meereshöhe bis auf eine Höhe von 5.000 Metern in Peru anzutreffen sind. Die Region der *parte alta*, zu dem das Untersuchungsgebiet gezählt wird, umfasst insgesamt 46% der Gesamtfläche des Einzugsgebietes des Flusses Lurín (PÉREZ 1996 p.5).

Gemäß der regionalen Gliederung des peruanischen Geographen Javier Pulgar Vidal (PULGAR VIDAL 1980) gehört das Untersuchungsgebiet zu der Vegetationsstufe der *sierra alta* (3.200-3.800 m). Diese sehr bergige Landschaft ist durch zahlreiche Bäche und Flüsse durchschnitten, welche zum Teil tiefe Täler bilden. Als wichtigste Flüsse des Untersuchungsgebietes sind der Fluss Río Lcomaypui und Río Blanco zu nennen, die in westlich- östlicher Richtung in den Lurín münden.



Abb. 3.3: Täler und Umgebung von Lahuaytambo

Neben diesen Flüssen existieren zahlreiche Bäche mit kleinen Tälern, die das Landschaftsbild entscheidend prägen.

Der höchste Berg des Distriktes ist mit 4.620 Metern der Chuini, östlich von Lahuaytambo gelegen.

3.2 Infrastruktur

Das regionale Straßennetz ist, verglichen mit anderen Bergregionen Perus, in einem schlechten Zustand. Es mangelt an Befestigungen. Asphaltierte Straßen sind in keiner Region des Untersuchungsgebietes anzutreffen. Ein weiterer Grund, der die Zugangswege zum Untersuchungsgebiet vor allem in regenreichen Monaten lediglich für allradgetriebene Fahrzeuge passierbar macht, ist der teilweise sehr starke Höhenunterschied. Zudem haben die starken Regenfälle während der Regenzeit entscheidenden Einfluss auf das Straßennetz. Hierbei ist der peruanische Sommer (November bis März) mit seinen starken Regenfällen vor allem in den Bergregionen problematisch.

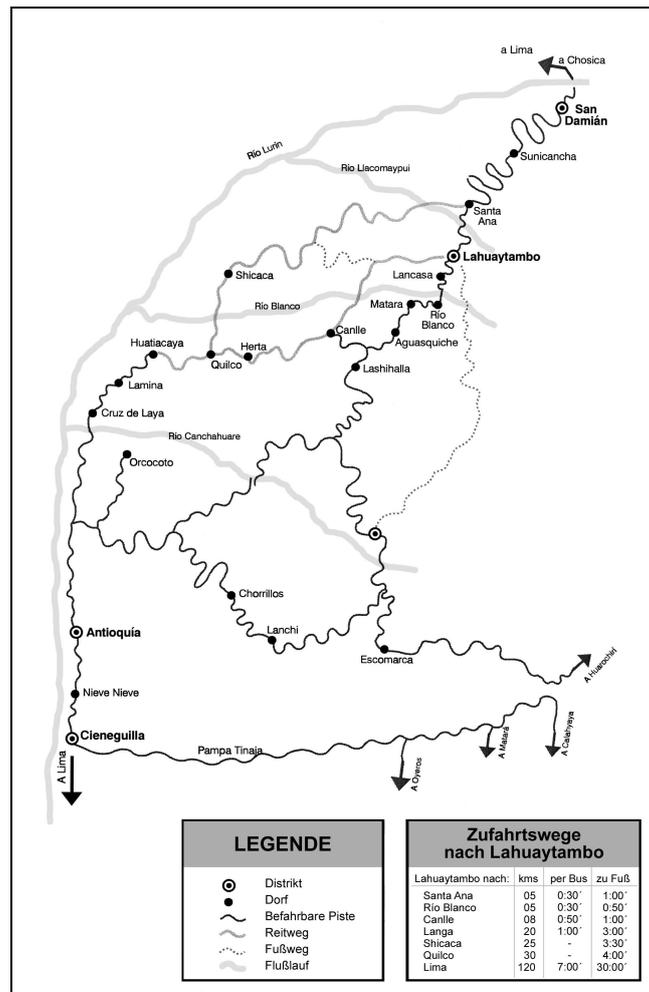


Abb. 3.4: Zufahrtswege, Wegstrecken und Anfahrtszeiten ins Untersuchungsgebiet

Begleitet werden diese Naturgegebenheiten im Untersuchungszeitraum durch ein alle fünf bis sechs Jahre wiederkehrendes Naturphänomen, dem *el niño*. Dieses Phänomen, welches sich weltweit in Form von Naturkatastrophen äußert, führte im Jahre 1998 an fast der ganzen Pazifikküste Südamerikas zu verheerenden Überschwemmungen. Die Zugangswege ins Untersuchungsgebiet waren teilweise unpassierbar.



Abb. 3.5: Verschütteter Zufahrtsweg nach Lahuaytambo

Es bildeten sich so genannte *huaycos* (span.: aus Schlamm, Geröll und Sträuchern bestehende Wassermassen). Diese entstehen durch überdurchschnittlich hohe Regenfälle, geringe Vegetation sowie durch ausgetrocknete, schlecht Wasser aufnehmende Böden. Sie reißen bei ihrem zu Tal gehen ganze Brücken mit, überfluten Schienennetze oder begraben ganze Ortschaften unter sich. Im Untersuchungsgebiet wurden zu dieser Zeit zwei wichtige Brücken zerstört, welche die Region für einen Zeitraum von mehr als einen Monat vollständig von der Außenwelt abschnitten. Die Situation entspannte sich insofern etwas, in dem die Brücke des vom Süden einzigen Zugangsweges erneuert wurde.

Einmal pro Woche stand zu Anfang der Untersuchung eine Verbindung nach Lima zur Verfügung, was im Laufe des Untersuchungszeitraums auf drei Fahrten ausgebaut wurde. Die Busse benötigen für die etwa 90 Kilometer, der schlechten Straßen entsprechend ungefähr 7 Stunden. Die Bußverbindung dient zum einen als Reisemöglichkeit, zum anderen stellt sie die einzige Transportmöglichkeit für Handelsgüter dar. Pannen der Fahrzeuge auf diesen Strecken sind nicht selten und müssen mit eingeplant werden.



Abb. 3.6: Transport- und Lastenbus der Region

Auf einigen Wegen des Untersuchungsgebietes und vor allem zu Zeiten unpassierbarer Straßen bleiben den Bauern häufig als einziges Transportmittel ihre Esel als Lasttier. Nicht selten transportieren die Bauern mit ihnen Lasten von 60 Kilo und mehr.



Abb. 3.7: Esel als Lastentiere

Ein weiteres Problem besteht in der eventuellen Notwendigkeit eines Krankentransportes in das nächstgelegene Krankenhaus in Lima-Stadt. Neben der normalen Busverbindung steht hierfür seit 1996 ein von den benachbarten Distrikten gemeinsam genutzter allrad- getriebener Jeep zur Verfügung, welcher in der Medizinstation von Cieneguilla stationiert ist.

Der Zugangsweg aus nördlicher Richtung über den Distrikt San Damian war zur Zeit der Untersuchung (März bis Juni 1998) seit nunmehr 5 Monaten durch zerstörte Brücken nicht mehr passierbar. Der Wiederaufbau der zerstörten Brücken war bis auf weiteres nicht geplant.

Die einzige Telefonverbindung in der Region des Distriktes Lahuaytambo wurde im Zeitraum der Studie im Nachbardistrikt Langa mit gleichnamigem Ort errichtet. Dies bedeute einen Fußmarsch von Lahuaytambo aus von etwa drei Stunden, von den Nachbardistrikten San Damian sogar mehr als vier Stunden. Es besteht ansonsten in Lahuaytambo als einzige Kommunikationsmöglichkeit eine Verbindung per Funk zur Verfügung. Die Nutzung ist jedoch der Versorgung der Medizinstationen und für Notfälle vorbehalten.

Es gibt in der gesamten Region keine Versorgung mit Elektrizität. Der einzige Generator im Distrikt Lahuaytambo wird von der Medizinstation betrieben. Das für den Betrieb notwendige Benzin muss aus der Stadt Lima antransportiert werden. Da dies aus oben beschriebenen Gründen häufig Schwierigkeiten bereitet, bestehen selbst in Einrichtungen wie der Medizinstation oft keine Versorgung mit Elektrizität. So passiert es, dass Patienten bei Notfällen gegebenenfalls bei Petroleumlicht behandelt werden müssen oder die Funkverbindung mangels Strom für Tage ganz ausfällt.

Außer der Möglichkeit Bekannten und Freunden bei ihren Reisen nach Lima-Stadt Post mitzugeben besteht keine Postverbindung in und aus der Region.

3.3 Kommunale Organisation und lokale Autoritäten

Neben der konstitutionellen Provinz Callao teilt sich Peru in 24 Departments. Diese wiederum bestehen aus 156 Provinzen, die sich abermals in 1698 Distrikte unterteilen.

Der Distrikt des Untersuchungsgebietes heißt Lahuaytambo. Er umfasst eine Fläche von 81,88 Quadratkilometern und hat eine Bevölkerungsgröße von 1095 Personen (CAMPOS PÉREZ 1996). Dem Distrikt Lahuaytambo zugehörig sind die Gemeinden Lahuaytambo (478 Einwohner), Huatiacaya (203 Einwohner), Cruz de Laya (98 Einwohner), Santa Ana (185 Einwohner), Canlle (198 Einwohner) und weitere aus wenigen Häusern bestehende Ansiedlungen auf dem Weg zwischen Lahuaytambo und Canlle: Matará, Aguasquiche, Río Blanco, Quilco, Huerta und Lanshihalla (unveröffentlichte Zahlen der Medizinstation in Lahuaytambo).

Der Distrikt gehört zu den insgesamt sieben der Provinz Huarochiri, die gemeinsam mit drei weiteren Distrikten der Provinz Lima das Einzugsgebiet des Flusses Lurín bilden.

Departm.	Provinz	Distrikt	Fläche in qkm	Einwohnerzahl	Bevölk. dichte (Einw./qkm)
LIMA	Lima	Lurín	180	34.268	190
		Pachacamac	160	19.851	124
		Cieneguilla	240	8.993	37
LIMA	Huarochiri	Antoquia	387	1.469	4
		Langa	81	1.378	17
		Lahuaytambo	82	1.095	13
		San Damián	343	1.990	6
		San Andrés de Tupicocha	83	1.543	19
		Santiago de Tuna	54	498	9
		Cuenca	60	423	7

Tab. 3.1: Fläche, Einwohnerzahlen, Bevölkerungsdichten der Distrikte im Department Lima (CAMPOS PÉREZ 1996 p.9)

Im Zusammenhang mit der kommunalen Verwaltung und regionalen Machtausübung sind insgesamt vier verschiedene Ebenen zu nennen:

Es gibt Bauerngemeinschaften, die Distrikt- und Provinzbürgermeister, die Repräsentanten der Zentralregierung und die lokalen Friedensrichter sowie die *guardia civil* und die *guardia republicana* (Ausführungen s.u.).

3.3.1 Bauerngemeinschaft

Die weitaus wichtigste Verwaltungsebene in weiten Teilen der peruanischen Anden ist für die regionale Entwicklungsarbeit mit der Landbevölkerung die *comunidad campesina* (span.: Bauerngemeinschaft). Die Zusammenarbeit mit den Vertretern und ihren Mitgliedern ist die Basis für jede Art einer sinnvollen Kooperation mit der ländlichen Bevölkerung. Die Ursprünge dieses Zusammenlebens in ausgedehnten Großfamilien und ihrer Landnutzung geht auf die soziale Struktur des *ayllu* (s. Kap. 3.6) zur Zeit der Inkanischen Hochkultur zurück.

Die vorliegende Studie wurde in insgesamt 4 verschiedenen Bauerngemeinschaften durchgeführt, wobei die meisten Probanden der Bauerngemeinschaft mit Namen Pariapongo

angehörten. Es handelt sich hierbei um eine der zwei Bauerngemeinschaften des Dorfes Lahuaytambo. Ihre 87 männlichen Mitglieder (insgesamt rund 200 Personen einschließlich der Familienangehörigen) leben fast ausschließlich im höher gelegenen Teil des Dorfes. Zwei Drittel der etwa 60 Mitglieder der Bauerngemeinschaft Llambilla (insgesamt etwa 130 Personen) leben im tiefer gelegenen Teil von Lahuaytambo, ein weiteres Drittel im Dorf Canlle, etwa 400 Höhenmeter tiefer gelegen. In zwei weitere Bauerngemeinschaften in den gleichnamigen Orten Santa Ana und Sunicanche wurden lediglich einige wenige Personen befragt.

Organisation der Bauerngemeinschaften

Um die verschiedenen Ebenen und ihre Struktur besser kennen zu lernen, soll im Folgenden auf die von HAHOLD (1986, p.57) beschriebenen Verwaltungsebenen eingegangen werden. Sie sind in leicht abgewandelter Art in der Region um Lahuaytambo wieder zu finden:

Das höchste Organ ist die *asamblea general* (span.: Generalversammlung), das heißt die Versammlung aller *empatronadas* (span.: Gemeindeglieder). Dies umfasst die Delegierten der zugehörigen Gemeinden. Diese wählen alle zwei Jahre in geheimer Wahl den *consejo de administración* (span.: Verwaltungsrat) und den *consejo de vigilancia* (span.: Kontrollrat).

Der für ebenfalls zwei Jahre gewählte Repräsentant der Gemeinde ist der *presidente de la comunidad* (span.: Präsident des Verwaltungsrates). Seine Entscheidungen sind abhängig von den Beschlüssen der Generalversammlung.

Der *consejo de administración* (span.: Verwaltungsrat), der aus sechs Personen besteht, organisiert und koordiniert die Arbeit in den verschiedenen Komitees. Der Verwaltungsrat beruft die Generalversammlung zur Diskussion der entstehenden Probleme ein (z.B. kommunale Arbeiten, Verteilung und Anwendung auf Gemeindeebene erwirtschafteter Mittel, Landverteilung).

Der *consejo de vigilancia* (span.: Kontrollrat) bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung lediglich aus einer Person als oberstes Überwachungsorgan der Gemeinde. Er sorgt insbesondere dafür, dass die Güter der Gemeinde ordnungsgemäß und im Sinne der Generalverwaltung verwaltet werden.

Zur Planung und Durchführung von Arbeiten auf kommunaler Ebene werden von der Generalversammlung verschiedene Fachausschüsse (Komitees) gewählt, die sich aus zwei oder vier Mitgliedern zusammensetzen. Im Wesentlichen gibt es fünf, manchmal mehr, Fachbereiche: Handwerk, Produktion Wasserversorgung, Gesundheit und der so genannte Überwachungsausschuss.

Dem Gesundheitskomitee stand in früherer Zeit der gewählte kommunale Basisgesundheitsdienst vor. Er stellt offiziell die unterste Ebene des staatlichen Gesundheitsdienstes dar. Zur Zeit der Studie gab es offiziell keine solche Person im Untersuchungsgebiet. Inoffiziell schien dieser Funktion jedoch der Kerninformant und hauptsächlichliche Kontaktperson der Studie nachzukommen, Herr Teofanes Zavaleta. Neben seiner eigentlichen Tätigkeit in der Medizinstation von Lahuaytambo gilt er als der Organisator und Vertrauensperson im medizinischen Bereich in der Region überhaupt.

3.3.2 Bürgermeister

Alle Drei Jahre werden der Provinzbürgermeister und der Distriktbürgermeister neu gewählt. Ihre Aufgabe besteht darin, die finanziellen Mittel der Provinz bzw. des Distriktes zu verwalten. Zum anderen leiten sie die Planung regionaler Bauvorhaben. Ein so genanntes Planungspersonal ergänzt diese Planungsarbeit in größeren Bezirken. Diese werden durch die

hiesigen Bürgermeister bestimmt und mit bestimmten Aufgaben (z.B. Wasserversorgung) betraut.

Nach der ersten Kontaktaufnahme mit den Vorstehern der Bauerngemeinschaften wurde der Bürgermeister zu Beginn der Untersuchung von der Absicht und Durchführung der Befragung informiert.

3.3.3 Regionale Repräsentanten der Staatsregierung

Die regionale Polizei, bestehend aus *guardia civil*, *guardia republicana* und *policía de investigación*, welche die Exekutive bildet, wird laut der Verfassung von den regionalen Repräsentanten der Zentralregierung in Lima befohlen. Ihre eigentliche Aufgabe ist auf lokaler Ebene in administrativen Aufgaben und repräsentativer Funktion zu sehen. Im Wesentlichen sollen sie den Einfluss der Regierung auf lokaler Ebene sichern.

Auf den verschiedenen Ebenen sind die Vertreter:

auf der Ebene

- des Departments : *prefecto*
- der Provinz : *subprefecto*
- des Distriktes : *gobernador*
- der Gemeinde : *teniente gobernador*

Diese Vertreter werden alle fünf Jahre entsprechend der neuesten Wahlergebnisse bestimmt und stellen als aktive Parteimitglieder der Regierungspartei eine sehr bedeutsame Verbindung zur Basis der Bevölkerung dar.

3.3.4 Rechtsprechung

Es gibt zwei Arten wie sich die lokale Rechtsprechung auf dem Lande organisiert. In größeren Siedlungen gibt es meist einen akademisch ausgebildeten *juez de paz letrado* (span.: Friedensrichter). Ansonsten werden diese Aufgaben von einer nicht akademisch ausgebildeten, für ein Jahr gewählten Persönlichkeit, dem so genannten *juez de paz no letrado*, übernommen. Beide erstatten über lokale Angelegenheiten dem Gerichtshof des jeweiligen Departments in Lima Bericht und werden von diesem überwacht.

Im Untersuchungsgebiet gibt es lediglich einen nicht professionellen *juez de paz no letrado*. Dieser erstattet, sollten rechtliche Probleme auftreten, einem ordentlichen Friedensrichter in der Provinzhauptstadt von Huarochiri in Matucana Bericht, der wiederum mit dem Departmentgerichtshof in Lima in Verbindung steht.

3.3.5 Polizei

Die peruanische Polizei ist auf drei Ebenen organisiert:

1) *guardia civil*

Sie ist für regionale Ordnung, vor allem in städtischen Siedlungen zuständig.

2) *guardia republicana*

Ihre Aufgaben bestehen im Schutz überregionaler und bedeutender staatlicher Institutionen. Zum anderen wacht sie über die Einhaltung innerperuanischer Zollgesetze.

3) *policia de investigación*

Sie bildet die peruanische Kriminalpolizei und überwacht alle Aktivitäten im Land.

Die *guardia civil* auf dem Land ist mit allen drei der oben genannten Funktionen betraut.

Sie kontrolliert mit einem ständig präsenten Außenposten die einzige Ausfahrtsstraße Cieneguillas, die den einzigen Zugangsweg aus südlicher Richtung zur der beschriebenen Region darstellt (s. Abb. 3.4). Alle passierenden Fahrzeuge werden kontrolliert. Ein ähnlicher Kontrollposten existiert in Matucana, dem nördlichen Zugang in die Region.

Neben den offiziellen Polizeikräften ist in den abgelegenen Gemeinden der *teniente gobernador* Vertreter der staatlichen Rechtsausübung. Für kurzfristige Inhaftierung stehen eine Art Gefängniszelle zur Verfügung. Diese besteht aus einer mit einer Stahltür versehenen Räumlichkeit auf dem Gelände der Medizinstation. Es passierte während der Erhebung der Daten, dass eine Person bei den Festlichkeiten der Osterwoche wegen Trunkenheit und Randalierens zur Ausnüchterung für eine Nacht in Gewahrsam genommen wurde. Sollte es nötig sein, so hat der *teniente gobernador* die Möglichkeit, dem nächsten zuständigen Sitz der hiesigen *guardia civil* in Matucana Bericht zu erstatten, die wiederum durch ihren Präfekten Hilfe aus Huarochiri entsenden können.

3.4 Bevölkerungsdichte und Migration

Im Flussgebiet Lurín, bestehend aus 10 Distrikten von denen 3 der Provinz Lima und 7 der Provinz Huarochiri zugehörig sind, leben insgesamt 71507 Menschen (INEI 1993). Sie teilen sich in etwa 80% städtische Bevölkerung und den Rest in ländlichen Siedlungen und Gehöften auf. Dabei ist zu beachten, dass fast 90% der Gesamtbevölkerung im *parte baja*, das heißt in den Tälern und an der Küste leben. Ein kleiner Teil von 2% bewohnt die mittlere Höhenregion (*parte media*) und 10%, zu denen auch das Untersuchungsgebiet gehört, bewohnen die höher gelegene Andenregion (*parte alta*; über 3.200 m). Trotz der geringen Einwohnerzahl dieser Region umfasst sie mit fast 46% den größten Anteil der Gesamtfläche des Flussgebietes Lurín (INEI 1993).

Es zeigt sich eine unausgeglichene Verteilung als Folge der Urbanisation und Migrationbewegung begründet auf einer Reihe von ökologischen und umweltbedingten Problemen, wie: lange Dürreperioden, geringe Ernteerträge, schlechte oder verfallene Weideflächen, geringe oder gar nicht vorhandene Infrastruktur, die Ferne zur Stadt und nicht zuletzt Nachfrage an Arbeitsplätzen und Angestellten.

3.5 Geschlechts - und Altersverteilung im Untersuchungsgebiet

Die Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und Alter in Lahuaytambo (Bevölkerungszahl 475, insgesamt 130 Familien) zeigt folgende Verteilung:

Geschlecht	Alter in Jahren					
	< 1	1 - 6	7 - 14	15 - 49	50 - 64	> 65
männlich	5	28	56	98	23	31
weiblich	8	28	37	92	21	48
Gesamt	13	56	93	190	44	79
Prozentzahlen	3%	12%	20%	40%	9%	17%

Tab. 3.2: Bevölkerungsstruktur im Distrikt der Untersuchung
(unveröffentlichte Daten der Medizinstation in Lahuaytambo 1997)

3.6 *Mentalität der Bevölkerung und die Bedeutung für die Studie*

„Es ist wichtig zu betonen, dass nie das Individuum oder die einzelne Kleinfamilie das Fundament der Gesellschaft war, sondern es war die ausgedehnte Großfamilie und die dörfliche Gemeinschaft (*ayllu*), mit ihren gesamten verwandtschaftlichen Beziehungen. Dies unterscheidet die andine Gesellschaft von der europäischen seit vielen Jahrhunderten.“ (DELRAN 1981).

Im täglichen Leben spiegelt sich die oben erwähnte Haltung der tief verwurzelten Traditionen, die bis heute in Form der Bauerngemeinschaften weiterleben, wieder. So werden zum Beispiel kommunale Arbeiten wie die Reinigung und Instandhaltung des Bewässerungssystems mit praktischem Geschick und Humor gemeinsam durchgeführt.



Abb. 3.8: Reinigung der Bewässerungskanäle

Gegenseitige Hilfe bei der Vorbereitung der steinigen Böden für die Aussaat, die Aussaat selber, die Ernte, sowie beim Dachdecken und beim Hausbau ist im ständigen Geben und Nehmen eine Selbstverständlichkeit. Die zahllosen Festlichkeiten werden von den Frauen durch gemeinschaftliches Kochen vorbereitet und nicht zuletzt die handwerklichen Arbeiten an Wochenenden, an denen die ortsüblichen Ponchos gestrickt werden, werden in gemeinschaftlicher Runde durchgeführt.



Abb. 3.9: Vorbereitungen eines Dorffestes

El cariño gilt als Ausdruck der gegenseitigen Hilfe, Sympathie und Verständnis, der in diesem harten Leben in der Sierra Perus als Basis des menschlichen Umgangs gilt.

Dies ist mit als Grund anzusehen, dass es nicht üblich ist, untereinander Ablehnung oder Widerspruch offen zu zeigen. Gefühlsneigungen wie Hass oder Neid werden normalerweise nicht offen ausgedrückt. Hieraus ergeben sich für den Außenstehenden und für kulturfremde Personen so manche Probleme im Verständnis des Verhaltens der Bevölkerung und erfordern viel Erfahrung und Einfühlungsvermögen. Gerade aus diesem Grund wäre die vorliegende Arbeit ohne die Hilfe des *técnico asistente* (span.: technische Hilfskraft) der hiesigen Medizinstation in Lahuaytambo, einer ortsbekanntem Persönlichkeit, nicht durchzuführen gewesen.

Im Allgemeinen kann man zwei gegensätzliche Haltungen der Bevölkerung beschreiben: Zum einen war immer wieder, trotz wiederholter Vorstellung und Beschreibung der Ziele der Arbeit bei gemeinschaftlichen Treffen ein gewisses Misstrauen allem Fremden und Neuem gegenüber spürbar. Dies beschreibt ein in der andinen Gesellschaft tief verwurzelte Erfahrung der Unterdrückung durch die Gesellschaft. Eben jenes Misstrauen zeigt sich nicht zuletzt in der Angst vor der Medizinstation, einer staatlichen Institution. Nach den Ergebnissen der Interviews scheint es jedoch, als wäre in den letzten Jahrzehnten ein spürbarer Wandel zu beobachten. Vor allem bei aktiven und angesehenen Gesellschaftsmitgliedern und bei der jüngeren Bevölkerung ist der Wunsch nach Verbesserung der Lebens- und

Arbeitsbedingungen durch Veränderungen und Inanspruchnahme von Hilfe der Regierung vorhanden.

Das Leben der bäuerlichen Bevölkerung ist durch einen äußerst Kräfte raubenden Lebensrhythmus geprägt. Der Arbeitstag beginnt vor Sonnenaufgang. Möchte man jemanden vor seinen täglichen Arbeiten auf seinem Ackerland antreffen muss man spätestens gegen halb sieben an seine Tür klopfen. Meist bleiben die Frauen, welche die Kinder – bis sie gegen neun Uhr zur Schule gehen – versorgen, bis zur Mittagszeit zu Hause und folgendes dann ihren Männern mit Verpflegung auf die Felder. Zur Mittagszeit und am Nachmittag kümmern sich die älteren Familienangehörigen um die Kinder, bis ihre Eltern nach Einbruch der Dunkelheit gegen sieben Uhr abends nach Hause kommen. Außer vereinzelt Bauern und spielender Kinder sind die Dörfer am Tage bis zum Einbruch der Dunkelheit entsprechend menschenleer. Dies stellte sich als Problem für die Durchführung der Interviewstudie heraus. Es war nicht immer leicht, genügend Informanten zu motivieren. Die Abendstunden, an denen die Bauern erschöpft vom täglichen Arbeiten nach Hause kommen, boten sich für die Befragung wenig an. So blieben nur wenige Stunden täglich, meist am Morgen, übrig. Vereinzelt wurde versucht, die Gespräche auf ihren Feldern zu führen. Auch konnte man dort Treffen für andere Tage verabreden.

Das Verhältnis zu Kindern ist von großer Warmherzigkeit und Geduld geprägt. Die Kinder werden von klein auf in das tägliche Arbeitsleben der Familie integriert, so dass sie nach Schulschluss häufig eigenständig Hausarbeiten ausüben oder sich um das Vieh kümmern, bis ihre beiden Elternteile am Abend nach Hause kommen.

Dass der ansonsten von ruhigem Gemüt geprägte *campesino* sich jedoch auch um seine Interessen zu vertreten zur Wehr setzen kann, zeigen zahlreiche Bauernaufstände der Vergangenheit.

Ein, von äußeren Gegebenheiten wie Klima, fehlender Infrastruktur oder Naturkatastrophen abgesehen, wohl großes Problem, welches nicht nur im Untersuchungsgebiet sondern auch in vielen Gebieten der Andenregion vorherrscht, ist der Hang zum Alkoholismus. Das tägliche Dorfbild ist unabhängig von der Tageszeit immer wieder von stark alkoholisierten, häufig jüngeren Menschen geprägt. Mit als Grund für solche Probleme ist sicherlich die Eintönigkeit und das mitunter häufig perspektivlos scheinende Leben in der Andenregion. Häufige Träume von Ausbildung und Leben in der Stadt bleiben für viele aus finanziellen und ausbildungstechnischen Gründen lediglich Träume und enden nicht selten im Alkoholismus.

3.7 Religion und Kirche

Wie in den meisten Gegenden Perus ist auch in dem Distrikt Lahuaytambo der katholisch-christliche Glaube mit 96% der Gesamtbevölkerung (INEI 1993) die wichtigste Glaubensrichtung und liegt somit im Schnitt der landesweiten Verteilung dieser Glaubensgemeinschaft von 95% (INEI 1992).

In allen Dörfern der Provinz gibt es dorfeigene Kirchen, in denen Gottesdienste, Taufen, Eheschließungen und Trauerandachten sowie andere religiös-traditionelle Festlichkeiten abgehalten werden. Ortsansässige Priester gibt es nicht. Zu besonderen Anlässen wie der Abhaltung einer jährlichen ersten heiligen Kommunion, Trauergottesdienste, Taufen oder zum Fest des Schutzpatrons der einzelnen Dörfer bzw. der einzelnen Bauerngemeinschaften besucht der zuständige Priester aus dem Distrikt die einzelnen Dörfer. Besuche und Feierlichkeiten mit Messen, die vom Priester gesprochen werden, müssen diesem mit „Geldspenden“ entweder der betreffenden Familien oder durch die Gemeinde bzw. durch die Bauerngemeinschaften vergütet werden.



Abb. 3.10: Prozession zu Ehren des Schutzpatrons des Dorfes Lahuaytambo.

3.8 *Ausbildung und Sprache*

Das Erziehungssystem in Peru basiert auf einer Reform aus dem Jahr 1968. Die Ausbildung teilt sich demnach in vier verschiedene Ebenen:

Die erste Stufe der Erziehung sieht eine initiale Erziehung vor und ist bezüglich des Alters ausgerichtet: Kinderkrippe oder Kindergarten (3. bis 5. Lebensjahr).

Hieran schließt sich der erste Teil der Schulausbildung, die so genannte *primaria* (erster Teil der Ausbildung: 6. bis 11. Lebensjahr) und eine darauf aufbauende *secundaria* (zweiter Teil: 12. bis 16. Lebensjahr) an. Die Stufe der *primaria* hat, je nach Schule, unterschiedliche Schwerpunkte wie die Erziehung, Naturwissenschaften oder die Vermittlung von technischen Fähigkeiten. Neben staatlichen existieren zahlreiche Privatschulen.

Die vierte Ebene umfasst das Studium an staatlichen oder privaten Universitäten, sowie anderer Fachrichtung bezogene Ausbildungen.

Im Distrikt Lahuaytambo gibt es erst seit etwa 20 Jahren die Möglichkeit einer Weiterbildung nach dem ersten Teil der Schulausbildung in Form der oben beschriebenen Stufe der *secundaria*. Vor dieser Zeit lag die nächstgelegene Schule, an der bis zum Abschluss der *secundaria* gelehrt wurde in Huarochiri, der etwa sechs Fußmarschstunden entfernten Provinzhauptstadt. Dies ist wohl als Hauptgrund dafür anzunehmen, weshalb die Bevölkerungsgruppe jenseits des vierzigsten Lebensjahres zum größten Teil lediglich eine schulische Ausbildung von vier Jahren absolvieren konnte (s. Abb. 3.10).

In den siebziger Jahren gab es in der Region lediglich eine zusätzliche Ausbildungsmöglichkeit, eine *escuela pre-vocacional*. Sie wurde den Schülern begleitend zum letzten Jahr der vierjährigen *primaria* angeboten. Sie bot den Schülern die Möglichkeit, im handwerklichen Bereich erste Erfahrungen und Anleitungen zu erhalten.

Die Schule, die einen Abschluss der *secundaria* anbietet, befindet sich im Dorf Lahuaytambo und ist zurzeit die Einzige ihrer Art im gesamten Distrikt. Sie wird somit ebenfalls von Kindern der übrigen Distriktdörfer Canlle, Santa Ana, und weiteren Ansiedlungen besucht.

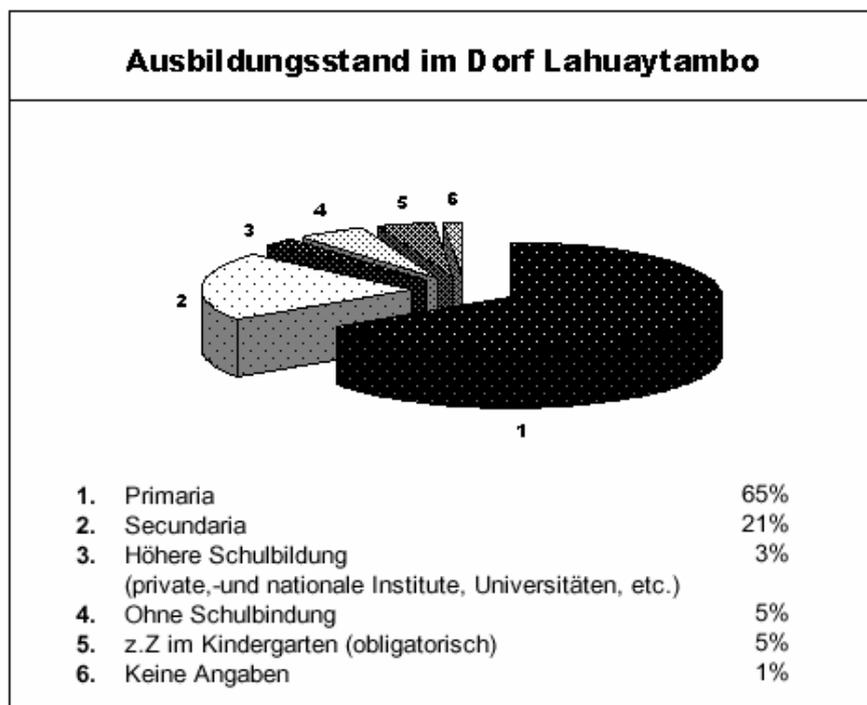


Abb. 3.11: Ausbildungsniveau Distrikt Lahuaytambo, Peru
(Zahlen aus: INEI 1993, Cuadro N°6)

Die offizielle und gleichzeitig zu nahezu 100% gesprochene Sprache der Region ist Spanisch. Andere, zum Beispiel Indiosprachen wie Quechua oder Aymara, die in südlicheren Regionen Perus noch große Verbreitung haben, werden nicht gesprochen. Im Distrikt Lahuaytambo können 10% weder lesen noch schreiben (INEI 1993).

3.9 Wirtschaft im Distrikt Lahuaytambo

Die Haupterwerbstätigkeit im Distrikt Lahuaytambo liegt mit 75% (INEI 1993) im Bereich Ackerbau und Viehzucht. Diese Prozentangabe bezieht sich auf beide Bereiche, wobei davon auszugehen ist, dass hierbei der Ackerbau eine Priorität besitzt und letztlich bei mehr als 90% der Erwerbstätigen liegt. Weitere 15% der erwerbstätigen Bevölkerung über 15 Jahren wollen sich bei ihrer Tätigkeit nicht einer speziellen Gruppe zuordnen. Zu dieser Gruppe sind viele Frauen zu zählen, die halbtags der Versorgung der Kinder und dem Haushalt nachkommen und die andere Tageshälfte ebenfalls in der Landwirtschaft tätig sind. Dies beschreibt abermals, dass die oben genannten Zahlen der in der Landwirtschaft beschäftigten eher als noch höher anzusiedeln sind. Als reine nicht von der Landwirtschaft lebenden Personen bleiben lediglich 10% der gesamten Bevölkerung: Lehrer (5%), Handwerker (2%), Händler (1%) und sonstige Berufe (2%) (INEI 1993).

3.9.1 Ackerbau

Der Ackerbau ist in der Bergregion Perus von den Höhenlagen der jeweiligen Anbauggebiete abhängig, wobei vor allem die stark schwankenden Temperaturen als ausschlaggebend für die Wahl der Anbauprodukte anzusehen ist.

Der Distrikt Lahuaytambo liegt auf unterschiedlichen Höhen. Obwohl es sich teilweise nur um Höhenunterschiede von 300-400 m handelt, wirkt dies bereits auf die Wahl und die Erträge der Anbauprodukte aus.

Im Dorf Lahuaytambo auf einer Höhe von 3.400 m werden Kartoffeln, Mais, Bohnen, Getreide und Erbsen angebaut. Der landwirtschaftliche Jahreszyklus beginnt mit der Aussaat

von Kartoffeln, Getreide, bzw. Bohnen und Erbsen im Oktober bis Dezember unmittelbar vor der Regenzeit (Dez. bis April). Ende April bis Mai/Juni erfolgt die Ernte. Letztes Ernteprodukt ist im Juli, wenn die Landschaft ihre grüne Farbe durch Trockenheit und Sonne verloren hat, das Getreide.

Jeder Familie steht etwa eine Fläche von 1.000 bis 1.200 qm zur Verfügung (inoffizielle Informationen des Bürgermeisters aus Lahuaytambo). Diese Flächen bestehen meist aus mehreren kleineren Feldern, auf denen ein jährlicher Fruchtwechsel durchgeführt wird. Nach eigenen Aussagen der Bevölkerung reicht diese Anbaufläche meist nicht aus, um genügend Erzeugnisse für den Lebensunterhalt einer Familie zu erzeugen.

Das Hauptproblem des Ackerbaus ist neben den stark schwankenden Temperaturen die Bewässerung der Felder. Hierzu steht in der Trockenzeit ein seit der Inkazeit bestehendes Bewässerungsnetz zur Verfügung. Die ursprüngliche Form von reinen Bruchsteinkanälen wird der einfacheren Säuberung halber allmählich durch Betonkanäle ersetzt. Das Wasser wird von den aus höheren Lagen entspringenden Bächen auf die Steilhänge zur Bewässerung der Felder geleitet. Dabei wird es zunächst einem Sammelbecken zugeführt, bevor es in einem vorher erarbeiteten Tagesrhythmus auf die unterschiedlichen Felder gelangt.

Die jährlich anstehende Instandsetzung der durch Unwetter verschütteter Kanäle ist kommunale Arbeit und wird zu Ende der Regenzeit in einer Art Dorffest in den einzelnen Bauerngemeinschaften gemeinsam verrichtet.

Die Erzeugnisse der Landwirtschaft werden zum größten Teil zur Eigenversorgung genutzt, so dass nur etwa 30% der Erträge als Einnahmequelle dient (inoffizielle Daten der Gesundheitsstation aus Lahuaytambo). Der Verkauf als solcher erfolgt fast ausschließlich an Zwischenhändler, welche die Produkte in Lima anbieten und die größten Verdienstspannen erzielen.

3.9.2 Viehzucht

Von den in der Landwirtschaft tätigen Personen im Distrikt Lahuaytambo betreibt etwa die Hälfte zusätzlich Viehzucht. Nach Angaben der Bevölkerung haben die Familien im Durchschnitt 10-15 Schafe und etwa 8 Kühe. Zusätzlich haben ca. 30-50% etwa 8-10 Ziegen und einige Hühner.

Der größte Teil der durch die Viehwirtschaft erwirtschafteten Produkte gelangt zum Verkauf nach Lima (rund 70-90% der Fleischprodukte, 70-90% der Milchprodukte). Fast 100% der Wolle werden zur Textilverarbeitung nach Huancayo, einem benachbarten Department verkauft. Durch diese starke Abhängigkeit der erwirtschafteten Produkte als fast einzige Erwerbsquelle ergeben sich nicht selten Probleme mit der eigenen, ausreichenden Ernährung (s. Kap. 3.11).

3.9.3 Handwerk und Trachten

Die Ponchos der Frauen in den ortsüblichen Farben (braun mit bunten Streifen) werden von Frauen des Handwerkkomitees hergestellt. Diese Trachten werden in seit Generationen bestehender Tradition auf alten Webmaschinen hergestellt. Sie sind ortseigene Produkte und unterscheiden sich in Form und Farbe von Dorf zu Dorf, so dass eine klare Abgrenzung zu anderen Regionen alleine hierdurch sichtbar wird. Die Ponchos der Männer sind meist aus hellbraunen Wollstoffen, die nicht mehr im Dorf selber, sondern im angrenzenden Department gefertigt werden, wo die aus eigener Produktion stammende Wolle verarbeitet wird.

Die in der Andenregion weit verbreitete Tradition einer Huttracht findet sich auch im Distrikt Lahuaytambo. Die von fast allen Männern getragenen braunen oder schwarzen Filzhüte werden mit Rohmaterial aus Lima vom ortsansässigen Hutmacher gefertigt. Die von Frauen getragenen Strohhüte stammen aus Lima.

3.9.4 Bergbau

Der Bergbau, der in vielen Teilen der Bergregion Perus und ebenfalls im Flussgebiet Lurín auf eine lange Tradition zurückblickt, fand in den letzten 15 Jahren vor 1995 mit Einsatz internationalen Krisen eine abrupte Abnahme. Des Weiteren wurde diese Entwicklung nicht zuletzt durch die un stabile sozioökonomische Situation Perus in dieser Zeit mit beeinflusst. Seit 1996 zeigen sich neue Anstrengungen in diesem Bereich wieder tätig zu werden.

3.10 Wohnverhältnisse

Die Häuser sind fast ausschließlich aus *adobe* erbaut. Dies sind aus Lehm und Stroh gefertigte Blöcke, die einer Art Ziegel gleichkommen. Sie sind leicht vor Ort herzustellen, billig und wärmen mehr als normale Ziegelsteine oder Beton.



Abb. 3.12: Herstellung der Baumaterialien für den Häuserbau

Als Fundament dient eine etwa einen Meter dicke Schicht aus Felsgesteinen. Die Dächer bestehen mehr und mehr aus Wellblechen oder Ziegel und lösen damit die ursprünglichen Strohdächer ab, die jährlich ausgebessert und etwa alle fünf Jahre komplett erneuert werden mussten. Die Häuser haben niedrige Türen mit hohen Eingangsstufen, damit das Wasser während der Regenzeit nicht eintreten kann. Die meist aus zwei Stockwerken bestehenden Wohnhäuser sind schlecht belüftet. Meist haben selbst größere Häuser lediglich ein kleines, mit hölzernen Fensterläden versehenes Fenster zum Schutz vor Kälte. Der Boden besteht aus Lehmerde. Die zur ebenen Erde befindliche Räumlichkeit dient meist als Wohnraum bzw. als Küche. Durch Vorhänge abgetrennt lagern Holz und Lebensmittel (z.B. Kartoffeln und Mais). In den meisten Fällen erreicht man den darüber liegenden Schlafräum über eine an der Außenwand des Hauses befindliche Stiege.

Die einzelnen Schlafgelegenheiten sind durch aufgespannte Bettlaken voneinander getrennt. Das Deckenmaterial ist meistens aus Holz.

In den Dörfern sind die Häuser meist eng und verschachtelt zueinander angeordnet, so dass sich Innenhöfe bilden, die zur nächtlichen Unterbringung von Vieh genutzt werden können.

Die Wasserversorgung erfolgt ausschließlich aus Bächen. Aus diesen wird das Wasser durch kleine Gräben zu Wassertanks geleitet und dort gespeichert. Da die Dörfer meist am Hang gelegen sind, besteht die Möglichkeit per Rohrsysteme die Dörfer mit Wasser zu versorgen. Die Rohre sind teilweise auf den felsigen, wenn möglich unterirdisch, entlang der Wege verlegt. An verschiedenen Stellen am Wegesrand sind Kräne angebracht, die den Zugang zur öffentlichen Wasserversorgung ermöglichen. In der Regenzeit gibt es darüber hinaus die Möglichkeit, das Wasser von den Wellblechdächern zu sammeln. Die Wäsche wird auf der Straße gewaschen. Das Abwasser wird per Kanalsystem, welches aus Rinnsälen entlang der Dorfwege besteht, aus dem Dorf und schließlich dem nahe gelegenen Fluss zugeleitet. Zur Zeit der Durchführung der Studie besteht in keinem Dorfe des Untersuchungsgebietes eine Versorgung mit Elektrizität. Es werden Kerzen und Kerosinlampen zur Beleuchtung verwendet. Für die kommenden Jahre sind verschiedene Projekte zur allgemeinen Verbesserung der Infrastruktur des Gebietes geplant. Eine Erschließung des Gebietes mit Elektrizität und Telefonanschluß aus nördlicher Richtung, dem Distrikt San Damian, wird diskutiert.

3.11 Ernährungsverhältnisse und Unterernährung

Es gibt mehrere Gründe, die zu einer schlechten Ernährungssituation im Distrikt Lahuaytambo beitragen. Zum einen besteht das Problem, dass die meisten der zu einer ausgewogenen Nahrung beitragenden selbst produzierten Erzeugnisse nach Lima verkauft werden. Sie stellen meist die einzige Ertragsquelle dar. Der kleine Teil der Fleisch- und Milchprodukte, der für die Eigenversorgung gedacht sind, reicht meist nicht aus.

Gemüse kann durch die Höhenlagen nur schlecht oder nur in minderwertiger Qualität angebaut werden. Die meisten anderen Produkte können nur aus Lima antransportiert werden. Dies ist jedoch vor allem durch die langen Transportwege und den damit verbundenen höheren Kosten für die meisten Bewohner nicht erschwinglich.

Dem entsprechend bleibt dem größten Teil der Bevölkerung lediglich eine Ernährung aus Produkten ihrer eigenen Produktion, wie zum Beispiel *cancha* (span.: geröstete Maiskörner), Maissuppe gelegentlich mit getrocknetem Fleisch, Kartoffeln mit gekochten Maiskolben oder Kürbiskerne. Verbunden mit der täglichen körperlichen, kalorienraubenden Arbeit ist leicht abzusehen, welche Missstände sich hinsichtlich der Ernährung ergeben. Am meisten sind die Kinder von dieser Situation betroffen. Nach inoffiziellen Angaben der Medizinstation im Dorf Lahuaytambo ergibt sich für den Distrikt, das lediglich 20% der Kinder im Alter unter 16 Lebensjahren eine gemäß ihrem Alter entsprechende Ernährungssituation und Entwicklung aufweisen. Etwa 40% leiden an akuten, weitere 40% unter chronischen Mangelzuständen (unveröffentlichte Daten der Medizinstation aus Lahuaytambo 1998).

Speziell für diese Problematik gibt es ein Projekt des peruanischen Gesundheitsministeriums, welches auch in Lahuaytambo seinen Einsatz findet, das PANFA (*programa de alimentación familiar de alto riesgo*, span.: Ernährungsprogramm für Familien höheren Risikos). Dieses Projekt sieht eine Unterstützung akut unterernährter Kinder vor. Es hat zum Ziel, Kinder in einem Zeitraum von 2 bis 6 Monaten auf ein ihrem Alter und ihrer Größe entsprechendes Gewicht zu verhelfen. Die Hilfe besteht aus regelmäßigen Ausgaben von Weizen, Öl und Trockengemüsearten (Soja, Erbsen, Linsen). Als Versuch der Erfolgssicherung des Projektes werden von Seiten des Gesundheitsministeriums von Zeit zu Zeit in den jeweiligen Familien Besuche durchgeführt. Ein weiteres Projekt zur Verbesserung der Ernährungssituation, ebenfalls vom Gesundheitsministerium durchgeführt, ist das PRONAA (*programa nacional de asistencia alimentaria*, span.: nationales Projekt zur Unterstützung der Ernährung). Es beinhaltet staatliche Nahrungsspenden. Bei diesem Projekt werden die jeweiligen Spenden in gemeinschaftlicher Arbeit gekocht und ausgegeben. Diese gemeinschaftliche Arbeit erfolgt nach einem bestimmten Rotationsplan, an dem sich viele Familien beteiligen. Jeder, der

möchte, kann an dieser öffentlichen Essensausgabe, die meist am Rathaus stattfindet, für einen Selbstkostenpreis für umgerechnet 25 Eurocent zu Mittag essen. Die jeweiligen Einnahmen kommen wiederum dem Projekt zu Gute. Wie gut dieses Projekt funktioniert, hängt größtenteils von der Organisation des entsprechenden Dorfes ab und ist sehr unterschiedlich. So wird zum Beispiel in den Dörfern Canlle und Santa Anna, die beide im Distrikt Lahuaytambo liegen, täglich gemeinsam gekocht, in Lahuaytambo selber nur alle zwei Wochen einmal.

4 Fragestellung der Arbeit

4.1 *Stand der Forschung*

KOHNEN verfolgt seit nunmehr 20 Jahren eine Problematik, zu deren Lösung die vorliegende Studie einen Teil beitragen soll. Es handelt sich um die Verbesserung des Verständnisses von traditionellen Denkstrukturen. Um dies leisten zu können, war es zunächst nötig eben diese Strukturen offen legen zu können.

KOHNEN (1997) beschreibt die Problematik wie folgt:

„Ethnomediziner und westlich gebildete Ärzte machen bei ihrer Tätigkeit in fremden Kulturen oft die enttäuschende Erfahrung, dass Gesunde und Patienten die mit Mühe erarbeiteten Gesundheitsvorschläge nicht akzeptieren oder notwendige Behandlungsmaßnahmen auf Dauer nicht weiterführen. Da das Krankheits- und Gesundheitsverhalten in fremden Kulturen gegenüber den uns vertrauten Verhaltensmustern unterschiedlich ist, ist Forschern und Beratern des öffentlichen Gesundheitswesens diesen Ländern bewusst. Doch konnte keine Abhilfe geschaffen werden, weil es bis jetzt an einer geeigneten Methode fehlte, Handlungs- und Vorstellungskonzepte des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens kulturfremder Ethnien zu entwerfen. Im Bemühen ein solches Operationsmodell vorlegen zu können führten wir zuerst auf den Philippinen und später, insgesamt in 20 Kulturen und Subkulturen Südamerikas, Afrikas, Europas und Asiens Untersuchungen mittels multidimensionaler Skalierungsmethoden durch, die es erlauben, kulturspezifische Kognitionsmodelle offen zu legend.“ (KOHNEN 1997, p.9).

HAHOLD stellt in diesem Zusammenhang heraus:

„Eine bestehende Kultur kann durch neue, z.B. modernere medizinische Elemente nur kontinuierlich weiterentwickelt werden, wenn dabei auf regionale Ressourcen und Kenntnisse, z.B. der traditionellen Medizin, aufgebaut wird. Um neue Elemente, wie die moderne Gesundheitsversorgung, an die regionalen Bedürfnisse anpassen zu können, ist auch eine intensive Kommunikation mit der Bevölkerung, z.B. über Themen Krankheit, Krankheitsursachen und Behandlungs- bzw. Vorsorgestrategien notwendig.“ (HAHOLD 1986 p.14).

Hierbei verfolgt HAHOLD die Idee einer Problematik, die DIESFELD wie folgt beschreibt:

„Die traditionelle Medizin wird meist für uns unwägbarer, nicht wissenschaftlich erkenn- oder erklärbarer Elemente entkleidet, die dennoch subjektiv für das System als Ganzes bedeutsam sind. Hier liegt eine große Gefahr. Der durchaus wohlgemeinte Versuch einer Annäherung der Systeme zueinander kann dazu führen, dass das Schwächere vom Stärkeren überlagert, völlig verfremdet und zuletzt ausgemerzt wird, ohne dass äquivalenter Ersatz geschaffen ist. Hier kann die gute Tat zum Fluch werden. Eine sachliche Auseinandersetzung zwischen beiden Systemen muss daher mit dem nötigen sittlichen Ernst und unter gegenseitiger Achtung erfolgen.“ (DIESFELD 1980, p.131-132).

Um auf traditionelle Denkstrukturen aufzubauen und diese in medizinischer Zusammenarbeit einbringen zu können, ist im Vorfeld eine Aufdeckung dieser Denkstrukturen von grundlegender Bedeutung und bildet eine der Grundideen der Kognitionsforschung von KOHNEN.

Um die nachfolgenden Gedankengänge und Interpretationen der Ähnlichkeitsdaten besser verstehen zu können, soll im Vorfeld kurz auf die Entwicklung der seit einigen Jahren von KOHNEN betriebenen Kognitionsforschung eingegangen werden. Diese Forschungsergebnisse bilden die Grundlage, auf die der Hauptteil dieser Arbeit aufbaut.

Wie bereits oben angesprochen, führte KOHNEN in insgesamt zwölf Ländern und 20 Kulturen und Subkulturen qualitative und quantitative Untersuchungen zur Wahrnehmung von Körper und Krankheiten, sowie zum Körpererleben durch. Dabei konzentrierte er sich in

den ersten Jahren dieser Kognitionsforschung vor allem auf die interkulturelle Untersuchung der Strukturierung von Wahrnehmung und Inhalten, sowie Ordnungsdimensionen anatomischer Begriffe, d.h. Begriffe des menschlichen Körpers. KOHNEN geht bei der Strukturierung von Wahrnehmung von folgendem Modell aus.

„Alle Informationen, die der Mensch über die Sinne aufnimmt werden durch Sinnesrezeptoren in elektrische Nervenreize übertragen. Diese Transformation entspricht einer Digitalisierung der Dateninformationen. Die digitalisierten Reizströme werden einer zentralen Datenverarbeitung zugeleitet, hier neu strukturiert und auf andere abgestimmt. Durch die kognitive Strukturierung der Dateninformationen wird allererst die Gegenständlichkeit der Gegenstände, sodann ein Gegenstand der Wahrnehmung und des Vorstellens, sowie die Begriffe dieser Gegenstände in Vorstellung und Denken erzeugt.“ (KOHNNEN persönliche Mitteilung).

Dabei kommt der Strukturierung der Dateninformation in Form von anatomischen Begriffen, wie sich im Laufe der Forschung herausstellte, eine besondere Stellung zu. Es erwies sich äußerst vorteilhaft diese als Erstes untersucht zu haben. Im weiteren Verlauf der Forschung weitete KOHNEN die Untersuchung der Wahrnehmung auf Krankheiten und später auf einzelne Krankheitsbilder aus.

Er beschreibt die oben genannte Strukturierung anatomischer Begriffe als primäre Wahrnehmung (KOHNNEN 1997, p.11, 17), durch die es erst möglich wird, dass Dateninformationen Gegenstand der Vorstellung werden können. Man kann dies als eine Art Grunddimension ansehen, so dass überhaupt eine Vorstellung erzeugt werden kann. Somit kann die Vorstellung bekannt und durch Begriffe sortiert werden. Die Systematisierung dieser Begriffe erfolgt erst durch sekundäre Kognitionsverarbeitung (KOHNNEN 1997, p.20).

Die Besonderheit von anatomischen Begriffen in der Form eines Gegenstandes der Vorstellung ist, dass es sich in ihrer Vorstellung um reine Begriffe der Anschauung handelt, weil wir mit anatomischen Gegenständen (Körperteilen) nicht handeln, sondern sie nur anschauen und insofern die primäre Wahrnehmungsdimension in ihrer ursprünglichsten Form erhalten bleibt. Anders hingegen war im weiteren Verlauf der Forschung das Ziel andere, sekundäre Wahrnehmungsmuster aufzudecken. Um diese, auf der primären Kognition aufbauenden Wahrnehmung zu erforschen, wurden im weiteren Ähnlichkeitsdaten zu Krankheitsbegriffen erhoben. Im Gegensatz zur Kognition von anatomischen Begriffen vermutete KOHNEN bei den Krankheitsbegriffen eine zusätzliche sekundäre Strukturierung. Obwohl auch die Wahrnehmung der anatomischen Begriffe nicht völlig frei von einem Einfluss sekundärer Strukturierungen ist, vermutete er bei den Krankheiten einen weitaus größeren Einfluss verschiedenster Art. Hierbei sind vor allem, wie sich aus verschiedenen Untersuchungen gezeigt hat, als beeinflussende Größen die Ausbildung, Mythen (KOHNNEN 1997, p.43-57) religiöse Vorstellungen (BURKHART 1997) und Umwelteinflüsse (DILCHERT/SIEBERT 1997) zu nennen.

KOHNNEN fragt weiter: „Die Erkenntnis, dass kognitive Klassifikationsschemata durch Ausbildung und Lernen erweitert und umstrukturiert werden können, führten zu einem neuen theoretischem Ansatz. Sollten kognitive Klassifikationsschemata nicht bloß zur Abbildung von der Realität dienen? Können sie darüber hinaus auch dazu genutzt werden, vorgefundene Wirklichkeit zu beeinflussen und zu beherrschen? Sind kognitive Klassifikationsmuster etwa dazu angelegt, Handeln in dieser Wirklichkeit vorzubereiten?“ (KOHNNEN 1997, p.11).

Um dieser Vermutung nachzugehen zog Kohnen die Kognitions- und Klassifikationsordnungen der Krankheitsbegriffe heran und machte dabei folgende Beobachtung: Er fand seine Vermutung insofern bestätigt, als dass sich in den verschiedenen Kognitionsschemata der untersuchten Ethnien bei Ähnlichkeiten von Krankheitsbegriffen Handlungsmaximen als Ordnungsdimensionen zeigten (KOHNNEN 1997, p.11).

Bevor im späteren Verlauf auf die Auswertung und Interpretation der erhobenen Ähnlichkeitsdaten der Krankheitsbegriffe im Distrikt Lahuaytambo eingegangen werden soll, werden zunächst die Ergebnisse der Ähnlichkeiten der anatomischen Begriffe dargestellt.

Bei der Erforschung der Konzeption und der kognitiven Klassifikationsordnung von Körperbegriffen stellte sich heraus, dass die anatomischen Begriffe des Körpers nach einer topographischen Ordnung weltweit unter den gleichen Dimensionen klassifiziert wurden (KOHNEN 1997, p.11, 23f).

Aus diesen und weiterführenden Untersuchungen leitete Kohnen die These ab, dass die primäre Strukturierung der Wahrnehmungsdimension nach räumlichen Dimensionen erfolgt (KOHNEN KKK Bd. 1.2 unveröffentlicht).

Die weltweit gleichen topographischen Dimensionen, *oben - unten* und *innen - außen*, die sich bei den bereits durchgeführten Studien ergaben, sind als eine Grunddimension zu überprüfen, an die sich erst dann weitere Interpretationen in Form von Funktionssystemen bei der Erstellung eines Medizinsystems anschließen lassen können.

4.2 *Spezielle Aufgabenstellung / Arbeitshypothese*

Nach KOHNEN (1997, p.9) sind Kognitionsschemata auf Handeln, das heißt bei Krankheiten auf die Bewältigung, ihre Heilung ausgerichtet. Er spricht weiter davon, dass diese kognitive Ordnung eine praktische Dimension erhält, so dass sie sich bei medizinischen Laien durch das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, bei Heilern bzw. bei Ärzten in der unterschiedlichen Behandlungsart widerspiegelt.

Die beiden unterschiedlichen Handlungsdimensionen sind als ein Grund dafür anzusehen, dass es sich bei den zugrundeliegenden kognitiven Denkstrukturen der Heiler und der medizinischen Laien um zwei Unterschiedliche handelt. Dies ist als eine Arbeitshypothese der vorliegenden Arbeit zu überprüfen.

An dieser Stelle sind unter anderem die von KOHNEN bereits beschriebenen zeitlichen Handlungsdimensionen zu überprüfen, bei denen Krankheiten nach zeitlichem Verlauf eingeteilt und charakterisiert werden (KOHNEN 1997, p.115-120). Als eine weitere zu überprüfende Handlungsdimension der medizinischen Laien kommt die Kontrollüberzeugung der Krankheit gegenüber in Frage, wie sich in einer anderen von KOHNEN durchgeführten Studie (DÜRHOLTZ 1993, p.93-97) gezeigt hat.

Eine Handlungsdimension der Heiler, die ihre Denkstrukturen mit beeinflussen könnte, ist die Wahl der Heilmethode. Es ist weiter zu vermuten, dass es sich bei den unterschiedlichen Heilern um verschiedene Heilmethoden und somit auch um andere Denkstrukturen handelt. Eine Verwandtheit durch Zugehörigkeit des gleichen Kulturkreises ist zu erwarten.

Neben der kognitiven Strukturierung von Krankheiten, zu deren Interpretation und Charakterisierung sowohl die Interviewstudie als auch die Erhebung der Ähnlichkeitsdaten herangezogen wurde, leistet die Studie einen Beitrag zur Offenlegung kulturspezifischer Kognitionsmodelle der Körperwahrnehmung, das heißt der kognitiven Strukturierung des menschlichen Körpers. Es ist zu vermuten, dass es sich bei den Kognitionsmodellen der beiden Zielgruppen, der medizinischen Laien und der ortsansässigen Heiler, um zwei unterschiedliche Strukturierungen handelt. Diese Vermutung ist als eine weitere Arbeitshypothese zu überprüfen.

Weltweit findet man bei medizinischen Laien eine Strukturierung der Anatomie des menschlichen Körpers in Form von topographischen Kognitionsmustern. Hierbei handelt es sich, wie empirische Untersuchungen in weltweiten Studien nach KOHNEN (1997, p.94)

gezeigt haben, um die Dimensionen *oben-unten* sowie *innen-außen*. Ob diese Strukturierung ebenfalls für die Laien in der vorliegenden Fallstudie zutrifft, ist zu überprüfen.

Weitere Dimensionen, das heißt Kognitionsmodelle, sind somit erlernt und haben kulturelle und ethnische Einflüsse. Um die erlernten Dimensionen für die jeweilige Ethnie offen zu legen und nachzuweisen, ist als gezielte Personengruppe, auf welche die Untersuchung ausgerichtet sein soll, diejenige mit größter Spezialisierung im Bereich der Medizin zu wählen. Im Bezug auf die Krankheitsordnung ist dies die Gruppe der Heiler. Als erlernte Systeme kommen Dimensionen in Form von funktioneller Gliederung in Betracht.

5 Methoden

5.1 Überblick

„In Deutschland ist die Fachdisziplin der Ethnomedizin als Teilgebiet der Medizingeschichte noch recht jung im Verhältnis zum eigenständigen Fachbereich der kulturellen Anthropologie in den Vereinigten Staaten. Ethnomedizin ist diejenige Wissenschaft, welche die Heilkunde in ihren kulturellen Verschiedenheiten darstellt und die Wechselwirkung zum Gegenstand ihrer Forschung gewählt hat (KOHLEN 1990). Ihre historisch begründete Gliederung umfasst die Bereiche der Medizinethnologie bzw. medizinische Anthropologie, moderne Medizin in traditionellen Gesellschaften sowie die traditionelle Medizin in modernen Gesellschaften (KOHLEN 1990). Zur Methodensicherung entwickelte ACKERKNECHT (1945, p.227-232) erstmals einen Fragenkatalog für ethnomedizinische Feldstudien. SCHIEFENHÖVEL setzte sich später für eine qualitative Methodensicherung ein (SCHIEFENHÖVEL 1971, p.123-127). In Anlehnung an die amerikanische Wissenschaft war SCHWEIZER der Vorreiter bei der Einführung der quantitativ-statistischen Methoden in der Ethnologie in Deutschland in den siebziger Jahren, die KOHLEN 1983 erstmalig für medizinanthropologische Untersuchungen anwendete ergänzend zu den bis dahin bekannten qualitativen Methoden (KOHLEN 1997, p.29). Im Folgenden soll auf die quantitativ-statistischen Methoden näher eingegangen werden.“ (REICHWALD 2003, p.7).

5.2 Besonderheiten der Methode

Die in der Psychophysik entwickelte Methode des multidimensionalen Skalierens (MDS) wird von AHRENS einer bestimmten Gruppe multivarianter Strukturanalysen zugeordnet; letztere werden zur Analyse von Messdaten herangezogen, während MDS der quantitativen Gewinnung von Messdaten dient. Bei der MDS bestehen die multivarianten Beobachtungen gewöhnlich aus Ähnlichkeitsurteilen, die nach den Vorschriften des Skalierungsmodells in latente Dimensionen zerlegt werden, die einerseits angeben, nach welchen subjektiven Attributen die untersuchten Objekte gemessen werden können und andererseits strukturelle Hypothesen über die Urteilsbildung der beteiligten Personen implizieren (AHRENS 1974, p.34). Die Verfahren der *multidimensionalen Skalierung* (MDS) stellen eine Erweiterung der Skalierungsabsicht auf multivariante Reizvariationen dar. Die am häufigsten verwendeten und theoretisch untersuchten Methoden der MDS verwenden das psychologische Konzept der Ähnlichkeit (bzw. Unähnlichkeit) zwischen Objekten, dem auf Seiten des Skalierungsverfahrens der Begriff der metrischen Distanz oder räumlichen Nähe zwischen Punkten im mehrdimensionalen Raum zugeordnet ist. Skaliert werden dabei nicht die Objekte selbst, sondern vielmehr bestimmte Eigenschaften oder Attribute der Objekte, welche die Basis subjektiver Wahrnehmungen, Urteile, Kognitionen, Lernprozesse etc. gegenüber den Objekten bilden. Insofern kann man bei dimensionalen Darstellungen der Reizobjekte von einem subjektiven oder psychologischen Reizraum sprechen, dessen metrische und dimensionale Repräsentation das Ziel der multidimensionalen Skalierung darstellt (AHRENS 1974, p.30).

Ebenso wie die multidimensionale Skalierung gehört die Clusteranalyse zu den multivarianten Analyseverfahren. Im Unterschied zur multidimensionalen Skalierung, bei der es um die computergesteuerte Auswertung von Unähnlichkeiten zwischen den einzelnen Begriffsstimuli geht, ist die Clusteranalyse in der Lage, Stimuli nach Ähnlichkeiten in Gruppen zu ordnen, so dass ein in sich rotierbares, baumdiagrammartiges Clusterbild mit Aufspaltungen bis hin zu Untergruppen (dass heißt größere Distanzwerte zwischen den Stimuli bzw. Stimuligruppen)

entstehen kann. Dabei können die Distanzwerte zwischen den Clustern zum einen durch die Methode der maximalen Distanz bzw. *complete linkage* oder aber der minimalen Distanz bzw. *single linkage* ermittelt werden. Bei der ersteren Methode wird von der Distanz zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Stimuli zweier Cluster ausgegangen. Im Gegensatz dazu wird bei der Methode der minimalen Distanz diese durch die am nächsten beieinander liegenden Stimuli zweier Cluster berechnet. Dadurch entstehen viele kleinere, aneinandergereihte Clustergebilde. Beim *complete linkage* hingegen erhält man umfassendere, aber voneinander deutlicher abgrenzbare Cluster. Diese ermöglichen somit eine bessere Klassifikation der Stimuli als beim *single linkage*. Laut BROSIUS kann diese Methode zwar durch andere (z. B. Verschmelzungsverfahren) ersetzt werden, doch könne dies einen Objektivitätsverlust zur Folge haben, da keine Standardisierung in den formalen Ergebnissen vorliege (BROSIUS 1989, p.175). Weitere Vorteile der standardisierten Methode zeigen sich darin, dass die klassischen Störfaktoren wie beispielsweise Kommunikationsschwierigkeiten bei interkulturellen Untersuchungen verringert sind, dadurch dass

- die Kontaktaufnahme mittels übersetzter Kartensets erleichtert ist
- die Probanden nicht so sehr bemüht sind, den Erwartungen des Interviewers zu entsprechen wie bei anderen ethnomedizinischen Methoden, z. B. Interviews
- Assoziationsfähigkeit mehr Raum gegeben wird als bei geschlossenen Fragestellungen direkte und offene Fragen gemieden werden
- durch das Einsetzen dieser Methode, mit der man den Probanden nicht zu nahe tritt, sie selbst Einfluss auf die Distanzwahrung zum Feldforscher ausüben können, welches sich förderlich auf die Objektivität auswirkt

Die beschriebenen Verfahren sind bereits bei einem relativ kleinen Stichprobenumfang von etwa 30 Probanden anwendbar (KOHNEN 1986, p.44). Bei einer Gruppe mit vergleichbarem kulturellem Hintergrund kann auch von einer relativen Ähnlichkeit hinsichtlich ihrer Kognitionsstruktur ausgegangen werden, so dass mit einer geringen Anzahl von Probanden eine Näherung an eine Gaußsche Normalverteilung erzielt werden kann. Für weiterführende Literatur sei z. B. auf SCHEUCH 1967 und 1974 verwiesen (Reichwald 2003).

5.3 Multidimensionale Skalierung

(KOHNEN 1997, p.38-39)

Bei den Skalierungsverfahren werden Stimuli so geordnet, dass neue geordnete Verteilungen der Stimuli entstehen. Je nachdem wie viele Variablen gleichzeitig betrachtet werden, unterscheidet man zwischen univariablen (eindimensionalen), bivariablen (zweidimensionalen) und multivariablen (multidimensionalen) Verteilungen.

Eine Rangordnung gegebener Begriffe nach einem einzigen Merkmal stellt ein eindimensionales Skalierungsverfahren dar. Beispielsweise können Krankheitsbegriffe danach geordnet werden, wie viel Angst die sie bezeichnenden Krankheiten in einer Bevölkerung hervorrufen. Je nach dem Mehr oder Weniger des skalierten Merkmals entsteht eine Rangordnung. Die multidimensionalen Skalierungsverfahren (MDS) stellen eine Erweiterung auf multivariable Verteilungen dar. Wird dabei das oben genannte psychologische Ähnlichkeitskonzept zugrunde gelegt, so werden ohne Merkmalsvorgabe die Begriffe von den Probanden nach ihrer Ähnlichkeit geordnet. Dabei bleibt bewusst offen, nach wie vielen Dimensionen, also nach welchen Sachbestimmtheiten oder Eigenschaften der Objekte, die

Probanden ordnen. Sinn und Ziel einer solchen Fragestellung werden in der Kognitionstheorie erläutert.

Die Intention der Auswertung im Sinne der Datenreduktion ist es, nicht alle, sondern nur die am Ähnlichkeitsgeschehen bevorzugt teilnehmenden Faktoren zu bewerten (ALLERBECK 1972, p.111), und gerade dies soll die multidimensionale Skalierungsmethode leisten. Bei der Bestimmung kognitiver Wahrnehmung von Gegenständen äußerer oder innerer Stimuli wird also davon ausgegangen, dass diese Objekte eine Position im multidimensionalen Wahrnehmungsraum, innerhalb der kognitiven Ordnung einer Person haben. Ziel der Analyse ist die Bestimmung und Interpretation dieser Dimensionen.

Um diese unbewussten Dimensionen kognitiver Ordnungs- und Klassifikationsdimensionen aufzudecken, werden geometrische Veranschaulichungen der Verteilungen der Objekte im kognitiven Wahrnehmungsraum gegeben, deren Merkmale skaliert worden sind. Diese bestehen aus ein- oder zweidimensionalen Graphiken, in denen die Stimuli dementsprechend auf einer Linie oder in einer Fläche abgebildet werden. Auch drei- oder mehrdimensionale Modelle sind möglich, wobei allenfalls noch das dreidimensionale Modell in einer räumlichen Darstellung veranschaulicht werden kann, die mehrdimensionalen Abbildungen müssen auf Räume oder mehrere zweidimensionale Ebenen projiziert werden, um anschaulich vorgelegt und interpretiert werden zu können..

Werden beispielsweise von der Mehrzahl der Probanden die beiden Stimuli Gehirn und Kopf als sehr ähnlich beurteilt, so finden sie sich in der räumlichen Darstellung der skalierten Stimuli in unmittelbarer Nähe, in so genannten Stimulianhäufungen (Cluster), wieder. Unähnliche Begriffe wie Kopf und Fuß dagegen kommen als weit auseinander liegende Punkte zur Darstellung. ... Anatomische Begriffe, die einer Ähnlichkeitskalierung unterworfen werden, können beispielsweise topographische Dimensionen, etwa die Achsen *kranial - kaudal* und *innen - außen* oder eine Achse nach *statisch - dynamischen* Körperteilen sein. Varianten der Verteilung, unter denen Krankheitsstimuli (Krankheitsbegriffe) skaliert werden, können beispielsweise die Dauer einer Krankheit sein (KOHLEN 1997, p.113-119) oder die Kontrollüberzeugung, wie weit Krankheiten als beherrschbar angesehen werden (DÜRHOFTZ 1993, p.93-97) oder die innere Wahrnehmung, ob sie .warm. oder .kalt. sind (WALDECKER 1997, p.121-133).

Nun werden nicht die Objekte selbst skaliert, also weder Körperteile noch Organe, weder Krankheiten noch Krankheitsbegriffe, sondern bestimmte Eigenschaften oder Attribute der Objekte. Diese bilden durch Erfahrungen und Lernprozesse die Basis zur Klassifikation subjektiver Wahrnehmungen und Urteile, sowie subjektiver Kognitionen und persönlichen Wissens, das heißt, der subjektiven Erkenntnisse, nach denen Erscheinungen, Vorstellungen und Begriffe geordnet werden. Welches der möglichen Merkmale bei einer Ähnlichkeitsbeurteilung jedoch maßgebend ist, hängt von der erlernten, für einzelne Gruppen spezifischen Ordnung ab. Eine solche Ordnung wird durch Lern- und Erfahrungsprozesse erworben und macht eine interpersonale Verständigung bzw. eine Kommunikation unter Mitmenschen erst möglich.

Die multidimensionale Skalierung ist ein Verfahren zur Analyse von Beobachtungseinheiten nach Ähnlichkeit (bzw. Unähnlichkeit). Die Ähnlichkeiten müssen dabei in Form einer Abstandsmatrix vorliegen, die entweder als solche direkt eingegeben oder aus den Daten errechnet werden kann (BÜHL/ZÖFEL 1994 p.365). Ein Beobachtungsobjekt wird im mehrdimensionalen Raum nach Auswertung durch das statistische Verfahren als Punkt dargestellt, und zwar so, dass die Abstände der Punkte die relativen Ähnlichkeiten der

betreffenden Objekte möglichst gut wiedergeben. So werden zwei ähnliche Objekte in den vorliegenden MDS-Abbildungen nahe beieinander und zwei unähnliche Objekte weit entfernt voneinander dargestellt.

Obwohl alle geometrischen Darstellungen davon ausgehen, dass Ähnlichkeit als räumliche Nähe und Unähnlichkeit als räumliche Distanz wiedergegeben werden, existieren hierzu verschiedene Rechenprozeduren, die auf verschiedenen Skalierungsmodellen beruhen. In der Regel bezieht man sich auf das Euklidische Distanzmodell, mit dem jede Art von Ähnlichkeitsmatrix analysiert werden kann und das auch bei unseren Untersuchungen angewandt wurde. Es benutzt als Darstellungsraum den Euklidischen Raum.

Die computergestützte Auswertung erfolgt mit der Prozedur ALSCAL des SPSS-Programms (SCHÜBO et al 1991, p.263).

Für den Praktiker, der die Rechenverfahren nachvollziehen will, sei auf die ausführliche Beschreibung in Kapitel „Untersuchungsmethoden. Clusteranalyse und multidimensionale Skalierung“ von SIEBERT und KOHNEN (1997) verwiesen.

5.4 Clusteranalyse

(KOHNNEN 1997, p.35-38)

Die Clusteranalyse hat zum Ziel, die Beobachtungseinheiten einer Stichprobe so in mehreren Gruppen zusammenzufassen, dass die Mitglieder einer Gruppe möglichst ähnlich, die Mitglieder verschiedener Gruppen aber verschieden sind. Als Cluster wird dabei eine Gruppe oder Anhäufung von Beobachtungseinheiten aufgefasst, die als relativ ähnlich betrachtet werden. Grundsätzlich bearbeitet die Clusteranalyse verschiedene Arten von Eingabewerten. Da in den folgenden Untersuchungen jedoch nur auf die Ähnlichkeitsdaten zurückgegriffen wird, die auch der multidimensionalen Skalierung zugeführt werden, soll sich die Erläuterung des Verfahrens auf diesen Fall beschränken.

Die Clusteranalyse ordnet hinsichtlich mehrerer Merkmale und gehört damit zu den multivarianten Verfahren. Zwar gibt es für solche Situationen andere flexiblere Möglichkeiten wie das Verschmelzungsverfahren, jedoch bestimmt dabei der Analytiker sämtliche einzelne Schritte selbst, so dass die Objektivität in Zweifel gezogen werden kann. Die Clusteranalyse bietet demgegenüber den Vorteil, dass sie wegen ihrer Standardisierung in den formalen Ergebnissen objektiv ist, aber gleichzeitig flexibel in Methoden und Kriterien für die Zusammenfassung ist (BROSIUS 1989, p.175).

Die verschiedenen Methoden, die zur Auffindung von Clustern entwickelt wurden, unterscheiden sich im Wesentlichen nach zwei Kriterien:

Wahl des Ähnlichkeits- bzw. Distanzmaßes

Wahl des Fusionierungsverfahrens

Die Distanz errechnet sich im Allgemeinen aus den Merkmalsausprägungen, welche zu den einzelnen Objekten gehören. Hierfür stehen verschiedene mathematische Modelle zur Verfügung. Distanz- und Ähnlichkeitswerte können aber auch ohne Rückgriff auf explizit formulierte Variablen und deren Werte erstellt werden. Dies geschieht in den vorliegenden Untersuchungen über Verfahren, bei denen die Probanden die vorliegenden Objekte direkt nach subjektiver Beurteilung von Ähnlichkeit in Gruppen einteilen. Eine daraus abgeleitete Ähnlichkeitsmatrix bildet die Eingabeinformation, die der Clusteranalyse zugeführt wird.

Die Methode, nach der die Cluster durch schrittweise Fusionierung gebildet werden, wird in hierarchische und partitionierende Verfahren eingeteilt (BÜHL/ZÖFEL 1994, p.349).

Partitionierende Verfahren werden insbesondere bei sehr großen Objektzahlen angewandt. In unseren Clusteruntersuchungen wandten wir dem Datenmaterial entsprechend hierarchische Verfahren an.

Die angewandte Prozedur CLUSTER des SPSS-Programms benutzt ein hierarchisches Fusionierungsverfahren. Zunächst stellt jedes Objekt (Beobachtungseinheit) ein eigenes Cluster dar. Nachdem die Ähnlichkeitsmatrix in eine Unähnlichkeitsmatrix transformiert wurde, wird unter allen Distanzmaßen das Kleinste herausgesucht und die beiden Objekte verbunden. Das Zustandekommen einer solchen Verbindung wird auch Agglomeration oder Clusterung genannt. Schließlich bildet das gerade entstandene Paar ein neues Objekt, das zu allen anderen wieder Distanzen besitzt. Nach und nach werden auf diese Weise immer diejenigen Einzelobjekte oder Cluster agglomeriert, deren Distanz zueinander die Kleinste unter allen ist, bis schließlich alle Objekte in einem Cluster liegen, welches die Gesamtheit der Objekte umfasst.

Der Begriff hierarchisches Fusionierungsverfahren leitet sich von der Tatsache ab, dass zu Beginn des Prozesses überhaupt keine Bindung besteht und Bindungen sukzessive aufgebaut werden. Dem stehen Verfahren gegenüber, in denen bereits angebundene Objekte später die Cluster wieder wechseln können.

Für die Distanzberechnung zwischen Clustern mit mehreren Objekten gibt es diverse Möglichkeiten. So kann als Distanz zwischen zwei Clustern z. B. die Distanz genommen werden, die ihre am nächsten beieinander liegenden Objekte haben. Eine weitere Möglichkeit nimmt als Distanz zwischen zwei Clustern die Distanz des Objektpaares, die am weitesten entfernt voneinander liegt. Solche Cluster werden nur agglomeriert, wenn sogar die entferntesten Nachbarn noch relativ nah beieinander liegen. Sie bestimmen den Distanzwert. Darum wird diese Methode auch *furthest neighbour* oder *maximum distance* genannt. Da die größte Entfernung der *furthest neighbour* bildlich gesprochen alle anderen Distanzen umfasst, kann auch von einer kompletten Verbindung gesprochen werden, was dieser Methode den Namen *complete link* verleiht.

Im Gegensatz dazu steht die Methode *single link* (nearest neighbour, minimum distance). Während diese Methode dazu tendiert, große, kettenförmige Cluster auszubilden, entstehen bei der erstgenannten Methode eher kompakte, isolierte Cluster. Da die klare, isolierte Darstellung die Einteilung der Objekte erleichtert, wurde dieser Methode (*complete link*) sowohl in früheren Feldstudien wie auch in der vorliegenden Standardisierung der Auswertungsmethoden der Vorzug gegeben (BROSIUS 1989, p.180-183).

Die aus den genannten Gründen von den Autoren gewählte Methode des *complete link* wurde erstmals von JOHNSON (1967) vorgestellt. In den heute verbreiteten Statistikprogrammen (z. B. SPSS) werden in hohem Maße die individuellen Variationsmöglichkeiten in der Clusteranalyse berücksichtigt. Auf die Beschreibung der weiteren Methoden wird in diesem Rahmen verzichtet. Der Vorteil der Clusteranalyse liegt in der Tatsache, dass die dokumentierte Ähnlichkeitsmatrix innerhalb von Vergleichen mit anderen Forschungsergebnissen auch als Eingabematrix für alle anderen Methoden verwendet werden kann. Schließlich wird das Ergebnis des Clustervorganges mittels zweier graphischer Darstellungen veranschaulicht, dies sind das Eiszapfendiagramm und das Baumdiagramm (Dendrogramm; BROSIUS 1989, p.184-192).

Eine Clusteranalyse besteht aus mehreren Schritten. Die Agglomerationen, die aufgrund hoher Distanzwerte erst später erfolgen, also auf höherer Stufe, sind im Dendrogramm an den weiter von den Stimuli entfernten Verbindungslinien zu erkennen. Diese Stufen werden auch als Clusterebenen bezeichnet, wobei als höhere Ebenen solche betrachtet werden, auf denen Verbindungen später, also nach mehreren Schritten, auf höheren Stufen, stattfinden. Dort sind die Distanzwerte bereits größer.

Die Distanzwerte zwischen Stimuli oder Clustern, die mit den höheren Ebenen immer größer werden, werden mit der Maßzahl α angegeben. Sie symbolisiert die umgekehrte Ähnlichkeit und geht aus der Ähnlichkeitsmatrix hervor. Da α stark von den höchsten Ähnlichkeitswerten der Matrix abhängt, ist ihre Aussagekraft der zweiten Maßzahl $Z(\alpha)$ unterlegen, welche die absolute Distanzskala von α in eine relative Ähnlichkeitsskala transformiert. Die Skala für $Z(\alpha)$ umfasst den Wertebereich von 1 bis 0. Dabei bedeutet der Wert 1 höchste Ähnlichkeit, während der Wert 0 geringste Ähnlichkeit bzw. maximale Unähnlichkeit (auf der obersten Agglomerationsstufe) ausdrückt.

Je höher die Ebene, desto größere Distanzwerte haben die zu verbindenden Cluster. Die Frage, bis auf welche Stufe eine Zusammenfassung sinnvoll erscheint, ist Interpretationssache. Eine sinnvolle Interpretation wird nun maßgeblich davon geleitet, auf welchen Ebenen sich nicht nur formale, sondern zugleich inhaltlich sinnvolle und anschauliche Oberbegriffe zuordnen lassen, die in der Sprache der untersuchten Population geläufig sind.

Detailliertere methodische Ausführungen zum Einsatz der Clusteranalyse in der ethnologischen Feldforschung geben SIEBERT/DILCHERT (1997) am Beispiel einer Feldstudie zu Anatomie- und Krankheitsverständnis im brasilianischen Regenwald.

6 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Der erste Teil beinhaltet eine Interviewstudie mit zwei der Kultur und den jeweiligen Zielgruppen - medizinische Laien und Heiler - angepassten Fragebögen.

Es sollten erste Erkenntnisse über das Krankheits- und Körpererleben, sowie Bewältigungsformen von Krankheiten gesammelt werden. KOHNEN (persönliche Mitteilung) unterscheidet nach individuellen und öffentlichen Bewältigungsformen, die durch die Interviews hinterfragt werden sollen. Die Krankheit und ihre individuellen Bewältigungsformen beinhalten: Heilmethode, Heiler, Heilpflanzen, Heilrituale sowie allgemeines Krankheitsverhalten. Der Übergang zu öffentlichen Bewältigungsformen, wie Krankheitsprophylaxe, sowie gemeinschaftliche Krankheitsbewältigung ist als fließend anzusehen.

Die Auswertung und Interpretation der Interviews beider Befragungsgruppen gilt als Grundlage für die sich daran anschließende spezielle ethnomedizinische Untersuchungsmethode, die Erhebung von Ähnlichkeitsdaten, welche den Kern der hier dargelegten Arbeit ausmachen (Methode s. Kap. 5).

6.1 Stichprobenauswahl

Um eine repräsentative Untersuchung durchzuführen, befragten wir Mitglieder der größten Bauerngemeinschaft mit Namen Pariapongo, die aus ca. 180 Mitgliedern besteht. Daneben gibt es eine kleinere Bauerngemeinschaft mit Namen Llambilla, die mit der oben genannten auf politischen und sozialen Ebenen konkurriert. Eine parallele Untersuchung in beiden Gruppen war nicht möglich, da durch bestehende Rivalitäten der beiden Gruppen der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses nur eingeschränkt möglich gewesen wäre.

Aus diesem Kollektiv wurden die Befragungspersonen zufällig ausgewählt. Auswahlkriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren und ein möglichst ausgewogenes Verhältnis von männlichen und weiblichen Interviewpartnern, des Alters und der Berufstätigkeit am Ort.

Die Interviewpartner der Laienbefragung waren:

N°	Name	Alter	Geschlecht	Status	Kinderzahl	Beruf	Ausbildung
P1	?	65	w	verh.	4	Hausfrau	<i>primaria</i>
P2	Hilario Roca	28	m	verh.	0	Landwirt	<i>secundaria</i>
P3	Carlos Rime Pumayauli	32	m	verh.	2	Landwirt, Verkaufsladen	Universität
P4	Isabel Pumayauli	76	w	verh.	9	Hausfrau, Feldarbeit	<i>primaria</i>
P5	Eusebio Rime	40	m	verh.	6	Landwirt, Verkaufsladen	<i>primaria</i>
P6	Rosario Rime	38	w	verh.	6	Landwirtin, Verkaufsladen	<i>primaria</i>
P7	Raúl Chuquisana Belén	65	m	verh.	6	Lehrer	Universität
P8	Filiberto Humanyauli	49	m	verh.	5	Landwirt	<i>primaria</i>
P9	Rusvel Anchivilca	22	m	ledig	0	Landwirt	<i>primaria</i>
P10	Cecilio Zavaleta		m	verh.		Landwirt	<i>primaria</i>

N°	Name	Alter	Geschlecht	Status	Kinderzahl	Beruf	Ausbildung
P11	Max Evangelista Rosado	58	m	verh.	5	Landwirt	<i>primaria</i>
P12	Luis Zavaleta	22	m	ledig	0	Landwirt	<i>primaria</i>
P13	Teofanes Zavaleta	50	m	verh.	5	Technische Hilfskraft	techn. Berufssch.
P14	Idelso Pinado Patrocinio	30	w	verh.	2	Verkaufsladen	<i>secundaria</i>
P15	Denis Huamanyauli	25	m	ledig	1	Landwirt	<i>secundaria</i>
P16	Michel Pumayauli	24	m	ledig	3	Landwirt	<i>secundaria</i>
P17	Luis Belén Bernales	24	m	ledig	1	Verkaufsladen	<i>secundaria</i>
P18	Lucilda Ramirez Bernales	64	w	verh.	11	Verkaufsladen	<i>primaria</i>
P19	Domiciano Ramirez Evangelista	67	m	verh.	4	Landwirt	<i>primaria</i>
P20	Pablo Regalado	40	m	verh.	3	Lehrer	Universität
P21	Angela Rime Pumayauli	29	w	ledig	0	Lehrerin	Universität
P22	Rosa Patrisino Rixe	37	w	ledig	4	Landwirtin, Hausfrau	<i>primaria</i>
P23	Adela Ramirez Rosado	35	w	verh.	6	Landwirtin, Hausfrau	<i>primaria</i>
P24	Lourdes Paculía	33	w	verh.	5	Landwirtin	<i>primaria</i>
P25	Natividad Palomares Zavaleta	74	w	verh.	6	Landwirtin, Hausfrau	<i>primaria</i>
P26	Ciria Belén Pumayauli	44	w	verh.	4	Landwirtin	<i>primaria</i>
P27	Intrv. B16	43	w	verh.	2	Landwirtin	<i>primaria</i>
P28	Hilda Rosado Ramirez	37	w	verh.	4	Landwirtin	<i>secundaria</i>
P29	Teodora Quispe	38	w	verh.	6	Landwirtin, Verkaufsladen	Universität
P30	Clementina Alejandro Gónzales	29	w	verh.	4	Landwirtin	<i>primaria</i>
P31	Fernando Rosado	36	w	verh.	4	Landwirtin	<i>primaria</i>
P32	Celestina Rosado Ramirez	58	w	ledig	2	Landwirtin	<i>primaria</i>
P33	Marlene Rosado Bernales	28	w	verh.	4	Landwirtin	<i>primaria</i>
P34	Emiliano Palomares Rosado	78	m	verh.	2	Landwirt	<i>secundaria</i>
P35	Isabel Ñaupa Ramirez	42	w	verh.	4	Landwirtin	<i>primaria</i>
P36	Vilma Bernales Pumayauli	45	w	verh.	6	Landwirtin	<i>primaria</i>

Tab. 6.1: Interviewpartner medizinischer Laien

6.2 Kommunikative Feldforschung

Besondere Bedeutung für die Durchführung der Studie kommt der eigentlichen Kontaktperson in der Region zu. Ohne die Erfahrung, die Kontakte und das Vertrauen, welches er durch seine nunmehr 20 jährige Arbeit in der Medizinstation als Krankenpfleger und Techniker bei der Bevölkerung besitzt, wäre die Durchführung der Arbeit nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich gewesen.

Er übt des Weiteren eine aktive Rolle in einer der beiden seit langer Tradition bestehenden Bauerngemeinschaften aus. So war es ihm möglich, Kontakte zu den Dorfvorstehern der Bauerngemeinschaften herzustellen, um die Absichten der Studie der Landbevölkerung vorzustellen. Diese Reihenfolge bei der Kontaktaufnahme mit der bäuerlichen Bevölkerung ist als Respekterweisung auf jeden Fall einzuhalten.

Ebenfalls wurde es möglich, die ersten hiesigen Gebräuche und Traditionen kennen zu lernen. Die ersten vier Wochen des Aufenthaltes im Untersuchungsgebiet wurden dazu genutzt, eine langsame Kontaktaufnahme mit der Bevölkerung zu gewinnen. Dies beinhaltete unter anderem eine Beteiligung an kommunalen Arbeiten (z.B. Reinigung der Bewässerungskanäle), eine Teilnahme an regionalen Festlichkeiten sowie eine Mitarbeit in der Medizinstation, wie Hilfe bei Wundversorgungen, Impfmaßnahmen oder Zahnextraktionen.

Auf diese Weise war es möglich, das Leben in der Region kennen zu lernen und schnell intensiven Kontakt zur Bevölkerung zu knüpfen.

6.3 Informelle Gespräche und teilnehmende Beobachtung

Durch tägliche Gespräche mit Patienten sowie der Bevölkerung vor allem im Dorf Lahuaytambo und durch Besuche der umliegenden Gemeinden ließen sich neben der eigentlichen Erhebungsstudie viele Informationen sammeln. Es wurde immer mehr möglich, am Leben der Bevölkerung teilzunehmen sowie in Gesprächen die formell erhobenen Ergebnisse zu überprüfen, zu ergänzen und nach noch lebendigen Praktiken alter Traditionen detailliert nachzufragen.

6.4 Darstellung der Untersuchungsabsicht

Nach erster Kontaktaufnahme mit den Informanten und zum Ausbau des Vertrauensverhältnisses war es wichtig, den eigentlichen Sinn und Zweck der Untersuchung noch einmal jedem einzelnen Informanten vorzutragen. Nach Absprache mit dem Bürgermeister und den Ratsvorsitzenden (Dorfvorstehern, Bauerngemeinschaftspräsidenten) war diese Aufklärung zwar schon in offiziellen Versammlungen geschehen, sollte jedoch beim persönlichen Gespräch noch einmal wiederholt werden. Es wurde ein Informationsblatt entworfen, welches jeder Informant zum ersten Treffen erhielt.

Der Wortlaut lautet wie folgt:

(Zurückübersetzung ins Deutsche)

Die allgemeine Idee der Studie

Diese Studie ist von großer Bedeutung, um die traditionelle Medizin in Ihrer Region und Bevölkerung besser kennen zulernen. Um dies zu erreichen, ist es uns wichtig, mehr über ihr Verständnis von der Medizin zu erfahren.

Diese Arbeit ist ein Teil einer Studie, die in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Ethnien) auf der ganzen Welt durchgeführt wurde. Bis heute haben wir bereits Studien in Europa, Neuseeland,

Afrika, Asien und verschiedenen Ländern Lateinamerikas durchgeführt.

Falls Interesse besteht, kann später ein wenig über das Medizinverständnis aus anderen Ethnien und Kulturen berichtet werden.

Aus diesem Grund würde ich mich gerne ein wenig mit Ihnen über die traditionelle Medizin unterhalten und wenn es Ihnen nichts ausmacht gerne ein paar generelle Fragen über die Medizin und Gesundheit mit Ihnen besprechen.

Im Anschluss wurden die Informanten um die Erlaubnis gebeten, das Gespräch auf Tonband aufnehmen zu dürfen. So bot sich die Möglichkeit, trotz des vorher angefertigten Fragenkataloges - 30 Laienfragen und 29 Heilerfragen - das Interview mehr in Form einer Unterhaltung durchführen zu können, ohne durch ständiges Niederschreiben von Notizen den Fluss der Befragung zu unterbrechen. Die Informanten konnten so freier auf die Fragen antworten. Zum anderen bot sich die Möglichkeit, auf wichtige Detailbemerkungen, die zur Interpretation wichtig waren, beim späteren Abhören der Kassetten noch einmal eingehen zu können.

6.5 Interviewbefragung (Fragebögen)

KOHNEN unterscheidet drei unterschiedliche ethnographische Fragetypen, die auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung fanden. Es handelt sich zum einen um deskriptive Fragen. Bei diesem Fragetyp wird der Informant aufgefordert einen Sachverhalt zu beschreiben (Beispiel: Frage Nr. 4 der Laienbefragung). Des Weiteren nennt KOHNEN den strukturierenden Fragetyp. Dieser findet bei der Erhebung von Ähnlichkeitsdaten seine Anwendung. Hierbei werden durch Festlegung von Oberbegriffen grundlegende Denkstrukturen der kultureigenen Klassifikation des Medizinsystems aufgedeckt.

Als dritten ethnographischen Fragetyp nennt KOHNEN den differenzierten Fragetyp, der versucht zum Beispiel Dimensionen einer Denkklassifikation aufzudecken und damit zu verstehen, welche Merkmale der Gegenstände und Begriffe für eine Kultur wichtig sind und zur Ordnung einer ganzen Gruppe von Begriffen herangezogen werden kann (KOHNEN persönliche Mitteilung).

Allgemein wurden bewusst viele offene Fragen gestellt. Dies hatte zum einen das Ziel, den Probanden in eine Art Gespräch zu integrieren. Während des Interviews wurde das Gespräch durch Zwischenfragen gelenkt, um schließlich im Fluss des Gespräches auf die Inhalte des Fragenkatalogs eingehen zu können. Es wurde großer Wert auf die persönliche Meinung des einzelnen Informanten gelegt. Es ergab sich, dass bestimmte Fragen zu Gebieten zusammengefasst werden konnten und diese wiederum in einer logischen Abfolge zu ordnen. Die Auswertung der gewonnenen Daten stellte insofern ein Problem dar, als die Antworten im Vorfeld nach bestimmten Gesichtspunkten sortiert werden mussten, bevor es möglich war sie quantitativ zu erfassen. Die Informationen mussten zunächst nach Gemeinsamkeiten sortiert, erfasst und schließlich zur Auswertung gebracht werden.

Verschiedentlich wurden in der Auswertung bestimmte Antworten der Probanden im Wortlaut aufgeführt und ins Deutsche übersetzt. Sollte es nicht gesondert aufgeführt sein, handelt es sich um Übersetzungen des Autors.

Fragebögen:

Im Folgenden sollen die beiden Fragebögen vorgestellt werden. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Zielgruppe (Laien und Heiler).

Interview Typ B (Laienbefragung)

Die Interviews beginnen mit der Erfassung von allgemeinen Daten zur Person: Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinderzahl, Beruf, Schulbildung, Beschreibung der Interview-situation, Ort der Durchführung, Anwesenheit anderer Personen, Datum der Durchführung sowie sonstiger Auffälligkeiten während des Interviews.

Im ersten Abschnitt des Interviews wurden Fragen zum allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsverständnis, zu den am häufigsten vorkommenden Krankheiten, sowie das Verhalten im Krankheitsfall gestellt.

1. Was heißt für Sie krank sein?
2. Was heißt für Sie gesund sein?
3. Was sind die in der Region am häufigsten vorkommenden Krankheiten?
4. Was machen Sie, wenn Sie krank sind?
5. Wen suchen Sie auf, wenn Sie krank sind?
6. Was passiert mit einem Kranken in der Familie?

Im zweiten Abschnitt des Interviews wurde versucht, nähere Informationen zur Existenz, der Art und der Inanspruchnahme traditioneller Heilmethoden sowie über Personen, von denen sie praktiziert wird zu erhalten. Des Weiteren interessierte die Frage, ob im Krankheitsfall eher der ortsansässige Arzt oder der traditionelle Heiler konsultiert wird.

7. Gibt es in Ihrem Dorf Personen, die heilen und kein Arzt sind?
8. Welche Krankheiten werden von diesen Personen behandelt?
9. Welche Person bevorzugen Sie, wenn Sie Hilfe benötigen: Heiler oder den Arzt?
10. Bei welcher Krankheit hilft wer?
11. Wie wird Ihnen geholfen?
12. Warum bevorzugen Sie die Hilfe des Heilers (oder des Arztes)?
13. Welche Heilungsrituale der traditionellen Medizin kennen Sie?

Der dritte Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit der Möglichkeit der Eigenbehandlung im Krankheitsfall und wie die Krankheiten behandelt werden.

Hierbei interessierte vor allem das Wissen über Heilpflanzen.

14. Gibt es Krankheiten, die Sie alleine heilen können? Welche, wie werden sie behandelt?
15. Welche Heilpflanzen kennen Sie? Name der Pflanze und Anwendungsgebiet.

Der vierte Teil des Interviews beschäftigte sich mit den Gründen für Krankheiten.

16. Wissen Sie etwas über ansteckende Krankheiten. Welche Ansteckungswege gibt es?
17. Glauben Sie es gibt Krankheiten aufgrund exzessiven Genus bestimmter Dinge?
18. Glauben Sie es gibt Krankheiten, die durch andere Menschen geschickt werden?

Der vorletzte, fünfte Teil der Laienbefragung beinhaltete Fragen zum öffentlichen Gesundheitswesen. Es wurde versucht, dessen Akzeptanz, Beanspruchung oder vorherrschende Ängste aufzudecken.

19. Wegen welchen Krankheiten suchen Sie die Krankenstation auf?
20. Wie oft haben Sie im vergangenen Jahr die Gesundheitsstation aufgesucht und warum?
21. Haben Sie grundsätzlich Angst, die Medizinstation aufzusuchen? Wenn ja, warum?

In der Abschlussfrage wurde auf die persönlichen Bedürfnisse des Interviewpartners zum Thema: Gesundheit und deren Verbesserung im eigenen Dorf eingegangen.

22. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Notwendigkeiten im Bereich Gesundheit die in ihrem Dorf vor Allem fehlen?

Interview Typ A (Heilerbefragung)

Im Anschluss an die Interviews mit der Bevölkerung wurden sieben traditionelle Heiler des Distrikts Lahuaytambo (fünf Interviews) und im angrenzenden Distrikt Langa (zwei Interviews) befragt. Die Interviews unterscheiden sich in ihrem Inhalt von denen der Laienbefragung und befassten sich vor allem mit den Themen: Heilmethoden, deren Funktion und Fragen zur Person des Heilers im Allgemeinen. Die Art der Fragentypen gleicht jener der Laienbefragung.

Zunächst wurden allgemeine Fragen zum Gesundheit- und Krankheitsverständnis gestellt.

1. Was heißt für Sie krank sein?
2. Was heißt für Sie gesund sein?

Im Vorfeld des Interviews war bei Gesprächen mit den einzelnen Heilern aufgefallen, dass immer wieder von zwei Bereichen von Krankheiten gesprochen wurde. Es war die Rede von physiologischen Krankheiten und anderen. Unter diesen „anderen“ Krankheiten verstand man „kulturspezifische“, der Region zugehörige Krankheiten wie: *susto*, *maligno*, *mal de ojo*, *mal aire* und *daño* (s. Kap. 7.1.9). Aufgrund der Trennung dieser Bereiche von Krankheiten wurde im zweiten Teil des Interviews speziell auf diese Thematik eingegangen. Es wurde versucht Unterscheidungskriterien, unterschiedliche Diagnosemöglichkeiten und Gründe für bestimmte Krankheiten herauszustellen.

3. Woher wissen Sie, dass eine Person krank ist? Bei physiologischen Krankheiten, bei „anderen“ (kulturspezifischen) Krankheiten.
4. Wie finden sie heraus, um welchen Typ Krankheit es sich handelt? Physiologische oder kulturspezifische Krankheit?
5. Was sind die Gründe für Krankheiten der beiden Bereiche?

Im dritten Abschnitt interessierte die Anwendung von Heilritualen, ihre Art und deren Durchführung, sowie die Frage, für welche Krankheiten sie angewendet werden.

6. Welche Heilrituale der traditionellen Medizin kennen Sie?
7. Welche Heilrituale nutzen Sie selber?

8. Was bezwecken Sie mit den Heilritualen?
9. Wenn Sie wissen an was eine Person leidet, welches Ritual führen Sie durch?
Welches Ritual für welche Krankheit?

In Anlehnung an die oben genannten Behandlungsmöglichkeiten wurden im Weiteren Fragen zur Anwendung von Heilpflanzen gestellt.

10. Gebrauchen Sie Pflanzen um Krankheiten zu heilen?
11. Was sind die am häufigsten benutzten Pflanzen?
12. Wenn Sie die Krankheit einer Person kennen, welche Pflanzen benutzen Sie zum Heilen?
(Krankheit, entsprechende Heilpflanze und Art der Anwendung)

Der größte Themenkomplex beschäftigt sich mit Fragen zur Person des Heilers, wie er sein Heilwissen erlangte, ob es Spezialisierungen unter den verschiedenen Heilern gibt etc.

13. Welche Personen können (dürfen) heilen?
14. Wie erkennt man einen Heiler?
15. Wie erlangt man das Wissen, um heilen zu können?
16. Gibt es bei den Heilern eine Art Spezialisierung?
17. Werden Patienten an andere Heiler weitergeleitet?
18. Gibt es unter den Personen, welche die Fähigkeiten zum heilen haben unterschiedliche Heilmethoden für ein und dieselbe Krankheit?
19. Gibt es eine Art Geheimhaltungsverpflichtung über Patienten anderen Personen gegenüber?
20. Gibt es Einschränkungen der Ausübung ihrer Tätigkeit?
21. An welchem Ort behandeln Sie den Kranken?
22. Gibt es bei der Untersuchung des Patienten etwas wie eine körperliche Untersuchung oder dokumentierte Krankengeschichten?
23. Haben Sie die Möglichkeit verschiedene Behandlungsarten nacheinander durchzuführen, um eine Krankheit zu behandeln?

Zum Abschluss des Interviews wurde eine Frage zur Einstellung der Behandlungsweise des Arztes im Allgemeinen gestellt. An dieser Stelle sollte das allgemeine Verhältnis der traditionellen Heiler der Region zu den Vertretern des öffentlichen Gesundheitswesens sowie den Ärzten, untersucht werden. Die Frage wurde bewusst an das Ende des Interviews gestellt, um eventuell aufkommendes Misstrauen, welches durch diese Frage ungewollt impliziert werden könnte, zu vermeiden. Sollte dies trotzdem geschehen, so hätte dies keinen Einfluss mehr auf die schon beantworteten Fragen.

24. Was denken Sie allgemein über die Behandlungsweisen eines Arztes?

6.6 Erhebung von Ähnlichkeitsdaten

Das Befragungsmaterial besteht aus zwei Kartensets mit jeweils 30 anatomischen und 60 Krankheitsbegriffen. Die Auswahl der Begriffe erfolgte aufgrund qualitativer Datenerhebung bei den Bakun-Kankanaey-Igorot Indianern und den Cabuntogüeños auf den Phillipinen, bei denen KOHNEN gebräuchliche anatomische Begriffe und Krankheiten ermittelte (Auswahlkriterien s. KOHNEN 1992, p. 39; KOHNEN/SIEBERT 1997, p.29-41).

Die Begriffe wurden zunächst ins Spanische übersetzt und gemäß eines standardisierten Kartensets jedem Begriff eine Zahl zugewiesen, um die Ergebnisse im späteren Verlauf interkulturell vergleichen zu können. Hierbei wurden die Krankheitsbegriffe um fünf weitere kultureigene Krankheiten ergänzt, die in Gesprächen vor der Datenerhebung ermittelte wurden. Es handelt sich um die Krankheiten: *daño*, *mal de aire*, *mal de ojo* (oder *mal visto*), *maligno* und *susto* (s. Kap. 7.19: Traditionelle Krankheitsbilder).

Mittels Cross-checking wurde der Bekanntheitsgrad der einzelnen Begriffe gesichert, indem die Begriffsbedeutungen von den Probanden erklärt wurden (SIEBERT/KOHNEN 1997, p.32). Bei Unsicherheit oder Verständnisproblemen einzelner Begriffe wurden entsprechende Erklärungen gegeben und diese Auffälligkeiten für spätere Interpretationsansätze notiert. Da nur in Einzelfällen Verständnisproblemen einzelner Begriffe auffielen, gab es keine Veranlassung Begriffe komplett aus dem Kartenset auszuschließen.

Zuerst wurden die anatomischen Begriffe und später die Krankheitsbegriffe vor den Probanden ausgebreitet und die Aufgabe gestellt, ähnliche und verwandte Begriffe in gemeinsame Gruppen (Kartenstapel) zusammenzulegen. Ebenfalls sollten die Probanden Begriffe, die keiner gemeinsamen Gruppe zugeordnet werden konnten, separieren und sie als eigene Gruppe kenntlich machen. Zu Beginn einer jeden Befragung wurde der Proband noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich um keinerlei Test handle sondern allein ihre persönliche Meinung für die Befragung wichtig sei.

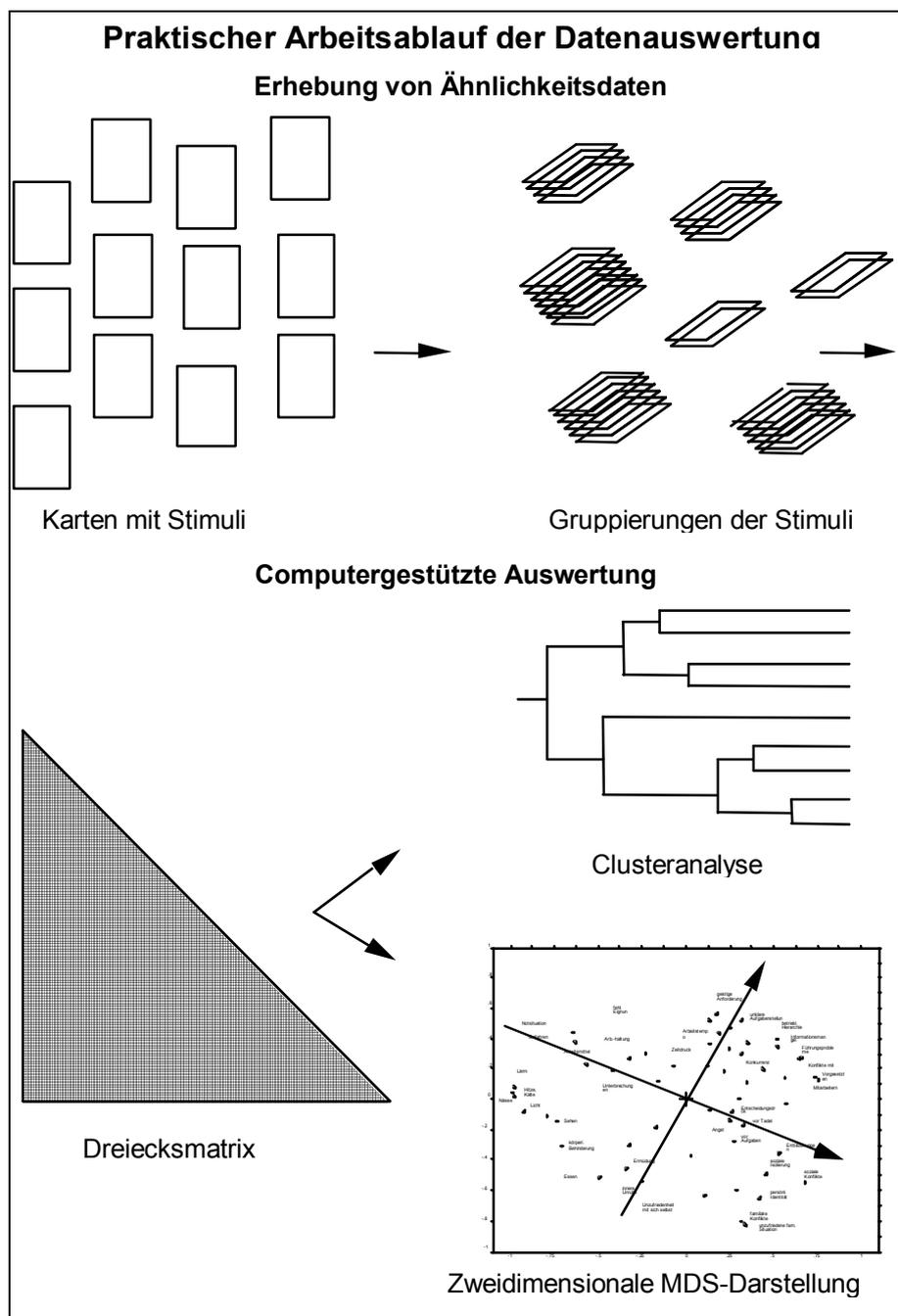


Abb. 6.1: Schematischer Arbeitsablauf bei der Erhebung von Ähnlichkeitsdaten (KOHLEN 1997, p.34)

Im ersten Arbeitsschritt wurden nun die Kennzahlen der jeweiligen Kartengruppen notiert und als Rohdaten mittels des computergesteuerten Programms delta in Ähnlichkeitsdaten transformiert. So entsteht eine Dreiecksmatrix. Mittels dieser $M \times M$ -Matrix, welche die absoluten Häufigkeiten der Kombinationen der gesamten Begriffspaare wiedergibt, können dann Clusterdiagramme, zweidimensionale MDS-Graphiken sowie unter Verwendung des SPSS Statistikprogramms dreidimensionale Abbildungen erstellt werden.

Bei der Durchführung wurde versucht, die Probanden möglichst von umstehenden Personen unbeeinflusst zu lassen, was sich nicht selten als schwierig erwies.



Abb. 6.2: Interviewsituation im Dorf Lahuaytambo

Im Folgenden sind die anatomischen Begriffe und die Krankheiten der Befragung, sowie deren Übersetzung aufgeführt.

1. Kopf	cabeza	16. Darm	intestinos (tripas)
2. Mund	boca	17. Leber	hígado
3. Hals	cueello	18. Gallenblase	hiel, bilis
4. Brustkorb	pecho	19. Niere	riñón
5. Arm	brazo	20. Harnblase	vejiga
6. Hand	mano	21. Gebärmutter	útero,matríz
7. Bauch	barriga	22. Rücken	espalda
8. Unterleib	abdomen	23. Muskeln	músculos
9. Bein	pierna	24. Knochen	huesos
10. Fuß	pie	25. Blutgefäße	venas, arterias
11. Gehirn	cerebro	26. Sehnen	tendónes
12. Schlund	garganta	27. Nerven	nervios
13. Lunge	pulmón	28. Blut	sangre
14. Herz	corazón	29. Milz	bazo
15. Magen	estómago	30. Bauchsp.drüse	páncreas

Tab. 6.2: Anatomiebegriffe und deren Übersetzung ins Spanische

1. Kollaps	colapso, desmayo	32. Rheuma	reumatismo
2. Schnittwunde	herida cortante	33. Erblindung	quedarse ciego
3. Magenschmerzen	dolor de estómago	34. Harnwegsinfekt	infecciones urinarias
4. Anämie	anemia	35. Verbrennung	quemadura
5. Kropf	bocio, cretinismo	36. Blindheit	ceguera
6. Masern	sarampión	37. Knochenbruch	fractura
7. eitrige Wunde	Heridas con pus	38. AIDS	sida
8. Augenzündung	conjuntivitis	39. Taubheit	sordera
9. Lepra	lepra	40. Durchfall	diarrea
10. Tollwut	rabia	41. Fieber	fiebre
11. Herzinfarkt	ataque al corazón	42. Grippe	gripe
12. Schlangenbiss	mordedura (serpiente)	43. Krebs	cáncer
13. Vergiftung	malformación	44. Wasserbauch	acidez
14. Tuberkulose	tuberculosis	45. Asthma	asma
15. Wurmerkrankung	enfermedad de parásitos	46. Stummheit	mudez
16. Lymphknotenschwellung	amígdalas	47. Kribbelgefühl	comezón
17. Tumor	tumor	48. M/D Erkrankung	enfermedades estomacales
18. Herzbeschwerden	molestias del corazón	49. Geistesstörung	perturbado
19. Angst	tener miedo	50.	
20. Körperschwäche	debilidad del cuerpo	51. Erkältung	resfriado
21. Nervosität	nerviosismo	52. Ohrenschmerz	dolor de oído
22. Malaria	malaria, terciana	53. Geschlechtskrankheit	sífilis
23. Regelstörungen	problemas de menstruación	54. Sucht	vicio
24. Epilepsie	epilepsia, tembladera, ataques	55. Diabetes	diabetes
25. Kopfschmerzen	dolor de cabeza	56. Bluthochdruck	presión alta
26. Missbildungen	malformación	57. susto *	susto
27. Nierensteine	pedras en los riñones	58. mal de ojo*,	mal de ojo
28. blutiger Durchfall	disentería, estómago suelto	59. mal aire*	mal aire
29. Depression	depresión, tristeza	60. daño*	daño
30. Halsschmerzen	dolor de garganta	61. maligno*	maligno

Tab. 6.3: Krankheitsbegriffe und deren Übersetzung in Spanische

Die kulturspezifischen Krankheiten **susto, mal de ojo, mal aire, daño* und *maligno* werden im Kapitel 7.1.9 beschrieben.

Die Wahl der gleichen Anatomie- und Krankheitsbegriffe in den verschiedenen bereits durchgeführten Kognitionsuntersuchungen ist die Grundlage für die interkulturelle Vergleichbarkeit der erhobenen Daten. Auf diesem Hintergrund wird es erst möglich verschiedene Ethnien untereinander vergleichen zu können und letztlich Besonderheiten einer speziellen Kultur, Ethnie, herauszustellen.

7 Ergebnisse der Datenerhebung

7.1 Allgemeine ethnomedizinische Untersuchungsergebnisse

7.1.1 Gesundheits- und Krankheitsbedeutung

In diesem Teil der Interviewauswertung soll auf das Krankheits- und Gesundheitsverständnis der Bevölkerung im Distrikt Lahuaytambo eingegangen werden. Die Ergebnisse der Interviews sollen die Hauptgründe für Gesund- und Kranksein darstellen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt den Begriff Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen“ (WHO 1978, p.2).

Ob dies gleichzeitig beinhaltet, dass auf den Zustand des „Sich-krank-Fühlens“ eine Therapie erfolgt, ist letztlich nicht sicher. So sind sicherlich häufig nicht nur therapeutische Maßnahmen das einzige Mittel eine Vermeidung oder Heilung von Unwohlbefinden zu bewirken.

Gesundheit und Krankheit kann sowohl auf universellen psychologischen Faktoren als auch auf kulturspezifischen Vorstellungen beruhen. Jede Kultur hat eine andere Definition davon, was sie als gesund und krank betrachtet und vor allem was als Krankheitsursache angesehen wird (FOX 1974, p.174).

„Krankheit entsteht aus den Lebensverhältnissen einer Gruppe, ist aber nicht nur ein Naturphänomen, sondern auch Subjekt gestalteter Erfahrung, die sich an tradierten Wahrnehmungsmustern der jeweiligen Kultur orientiert.“ (LADWIG/WAGNER 1979, p.11-13). Die je nach Kultur verschiedenen Krankheitskonzepte entsprechen alle dem Bedürfnis, Erkrankung aus dem Lebenszusammenhang der eigenen Kultur heraus zu interpretieren.“ (LADWIG/WAGNER 1979, p.11-13).

Somit ist das, was unter Gesundheit und Krankheit verstanden wird entsprechend der individuellen subjektiven Empfindung und unterschiedlicher Krankheitskonzepte verschieden. Es stellt sich die Frage, welche Handlungsdimension die Wahrnehmungskonzepte des Denkens beeinflussen. Handlungsdimension heißt hier, auf welches Ziel hin die Handlung ausgerichtet ist und zum Beispiel die Frage, ob die Handlung in diesem Zusammenhang auf einen Zustand völligen Wohlbefindens ausgerichtet ist oder nicht. Nach der oben von der WHO angeführten Definition der Gesundheit wäre dies der Fall. SCHIEFENHÖVEL (1983, p.39-42) geht aufgrund ihrer Feldforschungsergebnisse in dem peruanischen Andendorf Huasihuasi eher davon aus, das genau ein solcher Zustand völligen Wohlbefindens nicht erwünscht und als nicht normal angesehen wird. Dabei beschreibt sie, wie sich in ähnlicher Weise bei der vorliegenden Studie gezeigt hat, dass klimatische, geographische und soziale Lebensbedingungen als Hauptgrund von Krankheiten angesehen werden. SCHIEFENHÖVEL (1983, p.39-42) beschreibt das Entstehen von Krankheiten als einen Normalzustand. Sie geht noch weiter, indem sie behauptet in den Verdacht zu geraten, eine „höhere Akkumulationsstufe erreichen zu wollen“, wenn man einen Zustand völliger Gesundheit anstreben würde (SCHIEFENHÖVEL 1983, p.41-43).

REICHEL/DOLMATOFF (1961, p.286) sagen, dass „...offen zuzugeben, dass man sich in einer guten Gesundheit erfreut, entspräche einer Herausforderung der sozialen Ordnung.“, was einer Absonderung aus der Gruppe zur Folge hat, eine gefürchtete Situation in einem Lebensraum, in dem jeder auf das Gemeinschaftsleben angewiesen ist.

Man kann insofern Parallelen zum dualistischen Denkprinzip der Andenbevölkerung wiederfinden, als dass der angestrebte Zustand eines Gleichgewichts zwischen Krankheit und

Gesundheit den Denkstrukturen der Bevölkerung entspricht und als erstrebenswert gilt (Ausführungen s. Kap. 7.2: Dualismus im Weltbild der Anden).

Um einen ersten Eindruck darüber zu gewinnen, wie die Bevölkerung des Distriktes Lahuaytambo über den Zustand Krank- und Gesundsein denkt, wurde in der Interviewbefragung folgende Frage gestellt:

1. Was heißt für Sie krank zu sein?
2. Was heißt für Sie gesund zu sein?

Bei dieser Frage wurde vorausgesetzt, dass sich die Probanden zum Zustand des Krank- und Gesundseins etwas vorstellen können.

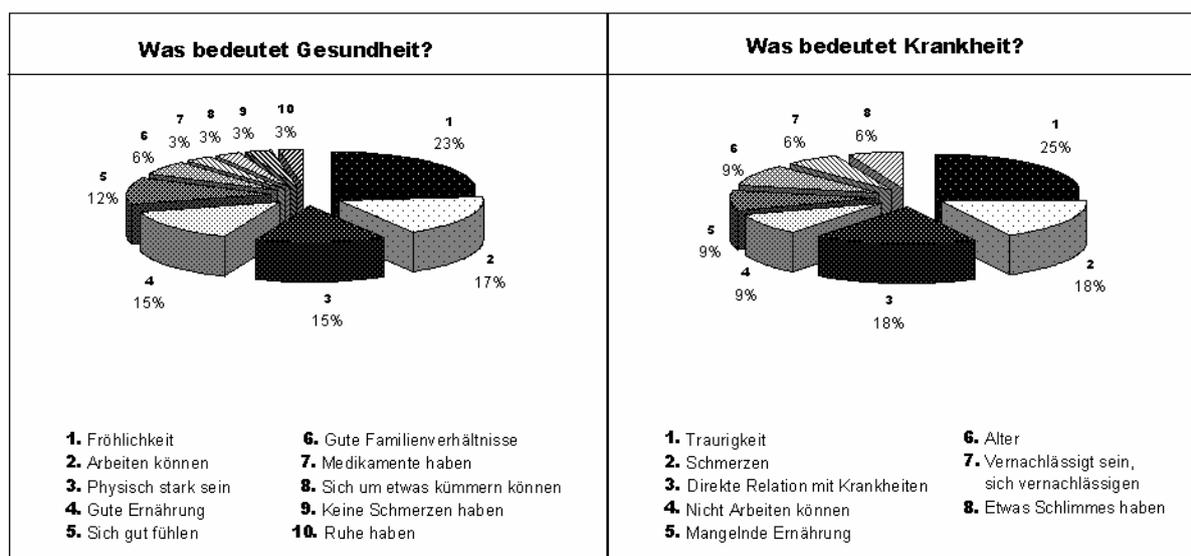


Abb. 7.1: Gesundheit/Krankheit
(Kranksein n = 34; Gesundsein n = 33)

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die Gesundheit und die Krankheit sowohl durch somatische als auch durch psychisch-emotionale Zustände erklärt werden. Bei der Beschreibung des Zustands Kranksein werden neben der direkten Beschreibung von bestimmten Krankheitsbildern, welche die Probanden aus eigenen Erfahrungen kennen oder unter denen sie gerade leiden, vor allem die Begriffe Traurigkeit und allgemeine Schmerzen genannt.

Der Zustand Gesundsein wird neben einer guten psychischen- (Fröhlichkeit 23%) vor allem auch durch eine gute körperliche Verfassung und mit der Fähigkeit beschrieben, seiner Arbeit nachkommen zu können (17%). So wird zum einen die Gesundheit durch Lebensfreude als auch durch Leistungsfähigkeit zu arbeiten definiert.

Im Folgenden interessierte die Frage, was den Probanden in der Situation des Gesundseins in ihrem Körper am wichtigsten erscheint. Es sollten die vermuteten Gründe des Gesundseins aufgedeckt werden. Die Frage lautete:

Was ist im Zustand des Gesundseins in ihrem Körper am wichtigsten und welches Gleichgewicht im Körper ist von Bedeutung?

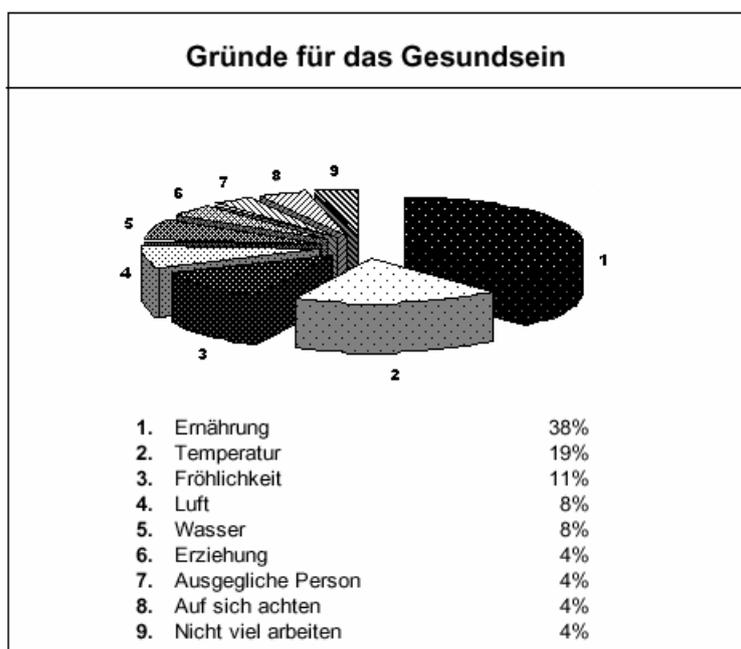


Abb. 7.2: Gründe für das Gesundsein und wichtige Gleichgewichte im Körper (n = 20)

Die Ernährung ist für die Befragten mit insgesamt 38% der Hauptgrund für eine gute Gesundheit. Aus der bereits beschriebenen schwierigen Ernährungssituation im Untersuchungsgebiet wird diese Problematik in ihrer Relevanz deutlich. Eine gute Ernährung bedeutet für die Bevölkerung Arbeitskraft sowie Widerstandskraft gegenüber Krankheiten. Zudem ist die Wichtigkeit einer ausgewogenen und ausreichenden Ernährung der Kinder nicht zuletzt durch Aufklärungskampagnen durch das Gesundheitsministerium den Eltern bekannt. Als weitere bedeutende Einflussgröße für den Gesundheitszustand wird die Temperatur genannt (19%). Ein Temperaturgleichgewicht des Körpers gilt hierbei nach Meinung der Befragten als gesund.

Weiter ist neben einem emotionalen Gleichgewicht, welches durch die Bevölkerung mit Fröhlichkeit beschrieben wird, die gute Luft (8%) sowie unverschmutztes Wasser (8%) für ein Gleichgewicht im menschlichen Körper wichtig.

7.1.2 Häufigkeit von Krankheiten im Untersuchungsgebiet

Eine große Gruppe von Erkrankungen, die im Untersuchungsgebiet vorkommen, sind jene, die sich durch Symptome im ganzen Körper ausdrücken (36% aller genannter Krankheiten): Grippe (18,9%), Erkältung (6,3%), *mal aire* (5,3%), Rheuma (4,2%) und Arthritis (1%). Eine weitere Gruppe von häufig vorkommenden Krankheitsbildern ist die Gruppe der Atemwegserkrankungen (25,2% aller genannter Krankheiten): Husten (4,2%), allgemein respiratorische Probleme (2,1%) und Bronchitiden (18,9%). Hier ist eine direkte Verbindung zu den natürlichen Gegebenheiten der Region zu sehen, da es sich um Krankheitsbilder handelt, die zum einen durch die klirrende Kälte in den trockenen Monaten als auch durch starke Regenfälle in der Regenzeit hervorgerufen werden.

Eine weitere Gruppe (6,3% aller genannter Krankheiten) bilden die Erkrankungen des Magen/Darm-Traktes: allgemeine Bauchbeschwerden (3,2%), Durchfall (1%), Bauchkoliken (1%), Typhus (1%) und Cholera (1%). Als Hauptgründe für das Vorkommen werden in erster Linie die fäkalen Verschmutzungen durch Mensch und Tier, der Mangel an sanitären Einrichtungen und das Fehlen von sauberem Trinkwasser angesehen.

Ebenfalls werden Krankheiten, die insgesamt mit Schmerzen in Verbindung gebracht werden, genannt (9,5% aller genannten Krankheiten). Hierzu zählen vor allem Schmerzen im Bereich des Kopfes (4,2%), Zähne (1%), Hüfte (1%), Knochen (1%) und der Lunge (1%).

Des Weiteren spielen Verletzungen der Haut und der Knochen durch Unfälle, Wunden und Stürze mit insgesamt 4,5% aller genannten Krankheiten eine Rolle. Dies erklärt sich durch meist ländliche Tätigkeiten, das Fehlen von Beleuchtung der Dorfstraßen und nicht zuletzt durch häufige Unfälle von angetrunkenen Personen.

Weitere Krankheiten sind (16,5% aller genannten Krankheiten): Unterernährung, Tuberkulose, Uteruserkrankungen, fehlende Hygiene, Krankheiten durch Hexenkrankheiten, Menopause, Fieber, allgemeine Körperschwäche, Krebs, Krankheiten durch Alkohol, Nierenerkrankungen, Malaria („durch Reisen in tiefer gelegene Gebiete“) und Herzbeschwerden.



Abb. 7.3: Die häufigsten Krankheiten im Untersuchungsgebiet

Es fällt auf, dass den traditionellen Krankheiten, mit insgesamt nur 6,3% nur eine geringe Häufigkeit zugeschrieben wird. Zählt man die Krankheit *mal aire* als Mitauslöser für die Beschwerden der Atemwege bzw. der durch Kälte ausgelösten Krankheiten (s. Kap. 7.1.9: Traditionelle Krankheitsbilder), so werden lediglich 2% (*huaco*, *brujería*) der als allgemein häufig vorkommenden Krankheiten mit kulturspezifischen Krankheitsbildern in Zusammenhang gebracht.

In der Literatur über andine Medizin wird berichtet, dass den traditionellen Krankheiten eine größere Häufigkeit zugeschrieben wird. In der untersuchten Region aber verhält es sich anders. Wir interpretieren dies als ein Zeichen dafür, dass in der untersuchten Region die vorkommenden Krankheiten zahlenmäßig weniger als mystisch, übernatürlich, sondern vielmehr als natürlich, konkret beschrieben werden.

7.1.3 Verhalten im Krankheitsfall

Aus der Auswertung der Interviews geht hervor, dass es bei den Befragten im Krankheitsfall drei verschiedene Stufen der Behandlung gibt, die meist nacheinander durchlaufen werden. Es handelt sich hierbei zum einen um 1. die Eigenbehandlung, 2. die Konsultation eines Heilers und letztlich 3. die Inanspruchnahme des öffentlichen Gesundheitswesens, der Gesundheitsstation mit hiesigem Arzt und Krankenpfleger.

Bei allen bis auf eine der 30 befragten Personen steht im Krankheitsfall die Eigenbehandlung an erster Stelle. Hierbei kommen den Heilpflanzen eine besondere Rolle zu. Wie in Kap. 7.1.6 näher beschrieben, greift ein großer Teil der Bevölkerung auf ein reichhaltiges Wissen über Heilpflanzen und deren Art der Zubereitung sowie Anwendungsgebiete zurück.

Insgesamt lediglich 13,3% der Personen geben an, sich alleine ohne fremde Hilfe zu behandeln. Weitere 20% ziehen bei Erfolglosigkeit der Eigenbehandlung nur die Hilfe des Heilers zu Rate. Insgesamt 16,5% suchen bei Erfolglosigkeit der ihnen bekannten Hausmittel direkt die Gesundheitsstation auf ohne vorher den Heiler zu konsultieren.

Der weitaus größte Teil der Probanden, insgesamt 43%, suchen bei Erfolglosigkeit der Eigenbehandlung zunächst einen Heiler auf. Kann dieser durch seine Behandlung ebenfalls nicht helfen, so wird die Medizinstation aufgesucht.

Durch dieses häufig beschriebene Durchlaufen der ersten zwei Stufen der Krankheitsbehandlung kommen bei der Behandlung der Kranken in der Medizinstation oftmals große Probleme auf, da es sich bei den dann präsentierten Krankheitsbildern häufig um chronifizierte, schwierig zu behandelnde Formen handelt.

Auf die generelle Frage, wen die Probanden bei fremder Hilfe bevorzugen, nannten 73,7% den Heiler und 26,3% den Arzt.

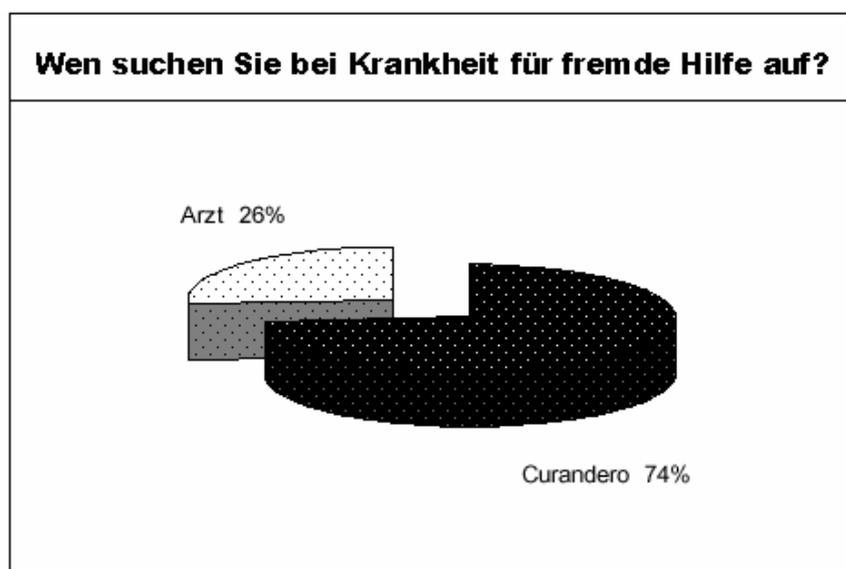


Abb. 7.4: Wer wird im Krankheitsfall bevorzugt: Curandero oder Arzt?

Bei der Begründung, warum sie den Heiler bevorzugen, wurden folgende Gründe genannt:

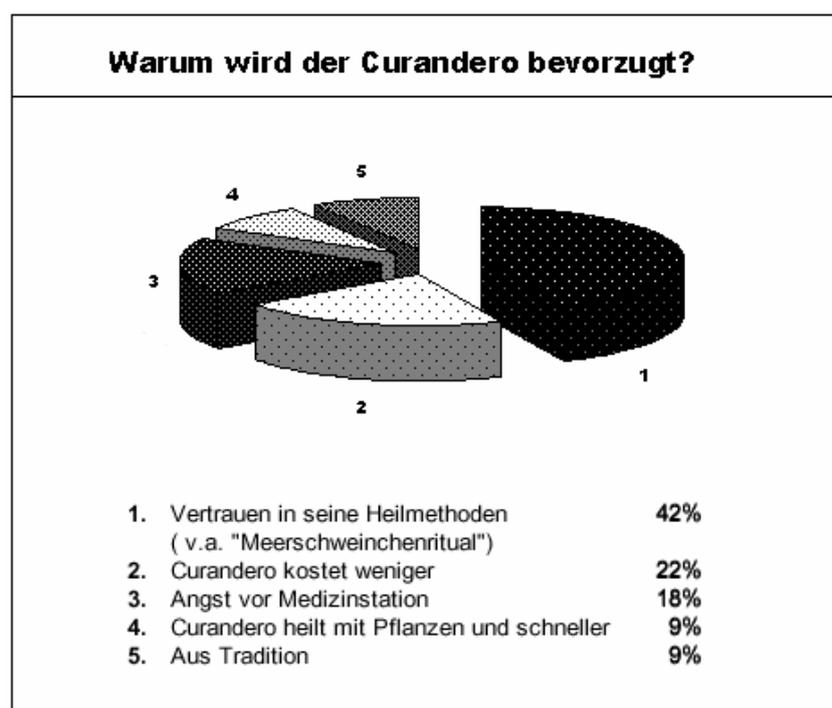


Abb. 7.5: Warum wird der Heiler bevorzugt?

1. Das Vertrauen in die Heilkunst des Heilers und dessen Heilmethoden (42%)

Originaltext auf Spanisch

Deutsche Übersetzung

- | | |
|--|--|
| ▪ „Saben que es la enfermedad“ | ▪ „Sie wissen, was es für eine Krankheit ist.“ |
| ▪ „Pueden ver que tengo“ | ▪ „Sie können sehen, was ich habe.“ |
| ▪ „Saben si es de acá o de Lima“ | ▪ „Sie wissen, ob es (die Behandlung der Krankheit) für hier ist oder für Lima.“ |
| ▪ „Pasan el Cuy y saben que es la enfermedad“ | ▪ „Sie reiben mit dem Meerschweinchen ab und wissen die Krankheit.“ |
| ▪ „Con Cuy se ve todo, si es para acá o para Lima“ | ▪ „Mit dem Mehrschwein sieht man alles; ob es von hier ist oder für Lima.“ |
| ▪ „Ven en el cuy que es lo que tenemos“ | ▪ „Sie sehen im Meerschwein, was wir haben.“ |
| ▪ „En el cuy sale que es lo que tenemos, es como con la radiografía“ | ▪ „Im Meerschweinchen kommt es heraus, was wir haben, wie mit der Radiographie.“ |
| ▪ „El Curandero sabe y cura enfermedades, que son de acá, que conoce.“ | ▪ „Der Heiler kennt und behandelt die Krankheiten, die er kennt, die von hier sind.“ |
| ▪ „Por pasar el cuy sabe, que tenemos“ | ▪ „Durch Abreiben mit dem Meerschweinchen weiß er, was wir haben.“ |

Die Bevölkerung spricht von der Erkennung der Krankheiten, die Probleme bereitet und die mit 37% der Aussagen als Hauptgrund angesehen werden, warum sie bei Erfolglosigkeit ihrer Eigenbehandlung einen Heiler aufsuchen.

An dieser Stelle lässt sich eine zeitliche Komponente der Wahrnehmung der Krankheiten feststellen. Die betreffende Person vollzieht mit den entsprechenden Symptomen eine Zuweisung zu einer bestimmten Krankheit, die wiederum eine ihm bekannte Therapie meist in Form von Pflanzen bedeutet. Stellt sich nach einer bestimmten Zeit keine Besserung ein, so kommen ihm letztlich Zweifel die richtige Krankheit erkannt zu haben und sucht aus diesem Grund den Heiler auf. Häufig kommt dabei nun das in der Region weit verbreitete Mehrschweinchenritual (s. Kap. 7.1.7: Heilrituale) zum Einsatz

Des Weiteren zeigen die Äußerungen der Probanden, dass die Entscheidung für den Heiler oft durch ein größeres Vertrauen zu erklären ist. Er ist zudem eine Person ihres Kulturkreises sowie des gleichen sozialen Umfeldes.

2. Der Heiler kostet weniger (21,7 %)

Orginaltext auf Spanisch	Deutsche Übersetzung
▪ „Falta plata“	▪ „Es fehlt an Geld.“
▪ „Posta más caro“	▪ „Die Gesundheitsstation ist teurer.“
▪ „Curan más barato.“	▪ „Sie (die Heiler) sind billiger.“
▪ „Más barato“	▪ „Billiger“
▪ „Falta dinero“	▪ „Es fehlt an Geld.“

Die Kosten einer Behandlung spielen für den mittellosen Bauern eine wichtige Rolle. Hierbei ist es ihnen vor allem schwierig, Bargeld für fremde Hilfe aufzubringen.

Die Behandlung von akuten Krankheiten bzw. Unfällen ist zwar in der Gesundheitsstation kostenlos, nicht aber die aufkommenden Kosten für Materialien und die oft vorgeschlagene medikamentöse Behandlung. Es ist für den Patienten einfacher neben Geld den jeweils zu Rate gezogenen Heiler mit selbst produzierten Waren wie zum Beispiel Eiern, Fleisch, Käse oder Mais für seine Dienste zu entlohnen. Die häufig von ihm empfohlenen Heilpflanzen sind meist in der Region ohne größere Probleme zu finden und stellen somit keine weiteren Kosten dar. Teilweise notwendige Hilfsmittel für traditionelle Heilrituale, wie zum Beispiel beim Mehrschweinchenritual werden entweder vom Heiler selber mitgebracht oder müssen bereitgestellt werden. Jedoch muss bei Weitem nicht immer ein Heilritual durchgeführt werden. Meist bleibt es bei Ratschläge bzw. Anweisungen zur Behandlung.

3. Die Angst zur Medizinstation zu gehen (17,4 %)

Etwa 15 % der Befragten, die angeben, lieber den Heiler als den Arzt aufzusuchen, geben als Grund hierfür die Angst vor der Gesundheitsstation an. Eine an anderer Stelle gestellte Frage zeigte, dass insgesamt 30 % aller Befragten Laien Angst haben, den Arzt aufzusuchen. Den Grund hierfür sehen die Befragten ausnahmslos in der Tatsache, dass eine Behandlung in der Medizinstation meist neben der Einnahme von Tabletten sehr häufig eine Behandlung in Form von Spritzen mit sich bringt. Zum einen werden Schmerzen, die mit Injektionen verbunden werden gefürchtet, zum anderen sehen die Patienten die Gefahr, dass der Körper durch Spritzen „geschockt“ werden kann.

Spritzen werden, ebenso wie Tabletten, durch sehr warme (heiße) Eigenschaften beschrieben. Nach Meinung der Bevölkerung wird die Überlegung und Miteinbeziehung kalter und warmer Krankheiten und der sich daraus ergebenden Behandlung bei Ärzten nicht berücksichtigt. Es sei nach Angaben der Probanden bereits durch falsche Gabe zu „warmer“ Medikamente zu Todesfällen in der Medizinstation gekommen, deren Wiederholung gefürchtet wird.

4. Der Heiler heilt mit Pflanzen und schneller (8,7 %)

Generell wird die Anwendung von pflanzlichen Heilmitteln in der Krankheitsbehandlung bevorzugt. Die Heiler beziehen neben ihren Heilritualen fast immer Pflanzen in die Behandlung mit ein. Zum anderen wird ihrer Heilkunst nachgesagt, dass sie schneller zum Erfolg, der Heilung führt. Hier ist sicherlich die oben bereits angesprochene Überlegung noch einmal aufzugreifen. Patienten, welche die Gesundheitsstation aufsuchen, leiden meist an Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium. In dieser Situation ist eine aufwendige, länger dauernde Behandlung unumgänglich.

5. Aus Tradition (8,7 %)

Ein weiterer Aspekt, der die Umstände erklärt, warum der Heiler eher konsultiert wird, ist, das allgemein größere Vertrauen in sein Tun. Er berücksichtigt bei der Behandlung die Traditionen und beachtet mythologische Hintergründe, die dem Arzt häufig verborgen bleiben.

7.1.4 Hausbehandlung und Heilpflanzen in der andinen Medizin

Es besteht unter der andinen Bevölkerung ein großes Wissen über traditionelle Heilmethoden. Die Kenntnisse im Bereich der Anwendung von Heilpflanzen bleiben keinesfalls nur den traditionellen Heilern vorbehalten. Viele Krankheiten werden bereits im Kreise der Familie behandelt und kuriert. HAHOLD (1986) und HOLZAPFEL/ZWAGA (1985) fanden in ihren in Peru durchgeführten Studien in diesem Zusammenhang Anteile von 61% bzw. 83 % der Krankheiten, die lediglich in der Familie, das heißt ohne fremde Hilfe behandelt werden. KROEGER (1981) berichtet in einer Studie in vier Indianergruppen in Ecuador einen Anteil von 50% reiner Hausbehandlung.

Es zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass es zwischen den sogenannten Laien und den Spezialisten der andinen Heilpflanzen, den Heilern, alle Zwischenstufen gibt. Bezogen auf Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall trifft man nie auf völliges Unwissen. Die geringe Zahl derjenigen Personen, die ohne einen Versuch der Eigenbehandlung die Krankenstation oder den Heiler aufsuchen unterstreicht diese Beobachtung.

So gibt es z.B. Hausfrauen und Mütter, die am Abend der Nachbarin bei der Durchfallserkrankung ihres Kindes helfen, genauso wie den Landwirt, der in seiner freien Zeit bei Familienangehörigen bei der Suche von Krankheitsursachen ein Mehrschweinchenritual vollzieht. Das Wissen über Hausbehandlung basiert auf mündlichen Überlieferungen. Die Mitteilungsbereitschaft innerhalb der Familie ist groß, so dass über Generationen bekanntes Wissen weitergegeben wird.

Im Allgemeinen zeigte sich durch die Interviewbefragung und sonst geführten Gesprächen die Bedeutung von Heilpflanzen sowohl bei körperlichen (natürlichen), als auch bei magischen-traditionellen Krankheitsbildern der andinen Medizin. Heilpflanzen werden in fast jeden Heilungsprozess integriert. Anwendungsformen von Pflanzen

Bei den Anwendungsformen der Heilpflanzen soll auf die unterschiedlichen Zubereitungsformen der 28 meistgenannten Pflanzen im Untersuchungsgebiet eingegangen werden. Hierbei werden die Ergebnisse der Interviewstudie von 30 Laien und 7 ortsansässigen Heiler gemeinsam dargestellt (weiter s. Kap. 7.1.6: Heilpflanzen der Region).

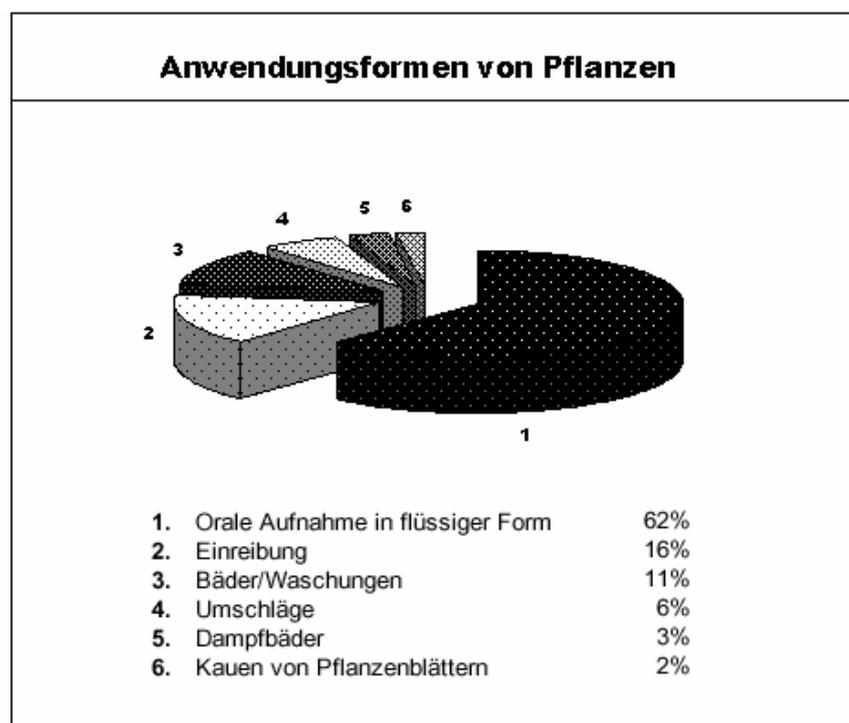


Abb. 7.6: Pflanzen und ihre Anwendung

1. Orale Aufnahme in flüssiger Form (insgesamt 62,2 %)

Die häufigste Anwendungsform ist die flüssige Form der Heilpflanzen, die sich wiederum in drei Untergruppen aufteilen lässt:

- Warmer Tee (43,9%)

Die Heilpflanzen werden in heißem Wasser aufgekocht und setzen so ihre Wirkstoffe frei. Sie werden ausschließlich frisch und im heißen Zustand, vereinzelt mit Zucker und Limettensaft getrunken.

- erkalteter Tee (15,9 %)

Die Zubereitung entspricht der des Tees. Dieser wird anschließend im erkalteten Zustand getrunken und kann zur Anwendung über mehrere Tage in Tongefäßen aufbewahrt werden.

- Saft (2,3 %)

Diese Zubereitungsform entspricht dem Pflanzenextrakt der durch Mörsern der Pflanzenblätter gewonnen wird. Da es sich hierbei um einen hoch konzentrierten Extrakt der Pflanzen handelt, werden nur sehr kleine Mengen zum Beispiel eine Messerspitze oder ein Teelöffel verabreicht.

2. Einreiben (15,9 %)

Es gibt verschiedene Möglichkeiten Pflanzen zu verarbeiten, um sie zum Einreiben verschiedener Körperteile anwenden zu können. Zum einen wird beschrieben, dass die Blätter bestimmter Pflanzen mit dem Mörser gemahlen und anschließend mit Pisco, einem peruanischen Traubentrester, vermischt werden, um Körperteile damit einzureiben. Andere Pflanzen werden nach dem Mörsern direkt zum Einreiben angewandt. Eine dritte Zubereitungsform sieht vor, die Blätter als Ganzes zuerst in einem Tonkrug zu erhitzen, um sie anschließend zum Abreiben zu verwenden. Im Fall der schwarzen Brennnessel (*ortiga negra*) müssen die mit den erwärmten Blättern abgeriebenen Körperteile anschließend mit

Alkohol abgerieben werden und werden schließlich mit Zeitungspapier bedeckt. Dies soll den wärmenden Effekt des Einreibens verlängern.

3. Bäder, Waschungen (11,4 %)

Die Heilpflanzen werden wie bei der Verarbeitung zum Tee in heißem Wasser aufgekocht. Mit diesem Wasser und den gelösten Bestandteilen der Pflanzen werden vor allem der Kopf, der Hals oder der Genitalbereich gewaschen bzw. gebadet.

4. Umschläge (6,0 %)

Die Pflanzenblätter werden zunächst mit dem Mörser gemahlen und die dabei entstehende Masse mit Arnika, Zucker und im Weiteren entweder mit Ziegen- oder Hühnerfett versetzt. Diese Masse wird zum Beispiel auf offene Wunden oder Prellungen aufgetragen und anschließend mit Tüchern bedeckt. Bei der Zubereitung der Coca-Pflanze wird die Pflanzenmasse durch Kauen der Blätter erstellt. Diese wird dann zum Beispiel auf entzündete Augen aufgelegt.

5. Dampfbäder (3,0 %)

Bei Dampfbädern werden die Pflanzen in Wasser aufgekocht. Der dabei entstehende Wasserdampf mit gelösten Pflanzenbestandteilen wird nun unterschiedlich genutzt. Zum einen dient er dazu, den Patienten bei zum Beispiel starker Erkältungserkrankung in seinem Bett zum Schwitzen zu bringen. Dabei wird dem in Decken gehüllten Patienten eine Dampfschüssel unter sein Bett gestellt. Zum anderen werden Dampfsitzbäder vorgenommen. Hierbei bedecken sich die Patienten zum Beispiel in sitzender Position so mit Tüchern oder mit einem Poncho, dass der Wasserdampf an ihren Genitalbereich gelangt. Den gelösten Pflanzen werden reinigende, wärmende und heilende Wirkung vor allem bei Harnwegsinfektionen zugeschrieben.

6. Das Kauen von Pflanzenblättern (2,3 %)

Beim Kauen von bestimmten Heilpflanzen (z.B. *coca*, *kebrio*, *clavelilla*) werden Pflanzenbestandteile freigesetzt, die unter anderem Hunger und Schmerzen lindern sollen.

7.1.5 Konzepte der Heilpflanzen

Aus den Erklärungen der Probanden über Anwendung bestimmter Heilpflanzen sowie Erläuterungen zu deren Wirkweise lassen sich verschiedene Ansätze für Konzepte finden, nach denen die Bevölkerung die Heilpflanzen einteilt. Diese Einteilungskriterien sind eng mit den andinen Wirkungskonzepten verknüpft und können nach deren weltanschaulichem Hintergrund verstanden werden.

Die vorkommenden Konzepte sind:

Symbolisch-magische Einteilung

Pflanzen werden als Ausdruck und Mittler der göttlichen Heilkraft angesehen. Ein Beispiel hierfür ist die Verehrung der Muttererde (Quechua: *pachamama*), die als Quelle der Fruchtbarkeit und des Lebens angesehen wird. Sie ist nach andinen Vorstellungen für das Wohlbefinden der Pflanzen, Tiere und Menschen verantwortlich. Aus diesem Grund werden ihre Gaben, das heißt die Erzeugnisse, für Rituale und Behandlungen eingesetzt (IRARRAZAVAL 1983). Es werden Pflanzen als Zeichen der Fruchtbarkeit, Nahrung und Gesundheit in symbolischen Opfern an die *pachamama* zurückzugeben, um diese wohl zu stimmen, zum Beispiel für die kommende Ernte. Auch bedankt man sich auf diese Weise für das Wachstum der Produkte, damit auch in der Zukunft eine gute Ernte entsteht. Es wird ein Prinzip des Ausgleichs zwischen Nehmen und Geben deutlich.

Organ- Symptomspezifische Einteilung

In den Interviews kommt es sehr häufig zu direkten Zuordnungen der einzelnen Pflanzen zu bestimmten Organen auf die sie direkten Einfluss haben. Ebenso nehmen die Interviewpartner Zuweisungen zu bestimmten Symptomen vor, wie zum Beispiel Durchfall, Schmerzen oder Erkältungssymptome, zu deren Linderung die Pflanzen beitragen. Es handelt sich weniger um wissenschaftlich erklärbare Zuweisungen nach Wirkung und Wirkungsmechanismus der einzelnen Pflanzen, als vielmehr um offensichtlich jahrhundertlange Erfahrungen in der Anwendung der jeweiligen Pflanzen.

Purgative Wirkung

Anderen Pflanzen werden bestimmte reinigende Fähigkeiten zugesprochen. Sie finden sowohl in der Therapie im Krankheitsfall als auch als präventive Maßnahmen ihre Anwendung. Ein in der Interviewgruppe angesprochenes System dieser Einteilung ist vor allem das Nierensystem, welches in der andinen Vorstellung als reinigendes System verstanden wird. Verschiedene Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von dem Magen-Darm-System.

7.1.6 Heilpflanzen der Region

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der Interviews nach bekannten Heilpflanzen, deren Anwendungsgebiet aus der Laienbefragung (n = 30) und der Heilerbefragung (n = 7) zusammengefasst vorgestellt werden.

Jeder Proband konnte über durchschnittlich neun verschiedene Pflanzen berichten, wofür sie eingesetzt werden und auf welche Weise.

Bei der Beschreibung der einzelnen Pflanzen soll auf die 28 meist genannten eingegangen werden.

Pflanzenname (Wissenschaftliche Bezeichnung)	%	Anwendungsgebiet	Anwendungsform
Eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	86%	Grippe Erkältung Rheumatismus Husten Bauchschmerzen Kopfschmerzen Körperschmerzen	Tee, Blätter erhitzen und Dampfbäder Tee, Einreiben Einreiben: warme Blätter mit Menthol + Zwiebeln + Wasser Erkalteter Tee Tee + erhitzter Zucker Tee, Bäder
Llantén (<i>Plantago mayor</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	66%	Nieren- Magen- Leber Erkrankungen Entzündungen Wunden Bauchschmerzen Fieber <i>mal aire</i>	erkalteter Tee + Limettensaft + Zucker (Reinigung) Tee Umschläge Tee Tee senkt Fieber Einreiben
Paico (<i>Chenopodium Ambrosiodes</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	61%	Durchfall durch Kälte Erkältungen Normaler Durchfall	erkalteter Tee Tee mit heißem Zucker Tee + geriebenem Avocadokern
Huamanrripa (<i>Saxifraga Magellancia</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	57%	Husten, Erkältung Grippe Bronchitis	<i>agua de tiempo</i> Tee <i>agua de tiempo</i> + ein Löffel Hühnerfett
Chutanco	57%	<i>mal aire</i> mit Kopf- Körperschmerzen Bauchschmerzen Erkältung Zahnschmerzen	Tee Tee Tee Kauen der Blätter
Ortiga (= Brennessel) (<i>Urtica mangellanica</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	45%	Muskelkrämpfe Bronchitis/ Grippe Blutungen Erkältung Rheumatismus Mal Aire	Einreiben Einreiben Tee Einreiben Einreiben Einreiben
Quiebro, Quiebro olla (<i>Lycium, Cestrum,</i> <i>Dunalia campannulata</i>) (SOURKUP 1970)	45%	Durchfall Bauchschmerzen Erkältungen Zahnschmerzen	Tee Tee Tee Kauen der Blätter

Pflanzenname (Wissenschaftliche Bezeichnung)	%	Anwendungsgebiet	Anwendungsform
Curipuma	41%	Kopfschmerzen Körperschmerzen Halsschmerzen	Einreiben Tee + Limetettensaft Einreiben mit Blättern
Pata de gallo (Loricaria) (SOURKUP 1970)	37%	Erkältung Halsschmerzen Durchfall u. Koliken	Tee Einreiben Tee
Manzanilla (Pirus malus) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	37%	Bauchschmerzen Durchfall	Tee mit Anis Tee + <i>hierba luisa</i> + <i>canela</i>
Cola de Caballo (Equisetum begotense) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	37%	Nierenleiden Harnwegsinfekt Leberschäden Wunden	Tee Bäder, Tee Tee Tee (getrunken) trocknet die Wunden aus
Altamisa (Ambrosia Amborecens) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	37%	<i>mal aire</i> Blutungen Bronchitis Bauchschmerzen	Tee Tee Aufguss Tee
Konuko (Mimulos gloratus) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	33%	Rheumatismus Halsschmerzen Bauchschmerzen Koliken, Durchfall	Umschläge Dampfbäder Tee
Berro (Mimulos gloratus) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	33%	Leberbeschwerden Resistente Wunden Probleme beim Wasserlassen Bauchschmerzen	Gegessen als Salat; Saft + Limettensaft Umschläge erkalteter Tee
Ajenjo (Artemisa absithium) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	29%	Grippe Durchfall Parasiten Kopfschmerzen Diabetes	Tee <i>agua de tiempo</i> + <i>manzanilla</i> erkalteter Tee+ Kuhmilch + <i>hierba buena</i> Bäder, erkalteter Tee
Linasa (=Leinsamen) (Linum usitatissimum) (ORTEGA 1980)	29%	Nierenleiden Fieber	mit <i>llanten</i> oder <i>cola de caballo</i> als Tee
Clavelillo	29%	Prellungen, Wunden Augenschmerzen	Umschläge mit Arnika und Zucker
Malva Real (Althaea rosea) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	29%	Nierenerkrankungen Fieber Harnwegsinfekt	gekaute Blätter aufs Auge Bäder, Dampfbäder
Matico (Piper elongatum) (CATILLA 1997)	29%	Entzündete Ovarien Harnwegsinfekt Nierenerkrankungen Bauchschmerzen	vaginale Bäder, Tee Tee Tee Tee
Canchalagua (Schkuharia oder Pectis) (SOURKUP 1970)	29%	Blutungen Wunden Vorbeugung vor Infekten	Tee Tee auf nüchternen Magen Tee
Cargaviento	25%	<i>mal aire</i>	Einreiben zusammen mit <i>chutanco</i> und <i>pisco</i>

Pflanzenname (Wissenschaftliche Bezeichnung)	%	Anwendungsgebiet	Anwendungsform
Ruda (<i>Ruta Chlapensis</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	25%	Grippe mit allgemeinen Körperleiden niedriger Blutdruck Mittel zur Abtreibung Durchfall	Bäder, Dampfbäder Tee Tee Tee
Culén (<i>Psoralea mexicana</i>) (SOURKUP 1970)	20%	Kopfschmerzen Erkältung Koliken, Blähungen Diabetes	Tee, Bäder Bäder erkalteter Tee erkalteter Tee
Coca (<i>Erythroxylum Coca</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	20%	Erkältung Augenschmerzen entzündete Augen Hunger, Schmerz	Tee Waschungen gekaute Blätter aufs Auge Kauen
Ajo (=Knoblauch) (<i>Allium Santavium</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	20%	Augenschmerzen Magenschmerzen Bronchitis	Umschläge Tee Einreiben des Körpers zusammen mit warmen Ziegenfett, danach bedecken mit Decken
Hierbabuena (<i>Mentha viridis</i>) (SOURKUP 1970)	16%	Darmparasiten	Tee mit Kuhmilch
Muña (<i>Minthoshostachys, Satureja</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1970)	16%	Magenschmerzen Blähungen Niedriger Blutdruck	Tee Tee Tee
Nogal (<i>Juglans neotropica</i>) (MOSCOSO CASTILLA 1997)	16%	Grippe Husten	Tee Tee

Tab. 7.1: Heilpflanzen der Region: Anwendungsgebiet, Anwendungsform, Häufigkeit der Nennungen in % der Angaben der Probanden

7.1.7 Traditionelles Gesundheitswesen

Der curandero

Eine historische Quelle der Beschreibung der traditionellen Heilspezialisten findet man bei den Aufzeichnungen von Fransisco de Avila, einem Pfarrer, der 1597-1608 im Dorf San Damian in seinem Buch „Mythen von Huarochiri“ unter anderem über die Anfänge der Tätigkeit der *curanderos* in der Region berichtet (TAYLOR 1987).

ANDRITZKY (1988c) berichtet über Aufzeichnungen von Franzisco Avila. Dieser wiederum nennt eine Person Namens Cuniraya Viracucha, die er als wichtigste Persönlichkeit in der Entstehungsgeschichte des Schamanismus im Distrikt Huarochiri beschreibt. Er gilt als Weltenschöpfer in menschlicher Gestalt der Felder, Anbauterrassen und Bewässerungskanäle schuf. Die Hauptgottheit von Huarochiri war Paricaca, der in fünffacher Form aus fünf Eiern auf dem Gipfel des Kondorberges (*condorcuti*) geboren wurde. Paricaca ähnelt in seinen mystischen Funktionen als Wettergott stark dem Thunapa der Aymaras. Sein Sohn ist Huataycuri, der in direkter Abstammung von Paricaca als Archetypus des mystischen Heilers

gilt. Legenden zufolge ist Huataycuri der erste Mensch, der die Geburt des oben beschriebenen Paricaca auf dem Kondorberg aus den fünf Eiern zu sehen bekam. Durch dieses Ereignis spricht man von ihm, der seiner Herkunft nach aus ärmlichen Verhältnissen stammt (Huataycuri, Quechua: „der sich Kartoffeln in der Erde brät“), als Sohn des Pariacacas. Sein Wissen und seine Taten beschreiben TRIMBORN und KERLM (1967, p.32) und stellen ihn als Urvater der Heiler in der Region von Huarochiri heraus.

Der *curandero* (span.: Heiler) oder auch *curioso* (span.: Neugieriger, Geheimnisvoller), wie er im Untersuchungsgebiet oft genannt wird, ist der ursprüngliche Heiler der Andenregion. Er ist eine Person, die ihr Wissen und ihre Begabung Kranken helfen zu können seit Jahrhunderten von Generation zu Generation weitergegeben hat. Er ist heute noch in vielen Teilen der Andenregion der Einzige, der außerhalb der Familie im Krankheitsfall um Rat gebeten wird. Er besitzt nach Meinung der Bevölkerung *poder* (span.: Macht, Kraft), die er zum Heil der Bevölkerung einsetzt.

Bei den meisten *curiosos*, ebenfalls bei denen im Untersuchungsgebiet praktizierenden, handelt es sich um Personen, die ihrer heilenden Tätigkeit in ihrer freien Zeit nachgehen. Bei den männlichen *curiosos* handelt es sich um Bauern, bei den Heilerinnen um Hausfrauen, die zusätzlich auf dem Feld bäuerlichen Tätigkeiten nachgehen. Alle beteiligen sie sich, wie der Rest der Bevölkerung, an allen Aktivitäten bzw. Arbeiten des alltäglichen, kommunalen Lebens. Sie beanspruchen keine Sonderstellung im sozialen Gefüge, sondern stammen aus dem gleichen sozialen Milieu und haben den gleichen kulturellen und geistigen Hintergrund wie die Personen, die zu ihnen kommen und sie um Rat fragen. Diese Tatsache ist eine Grundlage dafür, dass der *curioso* dem Patienten bei kulturspezifischen Krankheiten helfen kann.

SAL Y ROSAS (1966) meint in diesem Zusammenhang, dass reaktive und funktionelle Störungen, die mit Hilfe von Suggestion und Glaube geheilt werden können, der offiziellen Medizin verborgen bleiben, und sie nichts oder nur wenig ausrichten kann. Im Gegensatz dazu kann der *curandero* viel erreichen.

Diese Überlegungen konnten in der untersuchten Gruppe widergefunden werden. Die kulturspezifischen Krankheitsbilder machen zwar nach den Ergebnissen der Interviewstudie insgesamt nur 6,3% der am häufigsten vorkommenden Krankheiten aus (s. Kap. 7.1.2: Häufigkeit von Krankheiten im Untersuchungsgebiet), jedoch handelt es sich genau um jene Krankheiten, deren Heilung dem Tätigkeitsgebiet der *curiosos* zugeschrieben werden.

Bei der in diesem Zusammenhang gestellten Frage, welche Krankheiten der *curandero* heilt, nannten 71,6% kulturspezifische Krankheiten und 29,7% andere Krankheitsbilder.

Die seit Jahrhunderten bestehende Institution der *curanderos* fand lange Zeit auf staatlicher Ebene keine Akzeptanz. Anstatt sich mit ihren Praktiken auseinander zusetzen oder sie gar als gleichberechtigt zu akzeptieren, erließ 1924 die peruanische Regierung per Gesetz ein Verbot ohne Titel einer offiziell anerkannten medizinischen Einrichtung irgendeine Heilertätigkeit auszuüben zu dürfen (HOLZAPFEL und ZWAGA 1985).

Das sich seit dieser Zeit seitens der *curanderos* entwickelte Misstrauen vor allem Fremden gegenüber erklärt sich nicht zuletzt aus den Kontrollen der Regierung zur Einhaltung dieser Gesetzgebung, die selbst in ländlichen Gegenden durchgeführt wurden. Dieses Misstrauen ist bis heute spürbar und musste auch bei der Durchführung der vorliegenden Befragung zunächst überwunden werden.

Die Kenntnisse über Heilrituale und Pflanzen haben die befragten *curanderos* ausschließlich durch Weitergabe von älteren Familienangehörigen erlernt. Von Kind an waren sie bei

Heilritualen, beim Pflanzensammeln dabei und lernten so durch Mithelfen und Zuschauen von ihren Eltern oder Verwandten, deren Wissen bereits über Generationen weitergegeben wurde. Das Wissen besteht aus rein mündlichen Überlieferungen. Neben ständigem Praktizieren der erlernten Heilmethoden führen die befragten *curanderos* den Erfolg ihrer Heilungen auf den Glauben und die Hilfe Gottes zurück. (A1: "Se aprende viendo no solo estudiando como los doctores. Pero lo que hay que tener es fé en Dios y practicar bastante.": „Man lernt durch zuschauen, nicht durch alleiniges Studieren wie die Ärzte. Aber man muss Glauben an Gott haben und viel üben.“).

Die Berufung zum *curandero* wird in verschiedenen Arbeiten zum Beispiel durch Visionen (FAUST 1983, p.212) oder durch Blitzschläge (WENDORF DE SEJAS 1982, p.193; ROESING 1990, p.145-156) beschrieben, deren Ereignis den betroffenen Personen besondere Kräfte bzw. Fähigkeiten verleiht.

Ähnliche oder andere Berufungen zum *curandero* auf solche Art und Weise wurden in der Region der vorliegenden Untersuchung nicht berichtet.

Auf die Frage, wer letztlich heilen dürfe (Frage 13 der Heilerbefragung), war die allgemeine Meinung der befragten *curanderos*, das jeder, der genügend Interesse, Neugierde und vor allem Wissen und Praxis, in Verbindung mit entsprechendem Glaube an Gott habe, heilen könne bzw. dürfe. Letztlich sind die beschriebenen Kriterien genau die, die einen *curandero* ausmachen. Es ist zu vermuten, dass die Heiler durch diese Äußerung ausdrücken wollten, dass die Heilkunst nicht allein einigen wenigen ausgewählten Personen vorbehalten ist. Der eigentliche Heiler hat schließlich ihrer Meinung nach lediglich mehr Erfahrung, was ihn in seinem Dorf bekannt macht. Bei einigen geht dieser Bekanntheitsgrad über die Dorfgrenzen hinaus, so dass er teilweise im ganzen Distrikt oder darüber hinaus Kranke behandelt. Zu einem der Heiler kamen neben Patienten aus dem Distrikt Lahuytambo und dem angrenzenden Distrikt Huarochiri vereinzelt Patienten aus dem über zehn Busstunden entfernten Lima zur Behandlung. In besonders schweren Krankheitsfällen stattete er den Patienten selber einen Besuch ab.

Spezialisierung der Heiler

Bei der Beurteilung nach bestimmten Spezialisierungen der einzelnen *curanderos* gibt es in der Literatur verschiedene Ansätze.

SAL Y ROSAS (1975, p.21) teilt die Heiler aufgrund spezifischer Funktionen in drei Gruppen ein. Zum einen beschreibt er die Gruppe der Hochstapler, die letztlich durch Betrügereien ihrem einzigen Ziel der persönlichen Bereicherung nachgehen und sich dabei Mythen der traditionellen Medizin sowie der Hexerei bedienen. Als eine weitere Gruppe nennt er die der routinierten Praktikanten, zu denen sie Kranke, Medizinstudenten, Hebammen etc. zählen, die sich ihr oberflächliches Wissen gebräuchlicher Therapien zum Werkzeug der Behandlung machen. Als dritte Gruppe beschreibt er jene, welche die indianische Medizin ausüben. Dieser Personenkreis macht sich ihrer Meinung nach die Traditionen des Landes zu Nutze, deren Ergebnisse nicht in Opposition zu der Wissenschaft stehen.

SHARON (1980, p.105) nimmt eine Gliederung nach geographischem Betätigungsfeld vor. Er beschreibt den *alto mesayoq* (oder *altomesa*), den „hohen *curandero*“, der in der *puna*, einer Hochebene (über 3.600m) im Süden Perus arbeitet und den *pampa mesayoq*, der in der *pampa* (2.500 bis 3.600 m) arbeitet. Laut SHARON ist beiden gleich, dass sie neben der Heilkunst Wahrsagen und über *brujería* (span.: Hexerei) mit den Geistern in Verbindung stehen. Neben dieser Einteilung nach geographischen Betätigungsfeldern erwähnt SHARON magisch-

religiöse Spezialisten, wie *laypas* (Span: Zauberer), *hanpeq* (span.: Heiler) und *watetaq* (span.: Wahrsager).

Zur Beurteilung der in der Region Lahuaytambos gefundenen Betätigungsfelder der *curanderos*, soll auf die vier Typen-Einteilung von HAHOLD (1986, p.172) eingegangen werden, die der im Untersuchungsgebiet gefundenen Einteilung ähnlich ist.

HAHOLD beschreibt als erste Gruppe die Herbalisten. Neben allgemeinen Beobachtungen des Patienten wie Puls fühlen, Lesen von Cocablättern und die Urinschau stützt sich seine Behandlung vor allem auf die Anwendung von Heilkräutern. Der Wahrsager stellt Krankheitsursachen fest und kann gegebenenfalls verlorene oder gestohlene Gegenstände wiederfinden oder weniger günstige Zeitpunkte für Reisen und Geschäfte voraussagen. Hilfsmittel sind ihm dabei die Cocablattdiagnose, Deutung von Träumen oder Spielkarten, Handflächen lesen etc.

Als weitere Gruppe nennt HAHOLD die *brujos* (span.: Hexer), die sich meist mit Schadenszauber beschäftigt. Sie arbeiten im Verborgenen ihrer Tradition nach am Dienstag- und Freitagabend. Der Sinn des durch sie bewirkten Schadenszaubers ist meist die Befriedigung von Rache und Eifersucht der den Hexer beauftragenden Person. Als Hilfsmittel, die dem Hexer zur Verfügung stehen, um einen Schadenszauber zu verhängen, nennt HAHOLD zum einen Puppen, die das Objekt seines Zaubers symbolisieren. Zum anderen können verzauberte Winde oder Nahrungsmittel einer Person Schaden zufügen. Als Beispiel einer von dem Hexer bewirkten Krankheit nennt HAHOLD die Krankheit *daño*.

Die Bevölkerung um Lahuaytambo unterscheidet klar die Tätigkeit der *curandero* von der eines *brujos*. Ein Interviewpartner (B32) beschreibt diesen Unterschied wie folgt:

Originaltext auf Spanisch

- “El curandero sana, trabaja con fé, en cambio el Brujo trabaja con maldad. Sí el Brujo quiere torcerle la boca a alguien, lo hace. El Brujo no cura, hace mal. A la persona que tiene carácter más débil le llega el mal más rápido, en cambio la persona que tiene su carácter lucha, tiene malestares pero no le llega el mal.”

Deutsche Übersetzung

- ”Der Curandero heilt, er arbeitet mit Glauben, wohingegen der Brujo mit Boshaftigkeit arbeitet. Möchte der Hexer jemandem den Mund schief stellen, so tut er es. Der Hexer heilt nicht. Personen mit eher schwachem Charakter sind von einem Schadenszauber schneller beeinflussbar als diejenigen, mit festem Charakter. Diese Personen haben zwar Beschwerden, aber es erreicht sie nicht das Böse.“

Der Geburtshelfer hat zur Aufgabe Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen zu betreuen. Er misst dazu den Frauen den Puls und massiert oder schüttelt bei Fehllagen des Kindes den Bauch der Patientin. Des Weiteren verwendet er Pflanzen und Kräutern und gibt Ernährungsratschläge.

Mit den so genannten *hueseros* (hueso, span.: Knochen) gibt es als Heiler noch die Knocheneinrenker, die sich vor allem um Gelenkprobleme, Fehlstellungen und speziell um Knochenbrüche kümmern.

Von den sieben befragten *curanderos* nannten fünf das Meerschweinchen- und einer das Hühnereiritual als sein Spezialgebiet. Die Heiler wenden beide Rituale je nach Situation an. Es wird der Schwerpunkt ihrer Arbeit herausgestellt, was keinesfalls alle anderen

angesprochenen Bereiche ausschließt. So wandten alle befragten Heiler zur Behandlung von Kranken Heilpflanzen an. Der einzige Bereich, der sowohl von den *curanderos* als auch von der restlichen Bevölkerung als Thema zu meiden versucht wurde, war der der Hexerei. Ob es sich dabei um ein bewusstes Zurückhalten von Informationen aus negativer Zuweisung diesem gegenüber handelte oder ob dieser Bereich im Untersuchungsgebiet tatsächlich keine Rolle spielt, bleibt offen.

Die Frage, ob es untereinander zu Übersendung von Patienten kommt (Heilerfrage 17), wurde von den einzelnen Heilern so beantwortet, dass sie im Falle eines Versagens ihrer Bemühungen zu heilen den Patienten zur Medizinstation bzw. ins Krankenhaus nach Lima schicken. Dieses Verhalten interpretieren wir als Einteilung der Krankheiten nach Kontrolleüberzeugung. Kommt es bei einer Krankheit durch seine Behandlung nicht zur Heilung, so entzieht sich die Krankheit seinem Einfluss, seiner Kontrolle. Er verweist an andere Heiler oder an die Mediziner der Medizinstation (s. auch Kap. 7.2.2: Klassifikation von Krankheiten nach Kontrollüberzeugung; Klassifikation von Krankheiten nach Personen der Behandlung).

Im Vergleich zur westlich orientierten Medizin gibt es laut Aussagen der *curanderos* ein ähnliches Vertrauensverhältnis, was die Informationen über Patienten angeht (Heilerfrage 19). Man spricht mit keinem außer mit dem Patient selber über die Krankheit.

Im Anschluss sollen verschiedene Meinungsäußerungen über die ärztliche Tätigkeit, ihre Praktiken sowie die Akzeptanz ihrer Heilmethoden aus der Sicht verschiedener *curanderos* aufgezeigt werden:

Originaltext auf Spanisch

Deutsche Übersetzung

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Se aceptan los métodos de los médicos. Pero hay enfermedades que ellos no saben curar como el maligno, la impresión (susto). Hay enfermedades que ellos dicen que ya no se pueden curar y aquí las curamos con transambio, montes o baños." (A1) ▪ "Es bueno. Pimero tratamos de curar acá y sino se puede curar se va confiado al doctor, porque ya se sabe que no es una enfermedad de la sierra. Los doctores les dan medicinas que sanan rápido." (A3) ▪ "Esta bien, nosotros tambien creemos en los doctores." (A5) ▪ "Ellos son hombres preparados, que ya por todos sus estudios trabajan. No son como nosotros que aprendemos solos. Las operaciones las acepto en primer lugar." (A6) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Man akzeptiert die Methoden der Ärzte. Aber es gibt Krankheiten, die sie nicht behandeln können, wie maligno oder susto. Es gibt Krankheiten, die man, wie sie sagen, nicht mehr heilen kann und diese heilen wir dann mit dem transambio, mit Pflanzen oder mit Bädern." ▪ „Es ist gut. (Sie sind gut.) Zuerst versuchen wir hier zu helfen und wenn wir nicht heilen können, gehen sie voller Vertrauen zum Arzt, denn dann wissen wir, dass es sich nicht um eine Krankheit der Bergregion handelt. Die Ärzte geben ihnen Medikamente, die schnell heilen.“ ▪ „Sie (die Arbeit der Ärzte) ist gut, auch wir glauben an sie“ ▪ „Sie sind ausgebildete Personen, die wegen ihres ganzen Erlernten arbeiten. Sie sind nicht wie wir, die wir uns doch alles selber beibringen. An erster Stelle akzeptiere ich die Operationen.“ |
|--|--|

Heilrituale

A: Curanderos

N°	Name	Alter/Geschlecht	Wohnort
A1	Cecilio Zavaleta Evangelista	79 m	Lahuaytambo
A2	Alicia Fernandez	78 w	Santa Ana
A3	Clementina Ramírez	48 w	Lahuaytambo
A4	Alejandrina Tello Paculía	47 w	Lahuaytambo
A5	Graciela Pumayauli	42 w	Lahuaytambo
A6	Florián Solano Manco	42 m	Langa
A7	Humberto Llata Durán	60 m	Sunicancha

Tab. 7.2: Kerninformanten der Heiler

B: Laienbevölkerung

N°	Name	Alter/Geschlecht	Wohnort
B10	Adela Bernal de Rosado	49 w	Lahuaytambo
B15	Liliana Belén Pumayauli	44 w	Lahuaytambo
B16	?		Lahuaytambo
B25	Marlene Rosado	28 w	Lahuaytambo
B26	Hilda Figueroa Rosado	34 w	Lahuaytambo
B32	Domicilio Ramirez Evangelista	68 m	Lahuaytambo

Tab. 7.3: Kerninformanten der Laien

Im Distrikt Lahuaytambo werden in der traditionellen Medizin besondere Heilrituale durchgeführt.

Die Ergebnisse der Laienbefragung zeigen, dass bei der Frage, auf welche Art der *curandero* den Patienten hilft, (Frage B 10) neben Pflanzen (23,6%) zwei Heilrituale besonders häufig angewandt werden. Zum einen das Abreiben des Patienten mit verschiedenen Tieren (33,3 % mit einem Meerschweinchen; 18,1 mit anderen Tieren: Hunden, Katzen und Hühnern) und zum anderen die „Reinigung mit einem Hühnerrei“ (16,6 %).

Die folgende Zusammenfassung zeigt die Methodik der Anwendung, den kulturellen Hintergrund sowie die Anwendungsgebiete der wichtigsten Heilrituale der Region des Untersuchungsgebietes sowie Literaturhinweise anderer Autoren.

Meerschweinchenritual

Historischer Hintergrund

Das Meerschweinchen wurde nach Untersuchungen von VALDIZÁN/MALDONADO bereits in der präkolumbianischen Zeit neben Nahrungsquelle zur Opfergabe an die Erdmutter *pachamama* und als Mittel der Zukunftsprognose sowie als Heilmittel bei der Behandlung von Kranken verwendet. Die Autoren zeigen dies anhand von Quellen des 16. und 17. Jahrhundert (VALDIZÁN/MALDONADO 1922 Bd. II, p.523-525).

Auch zur Inkazeit wurden Meerschweinchen als Diagnose und Therapiemittel eingesetzt. Man nannte die Heilkundigen, die sich mit ihrer Hilfe Aussagen über Krankheitszustand von Personen machen konnten *cuyricuc* oder *hacaricuc* (CABIESES 1974, p.200; GAREIS 1987, p.249; WENDORF DE SEJAS 1982, p.98). Durch Entdeckungen „offenbar sezierter

Meerschweinchen in Mumienbündeln“ (TELLO/MEJIA XESSPE 1979, p.483) im Jahre 1927 vermutet ANDRITZKY (1987) eine bereits präkolumbianische Existenz des Meerschweinchenrituals.

Das ursprünglich in der Andenregion beheimatete Meerschweinchenritual wird in seiner Durchführung aus verschiedenen Regionen der Sierra Perus beschrieben. Hierzu verweist SCHUPP (1991) auf verschiedene bekannte Quellen (s. Anhang 11.1).

Dem Meerschweinchenritual liegt die Vorstellung zu Grunde, dass Krankheiten während des Rituals auf das Tier übergehen. Hierbei wird dem Meerschweinchen eine besondere Sensibilität nachgesagt, welche die negativen Energien von Krankheiten aufsaugt (ANDRITZKY 1987, p.54). Die beim Abreiben des Patienten aufgenommene Energie führt dazu, dass beim späteren Sezieren des Tieres sichtbare Veränderungen bestimmter Organe auftreten. Dieses Phänomen wird des Öfteren mit einer Röntgenaufnahme im westlich medizinischen Sinne verglichen (z.B. A1, A4 „...es como una radiografía“: „...es ist wie eine Radiographie.“), mit der die unterschiedlichen Krankheiten erkennbar werden.

Es zeigt sich, dass das Ritual zur Diagnosestellung von Krankheiten verwandt wird (A4: „En el cuy sale exactamente lo que tiene el enfermo.“: „In dem Meerschweinchen zeigt sich exakt, was der Patient hat –an welcher Krankheit der Patient leidet.“). Es richtet sich nach bestimmten Veränderungen im Inneren des Meerschweinchens. Eine Gruppe von Krankheiten besteht aus Erkrankungen verschiedener Organe. Veränderungen des Tieres zeigen an, welches Organ im übertragenden Sinn beim Patienten betroffen ist. Der *curandero* erkennt dies durch teils farbige, teils knotige Veränderungen.

Des Weiteren gibt das Ritual Hinweise auf kulturspezifische Krankheiten, wie:

- *frio* (durch Kälte ausgelöste Krankheiten): „Die Hautinnenseite erscheint wässrig.“
- *mal de ojo*: „Beim Abreiben schreit das Meerschweinchen unentwegt.“
- *susto*:
 - a) ein neu entstandenes *susto*: „Beim Eröffnen des Brustkorbs wird eine fuchsschwanzartige Struktur sichtbar.“
 - b) ein altes *susto*: „Beim Eröffnen des Brustkorbs stehen die Organe wie ein abstehendes Schweineohr hervor.“
- *daño*: „hochgelegene Lage der Leber.“; „Die Hautinnenseite zeigt Strukturen, wie sich kreuzende und verwachsene Bindfäden.“
- *gentil*: „Nach Entfernen der Haut vom Kopf des Meerschweinchen fällt eine Färbung auf, vereinzelt blutige Flecken.“

An die Diagnosestellung schließt sich die jeweils geeignete Behandlung an, die je nach Krankheitsbild aus einer Pflanzenbehandlung, einem anderen Tier- bzw. Heilritual besteht (A1: „...y según lo que se ve (en el cuy) se cura con cría, hierbas etc.“ : „...und je nach dem, was man im Inneren des Meerschweinchens sieht, heilt man mit Tieren, Pflanzen ...“).

Des Weiteren dient das Meerschweinchenritual zur Therapie von Krankheiten.

Die Krankheitsenergie wird auf das Meerschweinchen übertragen. Dadurch kommt es unter anderem zur Linderung von Schmerzen, welche häufig mit Krankheiten in Verbindung gebracht werden (A4: „Se dice que pasando el cuy se quita el mal del enfermo, saca el dolor.“: „Es heißt, dass das Abreiben mit dem Meerschweinchen das Schlechte aus dem Körper entzieht, es nimmt den Schmerz.“).

Bei eigenen Beobachtungen des Meerschweinchenrituals (s.u.) versuchte Humberto Llata Duran (A7) die gefundenen Veränderungen im Inneren des Tieres, sowie auf der Hautinnenseite zu beseitigen. Er ging davon aus, dass sich diese „Säuberung“ auf die inneren Organe des Patienten überträgt und den Patient somit von seinen Leiden befreit.

Eine weitere Therapie mit Hilfe des Meerschweinchens, welche ausschließlich zur Behandlung von kulturspezifischen Krankheiten angewandt wird, ist das so genannte *transcambio* (s. Kap. 7.1.9: Traditionelle Krankheitsbilder).

Nach Aussagen der befragten *curanderos* erkennt der Heiler bei der Inspektion des Meerschweinchens, ob es sich um eine im Anfangsstadium, eine wie sie sagen „frische Krankheit“ handelt oder ob sie bereits länger andauert. Diese Feststellung, die immer in Verbindung mit der vom Patienten berichteten Krankengeschichte zu sehen ist, bietet dem Heiler die Möglichkeit, etwas über die Behandelbarkeit des Kranken sagen zu können, eine Art Prognose zu stellen (A1: „Se ve si la enfermedad es para curar o está muy avanzada.“: Man sieht, ob die Krankheit zu behandeln ist oder ob sie schon sehr weit fortgeschritten ist. ; A4: „...con el cuy se ve todo siempre y cuando sea a tiempo.“: „...mit dem Meerschweinchen sieht man alles und ob es noch rechtzeitig ist...“). Je jünger die Krankheit ist, so die Ausführungen, desto eher sieht sich der Heiler in der Lage, dem Patienten zu helfen.

Die Inspektion des Meerschweinchens kann schließlich auch etwas über die Wirksamkeit, d.h. über den Erfolg einer Behandlung aussagen. Neben dem besseren Befinden des Patienten ändern sich, nach Aussagen der *curanderos*, ebenfalls die während der Krankheit gefundenen Auffälligkeiten bei der Inspektion des Tieres. So werden mehrere Reinigungsrituale an verschiedenen Tagen durchgeführt. Die Veränderungen im Innern des Tieres nehmen immer weiter ab, bis sie bei völliger Genesung des Patienten letztlich fehlen werden.

Durchführung des Meerschweinchenrituals

Vor der Durchführung eines Meerschweinchenrituals sind im Vorfeld einige Regeln zu beachten, die von der Laienbevölkerung und vor allem von den *curanderos* der Region Lahuaytambo für eine erfolgreiche Ausführung beschrieben werden:

Bei dem Meerschweinchen, welches meist von Familienangehörigen des Patienten zum Ritual mitgebracht wird, muss es sich um ein junges Tier handeln. Es darf niemals ein altes Tier sein, da sonst altersbedingte Veränderungen des Tieres bei der späteren Begutachtung gegebenenfalls falsch gedeutet werden können. Ob es sich bei dem ausgewählten Tier um ein männliches oder weibliches Tier handeln muss, war nicht von Bedeutung zu sein (B16). Es gibt ebenfalls keine Präferenzen bezüglich Farbauswahl, wie in anderen Arbeiten (SCHUPP 1991, p.52-53) beschrieben wird.

Weitere Hilfsmittel, welche gemeinsam auf einen kleinen Tisch zusammengestellt werden, sind:

Zeitungspapier (als Unterlage beim Sezieren), eine Rasierklinge (zum Öffnen des Meerschweinchens), eine Kerze, mehrere Zigaretten, mindestens eine halbe Flasche Pisco (peruanischer Traubentrester), einen kleinen Metallspieß und vereinzelt einige Coca-Blätter. Bis auf den Metallspieß, den der *curandero* mitbringt, müssen alle anderen Gegenstände vom Patienten bzw. Angehörigen gestellt werden.

Als Ort, an dem das Ritual stattfindet, wurde sowohl von den Heilern (A1, A4, A7) als auch von der Laienbevölkerung (B32, B16 etc.) das Haus oder die Wohnung des Patienten genannt. Bei der Auswahl der Wochentage zeigte sich eine Bevorzugung des Dienstags und Freitags (A1, A4, B32). Sie werden von den Heilern als „Tage mit spezieller spiritueller Bedeutung“ bevorzugt (B32: „...dias buenos son martes y Viernes (dias buenos para las brujos).“: „...gute Tage sind der Dienstag und Freitag (gute Tage für die *curanderos*.“). Als günstigste Tageszeit für die Durchführung gilt der Abend mit Beginn des Rituals gegen 22 Uhr.

Bevor der Heiler mit dem Ritual beginnt, trinkt er einige Schlücke aus der Flasche mit Pisco, raucht eine Zigarette und kaut einige Coca- Blätter. Dies soll ihn, neben der eigenen Stärkung vor dem Übergang des „Schlechten des Erkrankten“ auf ihn selber schützen (B16: „...eso lo hace para tener fuerza para no le entre el mal del enfermo.“). Der Heiler beginnt nun das Meerschweinchen über den Körper des im Bett liegenden Kranken zu reiben. Vom Kopf ausgehend wird der komplette Körper in kreisenden Bewegungen abgerieben. Dieser Vorgang dauert so lange an, bis das Meerschweinchen von selber am Körper des Patienten stirbt (A4). Das Sterben des Meerschweinchens kündigt sich dabei durch Urinieren, Abgang von Kot, sowie Körperzittern des Tieres an (B32). Es wird sehr unterschiedlich beschrieben, wie lange es dauert bis das Tier stirbt, das heißt, wie lange es dauert, bis das „Übel des Patienten“ auf das Tier übergegangen ist. Die Zeitspanne wird mit dem Schweregrad der Krankheit in Verbindung gebracht. Handelt es sich um einen starken, schwerwiegenden Zustand, so kann es passieren, dass das Meerschweinchen bereits nach wenigen Minuten stirbt (A1). Als eher normal wird eine Stunde beschrieben (A1, A4). In Einzelfällen kann es sich bis zu drei bis vier Stunden hinziehen (A4).

Nach dem Tod des Meerschweinchens wird es zum Abkühlen etwa eine halbe Stunde auf den vorbereiteten Seziertisch gelegt (A4, B32), bevor es schließlich mit der Rasierklinge von der Hals- über die Bauchregion bis zu den Genitalien der Länge nach aufgetrennt und inspiziert wird. Es wird nun mit Hilfe des Metallstabs (A7, A4) die Innenseite der Haut, alle Organe sowie alles Andere auf eventuelle Auffälligkeiten, d.h. Abweichungen von der „Norm“ untersucht, aus deren Interpretation sich Krankheitsursachen ablesen lassen.

Zu der Frage, was nach dem Meerschweinchenritual mit dem Tierkadaver passiert, gibt es unterschiedliche Aussagen. Unterscheidungsmerkmale sind hier teilweise die Art der Krankheit. Zum einen wird davon berichtet, dass alle Eingeweide verbrannt werden oder der Kadaver an den Hund bzw. Schweine verfüttert wird (A2). Bei bestimmten Krankheiten wird das Tier an der Örtlichkeit begraben, die in direkter Verbindung mit dem Entstehen der Krankheit gebracht werden (A2). Die meisten Befragten berichten, es würde an die Hausschweine verfüttert. Vorher werden die inspizierten Eingeweide dem Körper des Tieres wieder beigefügt.

Das Ritual wird im Allgemeinen auf den darauf folgenden Tagen mindestens dreimal wiederholt (A1), eine Zeremonie pro Tag, abhängig von dem Verlauf der Krankheit.

Das Meerschweinchenritual aus eigener Beobachtungen

(Curandero: (A7) Humberto Llata Duran aus dem Dorf Sunicancha)

Der 32-jährige Raul Chuquisana hatte seit mehreren Tagen starke Flankenschmerzen. Er konnte nicht mehr zur Arbeit auf die Felder gehen und lag warm angekleidet im Bett.



Abb. 7.7: Patient in seiner Wohnung

Als Raul eines Morgens fast schwarzen Urin ließ, befand die Familie, dass man Llata Durán, den Heiler aus Lahuaytambo rufen müsse. Die Bewohner des Dorfes bezeichnen ihn als ihren *curandero*. Er selbst nennt sich Messias. Die Verwandten berichten aufgeregt die Vorgeschichte der Erkrankung. Dann bereitet Messias den Krankenbesuch vor: Er verstaut seine Hilfsmittel in einem kleinen Säckchen und eilt zum Haus des kranken Raul. Der beschwerliche Weg durch das unwegsame Gelände der Anden dauert drei Stunden.

Der Patient scheint in einem schlechten Zustand zu sein und Messias entschließt sich rasch, ein Meerschweinchenritual durchzuführen. Das hierzu benötigte lebende Meerschweinchen hat er vorsichtshalber selber mitgebracht. Zuerst breitet der *curandero* seinen Arbeitstisch (span.: *mesa*) vor, auf dem er seine Hilfsmittel bereitlegt: eine Kerze, ein Metallspieß, eine Flasche Pisco, einige Coca-Blätter sowie eine Rasierklinge.

Durch das Abreiben des Körpers des Patienten mit dem Meerschweinchen tritt eine erste Linderung ein. Dem Patienten werden die schlimmsten Schmerzen genommen. Das Ritual dient aber vor einem diagnostischen Zweck: Die Erkennung der Krankheitsursache.



Abb. 7.8: Vorbereitung zum Meerschweinchenritual

Während sich der Patient entkleidet, zündet sich der *curandero* eine Zigarette an, kaut ein paar Coca-Blätter und pustet dreimal den Rauch über den Patienten. Danach besprenkelt er ihn mit dem Alkohol. Noch ist nicht eindeutig klar, ob die Erkrankung von bösen Geistern ausgelöst wurde. Wäre dies der Fall, so sollen Alkohol und Zigarettenrauch den Heiler vor Ansteckung schützen. „Das Kauen der Coca-Blätter stärkt außerdem meine Abwehrkräfte“, erklärt der Heiler. Er reibt nun das Tier über den gesamten Körper des Patienten.



Abb. 7.9: Abreiben des Patienten

Immer wieder murmelt er Gebete, bis letztlich das Tier an dem Körper des Patienten verstirbt, was vom Heiler als gutes Zeichen gedeutet wird. Die schlechte Energie sei nun vollständig auf das Tier übergegangen. Das Tier wird auf dem vorbereiteten Tisch ausgebreitet und mit der Rasierklinge ausgehend von der Genitalregion bis zum Hals der Länge nach aufgeschnitten. Die Suche nach der eigentlichen Krankheitsursache beginnt.



Abb. 7.10: Sektion des Meerschweinchens

In einem Patientengespräch erläutert der Heiler dem Patienten jede Auffälligkeit.



Abb. 7.11: Suche nach der Krankheitsursache im Innern des Meerschweinchens

Immer wieder entnimmt der Heiler ein Stück Fettgewebe, welches sich an den Organen befindet und verbrennt es über der im Dunkeln des Raumes flackernden Kerze. Er erläutert dem Patienten: „Es ist wichtig, wie das Fett verbrennt. Hierdurch sehen wir, ob es sich eher um eine normale Krankheit oder um Hexerei handelt. Verbrennt das Fett in einer sprühenden, grünen Flamme, so haben wir es mit bösen Geistern zu tun“. Doch nichts dergleichen passiert. Der Heiler inspiziert jedes Organ und befragt gleichzeitig den Patienten. Da die Gallenblase groß ist, schließt er auf einen cholerischen Charakterzug des Patienten. Auch die Verhärtung der Leber des Meerschweinchens fällt auf und führt zu der Frage, ob der Patient viel Alkohol trinke. In der Tat. Raul kann diese Frage nicht verneinen. Messias findet nun noch eine Verknotung am Mageneingang des Meerschweinchens und die Frage nach immer wieder auftretendem, saurem Aufstoßen wird bejaht. Schließlich entdeckt er auf den beiden Nieren des Tieres weiße Flecken und deutet diese als Grund für eine Infektion der Nieren. Diese ist letztendlich die Ursache für die Flankenschmerzen. Die Flecken werden sorgfältig entfernt und das Tier gewissenhaft zugenäht. Das Ritual ist beendet.

Aus seinem Beutel entnimmt der *curandero* Heilkräuter und erklärt dem Patienten, wie er diese in der nächsten Zeit als Tee zubereiten und zu sich nehmen soll. Das Meerschweinchen aber, das die Krankheitsenergie in sich trägt, wird weitab vom Dorf vergraben, an einer Stelle, an der es keinen Schaden mehr anrichten kann. Um zu verhindern, dass die Energie wieder entweichen kann, ordnet der Heiler an, die oberste Schicht kurz unterhalb der Oberfläche mit Eisenstangen und mit Steinen zu sichern.

Transcambio

Mit dem Heilritual des *transcambio* beschreiben die im Distrikt befragten Informanten ein Ritual, welches bei allen in der Region vorkommenden kulturspezifischen Krankheiten seine Anwendung findet. Jedem *transcambio* geht im Vorfeld ein Reinigungsritual mit einem Meerschweinchen voraus, welches die Diagnose sichern soll und damit richtungweisend für die Art des jeweilig erforderlichen *transcambios* ist. Bei der Durchführung wird der Patient, ähnlich wie bei dem Meerschweinchenritual mit einem Tier am ganzen Körper abgerieben. Hierbei werden, neben dem Meerschweinchen auch andere Tiere wie Katzen, Hühner und Hunde verwendet. Die Auswahl des geeigneten Tieres hängt von der Krankheit und ihrem Schweregrad ab. Sie soll im Zusammenhang mit anderen Besonderheiten der unterschiedlichen *transcambios* (s.u.) erläutert werden.

Im Gegensatz zum Abreiben beim Meerschweinchenritual, bei dem das Tier am Körper des Patienten stirbt, bleibt es beim Abreiben während des *transcambios* am Leben. Durch den Kontakt zum Körper des Patienten repräsentiert es diesen im späteren Verlauf des Rituals. Das Tier wird im übertragenen Sinne den übernatürlichen Mächten, die für bestimmte Krankheiten verantwortlich gemacht werden, zum Tausch angeboten. Der eigentliche Austausch (span.: *transcambio*) beschreibt den zweiten Teil des Heilrituals. Gegen Mitternacht suchen mindestens zwei bis drei Personen (B32) den Ort auf, der mit der Krankheitsentstehung in Verbindung gebracht wird (B32). An dieser Stelle wird ein etwa ein Meter tiefes Erdloch ausgehoben. Daneben wird ein Opfertisch bereitet, der mit Geschenken (Coca-Blätter, Pisco, Mais, Zigaretten...) gedeckt wird (A3: „...se hace la intención haciendo una mesita con licor, coca, cigarro...“: „...macht man einen Versuch mit Likör, Coca, Zigaretten.“). Vor der sich nun anschließenden Opfergabe wird mit lautstarker Stimme den übernatürlichen Mächten die Absicht des nächtlichen Zeremoniells dargelegt. Schließlich wird dem lebenden Tier die Halsschlagader angeschnitten und das Blut in Form einer Opfergabe auf den Boden verteilt. Zusammen mit den vorbereiteten Geschenken wird das Tier im Erdloch vergraben und die übernatürlichen Mächte im Gegenzug um die Genesung des Patienten gebeten.

Hühnereitritual

Das Hühnereitritual ist neben der Reinigung mit dem Meerschweinchen ein weiteres bekanntes und wichtiges Heilritual in der Region Lahuaytambo.

Schon bei den Hebräern, Ägyptern, Phöniziern und den Römern wurde dem Ei eine magische Bedeutung zugemessen (FILLIPETTI/TROTTEREAU 1979, p.290). Hierbei berichten verschiedene Völker in Mythen über das Ei als Entstehungsquelle des Universums (NEWALL 1971, p.2, 35). Auch in peruanischen Schöpfungsmythen spielt das Ei eine besondere Rolle. „In der altperuanischen Mythologie geht etwa Paricaca, die Stammesgottheit eines kleinen, eher unbekanntes Gebirgsstammes, in fünfmaliger Gestalt aus fünf Eiern hervor. Ein anderer altperuanischer Mythos weiß von drei vom Himmel fallenden Eiern zu berichten. Diese Eier, ein Goldenes, aus dem die männlichen Mitglieder des Adels hervorkommen, ein Silbernes, dem die adeligen Frauen entspringen, und ein Kupfernes, welches das gemeine Volk in sich birgt, sollen zugleich mit der Schaffung der Menschheit die Gliederung der Gesellschaft in verschiedene soziale Schichten als gottgewollt erklären.“ (VOSSEN/KELM/DIETZE 1987, p. 14). Neben der Besonderheit in der Schöpfungsgeschichte spielt das Ei weiter in Opfergabe-, Abwehr- und Heilritualen europäischer Länder, sowie als Diagnose und Therapiemittel in Lateinamerika eine wichtige Rolle (SCHUPP 1991, p.10-11). In mittel- und südamerikanischen Ländern wird in Mexiko (GREIFELD 1985a, p.124; MEDINA CÁRDENAS 1979, p.25), in Guatemala (ADAMS 1952, p.61), in Ecuador (ESTRELLA

1978, p.128, 133, 145; MAC LEE 1987, p.1149, 1151), in Kolumbien (FAUST 1983, p.91, 260) und in Peru von dem Hühnereiritual berichtet.

In Peru wird das Ei sowohl in der Küstenregion als auch im Andenhochland zur Diagnose und zur Therapie von Krankheiten verwendet. Hierzu finden sich Informationen aus verschiedenen Untersuchungen, die SCHUPP (1991) nach den unterschiedlichen geographischen Regionen zusammenfasst (s. Anhang 11.2).

Ähnlich wie beim Meerschweinchenritual wird auch dem Ei während des „Reinigungsrituals mit dem Ei“ (span.: limpio con huevo) die Eigenschaft nachgesagt, dass die Krankheit des Patienten auf das Ei übergeht. Es handelt sich bevorzugter Weise um ein Hühnerei (A1), welches stets frisch sein muss (A1: „...de hoy o como máximo de ayer.“: „...von heute oder höchstens von gestern.“). Das Hühnerei habe dabei eine geringere Kraft als das Meerschweinchen, die Krankheitsenergie aufzunehmen und durch Veränderungen im Inneren dem Heiler bei der Suche z.B. nach der Krankheitsursache zu helfen. Diese Tatsache gilt als Grund dafür, dass das Reinigungsritual mit dem Hühnerei meist nur bei Babys und Kleinkindern angewandt wird (A1). Falls jedoch kein Meerschweinchen zur Hand ist, lässt sich jedoch ebenfalls das Eiritual bei Erwachsenen durchführen (A7).

Mit dem Hühnereiritual werden somit zwei Ziele verfolgt. Zum einen dient es der Therapie von Krankheiten durch Resorption in das Ei. Es können auf diese Weise z.B. Schmerzsymptome gelindert werden (A7). Zum anderen werden nach dem Abreiben des Patienten bei der anschließenden Inspektion der Eimasse Krankheitsursachen aufgedeckt. Das Ei wird, ähnlich wie bei dem Meerschweinchenritual, in kreisenden Bewegungen über den Körper des Patienten gestrichen. Während des Rituals spricht der Heiler Gebete (A1, B10). Nach dem Abreiben des Körpers wird das Ei in ein halb mit Wasser gefülltes Glas geschlagen.

Folgende kulturspezifischen Krankheiten können anhand der veränderten Eimasse erkannt werden:

- ***Susto***

Beim *susto* kommt es zu typischen Veränderungen des Eiklars. Humberto Llata Duran (A7) beschreibt kleine Punkte, die sich im Eiklar zeigen. Das Aussehen soll einem Sternenhimmel ähneln. Eine andere Erscheinungsform, die auf ein *susto* deutet, ist eine Schlierenbildung im Eiweiß, die in Ihrem Aussehen mit einer Wolke beschrieben wird (A7). Diese wiederum sei mit einem stabförmigen Gebilde durchzogen, die in ihrer Form mit einem Säbel oder einem Schwert verglichen wird (A7). In einer anderen Beschreibung (B16) zeigt die Schlierenbildung die Form einer Bergkette.

- ***Mal aire***

A7: „Das Eigelb weist an seiner Oberfläche Flecken auf, vergleichbar mit Schmutzflecken.“ Laut Florian Solano Manco (A6) lässt sich im Eiklar erkennen, ob eine männliche oder eine weibliche Person als Auslöser der Krankheit in Frage kommt. Die bereits oben angesprochene Schlierenbildung im Eiklar lässt entweder einen Rock (Zeichen für eine Frau) oder die Form einer Hose (Zeichen für einen Mann) erkennen. Im Anschluss an die Diagnosenstellung zerschneidet er das Eigelb mit einer Schere in Form eines Kreuzes. Eine andere Informantin (A4) beschreibt in diesem Zusammenhang das Eigelb mit einem in der Mitte befindlichen weißem Fleck, welches einem Auge ähnelt.

Eine andere Ausführung zum *mal aire* lautet: „Das *mal aire* zeigt sich durch eine Ausbildung von Gebilden im Eiklar in Form von Stecknadeln. Die Stecknadelköpfe kommen dabei unten im Glas zu liegen, mit den Nadeln nach oben gerichtet (A6).“

Krankheiten durch Kälte:

B8: „Das Eiklar zeige einen Bodensatz im Glas, wobei es selber durch gleichmäßige Schlieren gekennzeichnet ist, die in seinem Aussehen Nebel ähneln.“

Krankheiten durch Neid oder Hexerei:

B8: „Das an den Boden des Glases abgesunkene Eigelb zeigt eine fadenförmige Verbindung bis an die Oberfläche des Wassers.“

- ***Daño***

A7/A6: Nach den Ausführungen zweier Informanten kommt es bei einem *daño* zu einer Vermischung verschiedener oben beschriebener Veränderungen: Das Eigelb zeigt die vom *mal ojo* beschriebenen schmutzartigen Flecken und eine dem Rauch ähnlich sehende Schlierenbildung. Des Weiteren ist an der Oberfläche des Eigelbs ein weißlicher Punkt zu erkennen.

7.1.8 Weitere Arten der Diagnostik

Das Meerschweinchenritual und das Hühnereiritual werden hauptsächlich mit den als übernatürlich zu bezeichnenden Krankheiten (*otros males*, span.: andere (kulturspezifische) Krankheiten), wie: *daño*, *susto*, *maligno*, *mal aire*, *mal ojo* in Zusammenhang gebracht.

Eine andere Gruppe von Krankheiten wird von den Heilern als „körperliche Krankheiten“ (span.: *enfermedades físicas*) beschrieben. Sie haben einen „natürlichen“ Ursprung. Für ihre Diagnose nutzen die Heiler neben den oben genannten Diagnosemitteln die Urinschau und die Pulsdiagnose:

Urinschau

Zur Urinuntersuchung sammelt der Patient diesen entweder in einem möglichst klaren Becher oder einer Getränkeflasche. Die Heiler schließen aus der Farbe, dem Geruch und durch die eventuell auftretenden Bodensätze auf bestimmte Krankheiten: Eine dunkle Farbe des Urins (dunkel gelb A5) deutet auf viel innere Wärme hin. Diese wird mit kalten Heilpflanzen, wie *yanten* behandelt wird (A1). Bei einer Dunkelfärbung des Urins ähnlich der Farbe von Kaffee sowie ein zusätzlicher Bodensatz handelt es sich um eine Krankheit durch Kälte (A2) wie z.B. Bronchitis (A3). In diesem Fall hilft z.B. Tee von aufgekochten Zwiebelscheiben (A3). Ein mit Blut vermischter Urin deutet auf ein *aire a la madre* hin. In diesem Fall hält man ein Meerschweinchenritual ab und macht einen Umschlag mit den Pflanzen: *shutanco*, *carga viento*, *millay*, *alosená*, *chingua* und *morede*. Diese werden gekocht und mit Mandel- oder mit Eukalyptusöl vermischt. Mit diesem Gemisch reibt man den Bauch des Patienten ein und umwickelt ihn mit warmen Tüchern, eventuell mit Kinderwindeln bis zum nächsten Tag (A3).

Pulsdiagnose

Bei der Pulsdiagnose tastet der Untersucher, meist der Heiler den Puls der Arteria radialis am distalen Radiuskopf des Patienten. Die Wichtigkeit dieser Hilfsmethode wird von den befragten Heilern unterschiedlich bewertet. Es wird zum einen die Stärke des Pulses, zum anderen die Schnelligkeit, sowie die Rhythmik überprüft. Für alle befragten Heiler spricht ein vor allem schneller Pulsschlag für eine mit Fieber einhergehende Erkrankung. Es wird teilweise ein schneller Pulsschlag mit Fieber gleichgesetzt (A4: „Pulso rápido es de fiebre, de calor, como la gripe.“ „Schneller Puls heißt Fieber aufgrund von Wärme, wie z.B. bei einer Grippe.“).

Insgesamt wird ein Zusammenhang zwischen „warmen Krankheiten“ und einem schnellen Puls dargestellt. Ein eher schwacher Puls zeigt ein Schwinden der Lebensenergie an, der Patient liegt eventuell bereits im Sterben (A2: „... pulso es suavísimo. Eso es cuando está agonizando, casi a morir.“: „... der Puls ist sehr schwach. Dies zeigt den Kampf mit dem Tod, er (der Patient) stirbt.“).

Von den befragten Heilern ist Floran Solan Manco (A6) derjenige, der dem Ertasten des Pulses die größte Bedeutung beimisst. Für ihn ist das Ertasten des Pulses vor allen weiteren Maßnahmen durchzuführen, um zunächst die Persönlichkeit des Patienten einschätzen zu können. Nach seinen Angaben gibt es Personen mit eher erhitztem (warmen) Gemüt, so genannte „warme Personen“ (span.: *personas cálidas*) und solche mit eher ruhiger, kühler Persönlichkeit sogenannte „kalte Personen“ (span.: *personas frías*). Um letztlich das Ungleichgewicht der betroffenen Person wieder herzustellen, d.h. die Person zu heilen, ist es wichtig den Charaktertyp des Patienten im Vorfeld herauszufinden. Hiervon hängt zum Beispiel der Einsatz bestimmter Heilpflanzen ab. So dürfen Personen mit eher „warmem Charakter“ nur mit „kalten Pflanzen“ behandelt werden und umgekehrt. (s. Anhang 11.3)

Für die Diagnoseerhebung sind unabhängig von der Art der Krankheit folgende Randbedingungen wichtig:

Patientengespräch

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt sind für die Erhebung der Krankheitsursache neben den Symptomen vor allem auch die äußeren Umstände, sowie Ereignisse, die zusammen mit dem Entstehen der Krankheit gesehen werden müssen, von großer Bedeutung. So stellt der *curandero* zum Beispiel Fragen nach Orten, die in den letzten Tagen vor Krankheitsbeginn aufgesucht wurden (A1), nach Betätigungen, Nahrung und Getränken, wie lange die Krankheit bereits andauert sowie nach der emotionalen Verfassung des Patienten (A1). Bei der Diagnosestellung ist bedeutend, dass der Patient dem Heiler meistens über längere Zeit bekannt ist und dies bei der Beurteilung der einzelnen Sachverhalte des Gesprächs von Nutzen ist.

Körperliche Untersuchung

Die Ergebnisse der Heilerbefragung zeigen, dass ausgenommen von einem der befragten Heiler (A6) keiner eine körperliche Untersuchung bei dem Patient vornimmt (Ergebnisse Frage A22). Sie beschränkten sich vielmehr auf die Inspektion des Körpers des Patienten. Hierbei ist es nicht immer üblich, dass der Patient sich entkleidet. Ebenfalls ist zu erwähnen, dass die Inspektion bei sehr schlechten Lichtverhältnissen, meist nur bei Kerzenlicht durchgeführt wird.

7.1.9 Traditionelle Krankheitsbilder

Als kulturspezifische Krankheiten sollen diejenigen Krankheiten bezeichnen werden, die nach Angaben der Interviewpartner überwiegend durch überlieferte Vorstellungen der andinen Medizin ihren Ursprung haben und bei denen übernatürliche Ursachen eine übergeordnete Rolle spielt. Es handelt sich nicht immer um klar definierte Symptome, deren Gemeinsamkeit ein Krankheitssyndrom ausmachen. Es gibt große individuelle und regionale, also intrakulturelle Unterschiede. Krankheiten werden weniger durch Symptome, als vielmehr durch Krankheitsursachen beschrieben. Häufig ist nach Meinung der Bevölkerung gerade die fehlende konkrete Zuordnung bestimmter Symptome zu einer Krankheit ein Zeichen dafür, dass es sich eher um eine kulturspezifische Krankheitsdiagnose handelt. Es werden häufig Ereignisse, die vor oder mit dem Krankheitsbeginn einhergegangen sind, mit der Krankheit direkt in Verbindung gesetzt. Es sind zum Großteil jene Krankheiten, weswegen der medizinische Laie den Heiler aufsucht. 71,6% der Krankheiten, die nach Meinung der Befragten durch den Heiler behandelt werden, sind kulturspezifische Krankheitsbilder. Bei den übrigen 29,3% handelt sich um Krankheiten, die im Allgemeinen häufiger vorkommen.

Bei den vom *curandero* behandelten kulturspezifischen Krankheiten handelt es sich um folgende Krankheitsbilder:

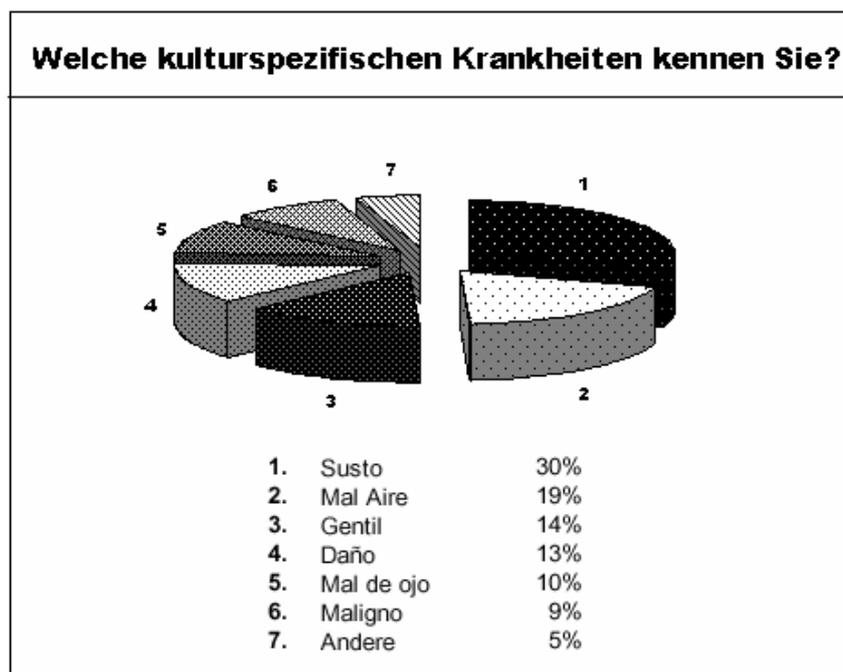


Abb. 7.12: Häufigkeit kulturspezifische Krankheiten

Im Folgenden sollen die fünf häufigsten kulturspezifischen Krankheitsdiagnosen im Distrikt Lahuaytambo beschrieben werden:

1. **susto**

Susto ist eine in Lateinamerika weit verbreitete kulturspezifische Krankheit. HARGOUS (1976) beschreibt *susto* als „...Krankheit, die wohl die meist verbreitete auf dem hohen Andenplateau ist.“ (HARGOUS 1976, p.55). *Susto* ist im Distrikt Lahuaytambo ebenfalls die häufigste und wohl bekannteste kulturspezifische Krankheit.

Aus teils mythologischer Überlieferung (s. SAL Y ROSAS 1958, Jani-Mythos) geht die Vorstellung der andinen Bevölkerung hervor, dass die menschliche Existenz aus zwei Teilen besteht. Zum einen die körperliche Hülle des Menschen und zum anderen seiner Seele, seinem Geist. HOLZAPFEL (1983) unterscheidet die zuletzt genannten Begriffe wie folgt: „Der *espíritu* ist der Lebensgeist oder die Lebensenergie und ist etwas, das sich im Menschen befindet und sich von seinem Körper trennen kann und dann in ihn zurückgeführt werden muss. Im Körper anwesend ermöglicht der *espíritu* dem Menschen Leben, Aktionsfähigkeit und Gesundheit. Er unterscheidet sich wahrscheinlich von der Seele der *alma*, die einen Menschen vor seinem Tod aufgrund der eigenen Todesahnung verlässt...“ (HOLZAPFEL 1983). Im dualistischen Denkprinzip der Andenbevölkerung (s. Kap. 7.2: Dualismus im Weltbild der Anden) werden die beiden Teile Körper und Geist/Seele zwar als getrennt verstanden, müssen jedoch für die Gesundheit des Menschen im Gleichgewicht zueinander stehen. Ist dies nicht gegeben, führt dies zur Erkrankung der betroffenen Person. HINOSTROZA (1988, p.32) nennt in diesem Zusammenhang ein emotionales Ungleichgewicht, welches er als Grund für die Entstehung des *susto* vermutet.

Die Interviewpartner sehen in diesem Zusammenhang nun die Aufgabe, möglichst schnell das verlorengegangene Gleichgewicht wieder herzustellen, den Patienten zu heilen (A2: „... se debe curar siempre al principio.“; „... man muss stets schnell behandeln.“; A1: „... si no se

cura al tiempo te puede durar años.“: „... wenn man nicht zeitig behandelt, kann es (die Krankheit) Jahre dauern.“).

In der untersuchten Gruppe wird allgemein die Entstehung eines *susto* wie folgt beschrieben: Es handelt sich um einen Seelenverlust ausgelöst durch eine starkes Schreckerlebnis (span. *asustar*: erschrecken). Es wird angenommen, dass sich hierdurch der Körper von seiner Seele trennt. Die Gründe, die zum Auslösen eines Schreckmoments führen, können unterschiedlich sein. So werden Unfälle, Stürze, Wunden (A1, A2, A3) sowie Wasserkontakt (B14) als Ursachen genannt.

Andere Autoren sprechen in diesem Zusammenhang des Weiteren von Ahnengräbern, die ein „*susto de los gentiles*“ auslösen können (HARGOUS 1976, p.56). Nach unserer Erfahrung im Felde zählen Krankheiten, die durch Gebeine der Ahnen ausgelöst werden, eher zum Bereich der kulturspezifischen Krankheiten des *mal aire*.

Neben dem Seelenverlust durch Erschrecken unterscheidet SAL Y ROSAS (1958), STEIN (1977), FRISANCHO (1978) und HAHOLD (1986) des Weiteren eine Beteiligung der Erdmutter *pachamama*, die sich der Seele des Patienten bemächtigen (STEIN: „...Hunger der *pachamama*.“; FRISANCHO: „Festgehalten durch die Erde“). HAHOLD (1986) sieht durch die Ergebnisse einer Arbeit in der Provinz Espinar (Department Cusco, Peru) eine von GREIFELD (1985b) aufgestellte These bestätigt, nach der zwei verschiedene Konzepte des *susto* mangels sprachlichen Verständnisses und differenzierter Ausdrucksweise verschmolzen sind. Diese These findet sich im Distrikt Lahuaytambo nicht bestätigt. Dem Entstehen des *susto* und der ursächliche Seelenverlust wird immer im Zusammenhang mit einem Schreckerlebnis beschrieben.

SAL Y ROSAS (1970) spricht von *susto* ohne *susto*, mit dem alle Arten des *susto* angesprochen werden, die ohne Schreckerlebnis ausgelöst werden.

Andere Ursachen des *susto*, die keine Verbindung zu einem Seelenverlust haben, sind:

- SAL Y ROSAS (1958, p.198): Eine durch eine Angstsituation entstandene Geistesstörung im Zusammenhang mit organischen Störungen bei Unterernährung.
- GILLIN (1956, p.157): Erkrankung durch nicht Erfüllen sozialer Normen.
- CAYCHO (1981): Ein Schock bewirkt durch kulturspezifische Glaubensvorstellung, klimatische Umstände und ein nicht völlig intaktes Nervensystem.

Die Symptome oder Erscheinungsformen, durch die sich der Seelenverlust durch Erschrecken im Distrikt Lahuaytambo zeigen, sind:

Müdigkeit, Faulheit, Körperschwäche, lange andauernder Husten, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schwindel und Angstzuständen (A1, A2, A3).

Damit ähneln sie denen in der Literatur zu findenden typischen Symptomen, die dem *susto* zugeschrieben werden. Allgemein wird der Seelenverlust durch ein Erschrecken als häufigste Ursache für das Entstehen des *susto* genannt.

Es werden folgende Symptome beschrieben:
(HOHOLD 1986, p.117)

GILLIN (1947): Blässe, Verschwinden der Venen, leichtes Fieber, Überempfindlichkeit für laute Töne, Schwäche, Durchfall, gelber Urin, Depression, Schweigsamkeit, Bewusstseinstrübung

SIMMONS (1955): Gewichtsverlust, Fieber, Durchfall, Schlaflosigkeit, Willenlosigkeit, Unwohlsein, Nervosität

STEIN (1977): Gewichtsverlust, Übererregbarkeit, Angst, Depression

CARLIER (1981): Appetitlosigkeit, rascher Puls, Schlaflosigkeit, kalter Schweiß,

bei Frauen: Blutungen, bei Kindern: nächtliches Aufschrecken und Weinen

MORALES (1982): Gewichtsverlust, Fieber, nächtliches Zittern und Durchfall

HOLZAPFEL (1983): Kopfschmerzen, Unwohlsein, Erschöpfung, Blässe, Appetitlosigkeit, Durchfall, Erbrechen, Fieber, Zittern, Atemnot, Schwindel, Angst, Lustlosigkeit

SCHIEFENHÖVEL (1983): Schwäche, Blässe, Inappetenz, Übelkeit, Erbrechen, Magenkrämpfe, Durchfall, Fieber, Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Depression, bei Kindern: Unruhe, Weinen

ROSE (1983): psychische Unruhe, Schlaflosigkeit, Nervosität, Arbeitsunlust, Aufschrecken in der Nacht, Weinen (bei Kindern), in der Schwangerschaft: Gefahr des Aborts, beim Stillen: Übertragung auf das Kind

HAHOLD (1986): Kopfschmerzen, geistige Abwesenheit bis Bewusstlosigkeit, Wesensveränderung, Appetitlosigkeit, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Gewichtsverlust, unregelmäßiger Puls, unruhiger Schlaf Zittern, Kinder : nächtliches Aufschrecken, Schreien, Weinen; außerdem: Knochenbrüche, Zerrungen, Nasenbluten, Fieber, Konjunktivitis, Hautflecken

- **Behandlung des susto**

Als Ziel wird die Rückführung der verloren gegangenen Seele in den Körper des Patienten beschrieben. Es wird des Öfteren von den befragten Heilern (A1, A2) betont, dass es wichtig sei, ein *susto* möglichst schnell zu erkennen und dementsprechend früh mit der Behandlung anzufangen (A2: „...si está el asuste pasado, ya no se puede curar ...“: „...wenn es ein fortgeschrittener *susto* ist, kann man nicht mehr behandeln...“).

Die Behandlung des Patienten in Form der Rückführung seiner Seele des Patienten sieht als Behandlungsform ein Heilritual eines *transcambio* vor (s. Kap. 7.1.7: Heilrituale).

Eine Besonderheit des *transcambio* in diesem Fall ist das durchzuführende *llamar al espíritu* (span.: Rufen des Geistes):

Der *curandero* sucht, nachdem er den Patienten mit dem Meerschweinchen abgerieben hat, begleitet von mindestens zwei Personen die Stelle auf, von der man glaubt, an der die Seele verloren ging. Es wird vermutet, dass die Seele sich immer noch an dieser Stelle oder der Umgebung aufhält und umherirrt (A2, A3, B32). Neben den üblichen Geschenken wie Coca-Blättern, Pisco, Mais oder Zucker hat der Heiler eine möglichst persönliche Sache des Patienten bei sich. Es handelt sich um Gegenstände, die der Patient gerne mag. Dabei kann es sich z.B. um die Lieblingsspeise des Patienten, um Blumen oder bei Kindern um Spielzeug (B32) handeln. Es wird von einem an *susto* erkranktem Musiker berichtet, bei dessen Heilritual eine ganze Musikkapelle dem Ritual beiwohnte (A3).

Es wird auf diese Weise versucht, die verloren gegangene Seele anzulocken, so dass sie in den Körper des Patienten zurückkehrt. Der Heiler ruft den Namen des Patienten und hält die mitgebrachten Gegenstände in die Luft und schreitet umher (A2). Dieses so genannte *llamar al espíritu* muss ungefähr gegen 11 bis 12 Uhr in der Nacht vollzogen werden (A1). Der *curandero* wartet nun auf ein Zeichen, welches ihm zeigt, dass die Seele anwesend ist (A3, A1, A5). Als Zeichen werden unter anderem vorbeikommende Tiere wie ein Hund, Fuchs oder Vögel oder im Wind rauschende Bäume (A3) genannt, welche die Anwesenheit des *espíritu* ankündigen (B32: „...el espíritu contesta.“: „...die Seele antwortet.“; A3: „Cuando escuchas ruidos, arboles, animales ya sabes que esta viniendo el espíritu.“: „Wenn man Geräusche, wie Bäume oder Tiere hört, weiß man, dass die Seele anwesend ist.“).

Clementina Ramirez (A3) unterscheidet nach Art der Geräusche, ob es sich um einen guten oder schlechten Geist handelt. Ein schlechter mache sich durch Geräusche eines Fuchses oder durch das Erscheinen eines Kondors bemerkbar, welche den Heiler angreifen will. Diese Erscheinung entspräche nicht der verloren gegangenen Seele des Patienten sondern anderer, umherirrender Lebensgeister (A3). Im Falle eines nicht heilbaren *sustos* macht sich dies durch Schwellungen am Körper des Patienten bemerkbar. Auch hier wird der *espíritu* des Patienten angerufen, dessen Erscheinung jedoch den Patienten töten soll, um ihn von seinen Leiden zu befreien (A2, A3).

In den meisten Beschreibungen (A3, A1, A2, B32) werden singende Vögel als Präsenz der Seele des Patienten verstanden. Diese wird nun mit lauter Stimme aufgefordert, zum Patienten zurückzukehren (A3: „...tienes que decir: Ya regresa a tu casa, por tu culpa estoy acá.“: „... muss man sagen: Nun kehre endlich nach Hause zurück, wegen dir bin ich hier.“). Der Heiler begibt sich nun auf den Weg zurück zum Haus des Patienten. Er platziert die Gegenstände (Spielzeug, Blumen, Lieblingsspeisen etc.) neben dem schlafenden Patienten, um der Seele den Weg zu weisen. Der Patient muss während der ganzen Zeit des Rituals von Familienangehörigen zu Hause beobachtet werden um sicherzustellen, dass dieser zur Zeit des Rituals schläft. Als Grund nennen mehrere Informanten (A1, A2, A3, A5, B32 etc.), dass die Seele nur im Traum in die zugehörige Person zurückkehren kann. Der am nächsten Tag befragte Patient berichtet bei erfolgreicher Behandlung von Träumen, die dem *curandero*, durch ihre Deutung sagen, ob die Rückführung der Seele erfolgt ist oder nicht (A3: „Por eso, según sueña o converzamos con el paciente, sabes si entró o no.“: „ Nach dem, was der Patient geträumt oder worüber wir uns unterhalten haben, weiß man, ob er (der Geist) zurückgekehrt ist.“; B32 : „...al otro día la familia le pregunta que soñó.“: „ ...am nächsten Tag wird von der Familie gefragt, was er (der Patient) geträumt habe.“).

Ob das gesamte Ritual wiederholt wird, hängt vor allem von der Traumdeutung des *curanderos* ab. Normalerweise sind drei bis fünf Wiederholungen des Rituals zur vollständigen Behandlung notwendig. In zwei Fällen (A3, B32) wird berichtet, dass es effektiver sei, das Rufen der Geister ohne Wissen des Patienten durchzuführen. Der Patient sei weniger nervös, würde zur erforderlichen Zeit besser schlafen und vor allem die Traumdeutung sei aussagekräftiger (A3, B32). Clementina Ramirez (A3) nennt dieses Vorgehen im Zusammenhang von einem schwierig zu heilenden *susto*, einem so genannten *cerreo*. Um das über den Patienten geriebene Tier, welches neben der Opfertgabe die Person repräsentieren soll, zu ersetzen, wird getragene Kleidung des Patienten verwendet. Diese wird nach dem Anrufen der Seele wieder neben den schlafenden Patienten zurückgelegt. Gleiches gilt für die Heilung des *susto* bei Kindern (A6).

Wird vermutet, dass die Seele endgültig in den Körper des Patienten zurückgekehrt ist, wird ein letztes Mal der Körper mit einem Meerschweinchen abgerieben. Die sich vorher gezeigten Merkmale, Veränderungen im Innern des Tieres sind verschwunden, der Patient ist geheilt. Es schließt sich ferner eine Behandlung mit Pflanzen an, welche die Symptome des *susto* lindern sollen.

2. mal aire

Bei der Krankheit *mal aire* handelt es sich nach dem *susto* um die zweithäufigste kulturspezifische Krankheit im Distrikt Lahuaytambo. Neben dem Ausdruck *mal aire* (span.: schlechter Wind) findet man die Bezeichnung *mal viento* (HAHOLD 1986, p.105) oder aus dem Quechua kommend *huayara* (HARGOUS 1976).

Das *mal aire* wird im Distrikt Lahuaytambo durch zwei verschiedene Bereiche von Symptomen beschrieben. Zum einen handelt sich um jene Krankheiten neurologischen Erscheinungsbildern:

- herunterhängender Mundwinkel (A2, A5, B32)

- halbseitig gelähmtes Gesicht (A1, A2)
- gekrümmter Hals (B32, B10 A7)
- Arm-/Bein-Schwellungen (B16, B10)
- Augenschiefstand (A5)
- Ohrenprobleme/Ohrenschmerzen (A5)

Als weitere Symptome werden allgemeines Unwohlsein des Körpers, Hautbeteiligungen (B32) sowie undefinierbare Schmerzen genannt (B10).

Andere, in Verbindung mit dem *mal aire* stehende Krankheiten sind jene, die ihre Ursache in kalten Umweltbedingungen haben.

Es lassen sich bei den Erklärungen zur Entstehung zwei verschiedenen Konzepte unterscheiden:

- ***mal aire* „natürlicher“ Herkunft:**

Es wird der „kalte Wind“ genannt (B16), der durch seine Eigenschaften den Körper einer Person auskühlt und somit zur Erkrankung führt. Es wird vor allem die Gefahr beschrieben, wenn bei anstrengender Arbeit der Körper plötzlich z.B. durch eine Arbeitspause dem kalten Wind in den Bergen ausgesetzt wird (B16: „Te choca en el campo, el cuerpo se descompone.“: „Auf dem Feld wird dein Körper geschockt, er wird in Unordnung gebracht.“). Die Ursache der Erkrankung wird hier als natürliche, klimatische Ursache beschrieben.

Die Therapie besteht in einer Behandlung mit Pflanzen (s. Tab. 7.1.1: Heilpflanzen der Region). Hierbei steht neben der Freisetzung von Wirkstoffen der wärmende Effekt durch Dampfbädern oder Tees im Vordergrund.

- ***mal aire* mit „übernatürlicher“ Herkunft:**

Eine andere Form des *mal aire* findet ihren Hintergrund in der Mythologie:

Es sind schlecht riechende Winde. Luftzüge, die aus Felsspalten austreten und denen krankheitsauslösende Wirkung nachgesagt wird (B32). Dabei handelt es sich am ehesten um Gase (Antimon), die aus unterirdischen Mineralvorkommen freigesetzt werden und Krankheiten verursachen (B32: „Tal vez el aire malo viene del antimonio de los minerales...“).

HINOSTROZA (1988, p.25) fand bei seiner Untersuchung in der Provinz Cangallo im Department Apurímac (Peru) den gleichen Interpretationsansatz für die vermeintlich schlechten Winde, die der Erde entweichen. Zugleich ergänzt er, dass ein solcher naturwissenschaftlicher Interpretationsansatz den meisten Andenbewohnern verborgen bleibt. Er beschreibt vielmehr, dass der Andenbewohner die Erdspalten und Risse der heiligen Berge als *boca de la montaña sagrada* (span.: Mund der heiligen Berge; HINOSTROZA 1988, p.25) versteht, durch den die Berggottheit Suyu, dem HINOSTROZA im Krankheitsverständnis der Andenbevölkerung eine hervorzuhebende Rolle zuweist, atmet und Wasser spendet.

Clementina Ramirez (A3) beschreibt in diesem Zusammenhang das *aire maligno del suelo* (span.: schlechter Wind aus dem Erdboden). Eine ähnliche Erklärung nennt Adela Bernal de Rosado (B10) („... el suelo lo sacó...“: „...der Boden hat es ausgelöst...“); „enfermedad del suelo“: „Krankheit des Erdbodens.“).

Als Erscheinungsbild des *mal aire* beschreibt Clementina Ramirez eine auf dem Feld auftretende, halbseitige Lähmung des ganzen Körpers in Verbindung mit einem Kollaps der betroffenen Person. Ausgelöst wird dieser Zustand durch einen „schlechten Wind aus dem Erdreich“. Als Therapie schlägt sie ein schnell durchzuführendes *transcambio* (s. Kap. 7.1: Heilrituale) mit einem Hund oder einem schwarzen Hahn vor, dem sich eine Pflanzenbehandlung anschließt.

Bei dieser Beschreibung handelt es sich um eine lediglich etwas andere Vorstellung des *mal aire*, die von verschiedenen Informanten als *mal aire de los gentiles* beschrieben wird (A5, A7, B10, B9, B8).

mal aire de los gentiles

Zum besseren Verständnis dieser Krankheitsvorstellung sind Informationen zum Ursprung und mythologischen Hintergrund notwendig:

In der andinen Vorstellung gelten Ruhestätten der Ahnen, zu denen vor allem Ruinen, Höhlen sowie bekannte Grabstätten der Vorfahren zählen als zu meidende Orte. „Das Ahnengrab ist kein Ort der Andacht oder der Erinnerung, an die vergangene Existenz. Es ist vielmehr eine lebende, emotionale Ladung, eine mit aktiver Kraft versehene Materie, eine Energie, die jegliche Entweihung oder Bedrohung aus nicht lebenden Kreisen zurückweist.“ (HARGOUS 1976, p.77).

Sollte man sich dennoch an solchen Orten aufhalten, so sind bestimmte Maßregeln einzuhalten (HINOSTROZA 1988, p.29). So sind z.B. Geschenke zu reichen (z.B. Coca-Blätter, Essen, Getränke oder Getreide). Auf keinen Fall dürfen Gegenstände, wie Tongefäße verwendet werden. Der Aufenthalt soll einzig der Erhaltung der Grabstätten bzw. „Wohnungen der Ahnen“ (HINOSTROZA 1988, p.29) dienen. Sonst ist das Mitglied der Bauerngemeinschaft dazu angehalten diese Gegenden zu meiden, vor allem zu „schlechten Uhrzeiten“, alleine oder nachts. Ein Grund für diese Maßregeln sieht HINOSTROZA in der Ehrfurcht, der Respekterweisung der Totenruhe. Daneben spielt die Angst vor dem Tag der Auferstehung der Ahnen eine bedeutende Rolle. Diese Furcht basiert auf einer mündlichen Überlieferungen von Legenden und Mythen, deren wohl bekannteste in diesem Zusammenhang die des *nina para* (Quechua: Regen des Feuers) ist. Danach hat es vor der spanischen Eroberung eine Zeit gegeben, die durch Untugenden wie Geiz, Faulheit, Unehrllichkeit und Respektlosigkeit sowohl Kindern als auch alten Menschen gegenüber gekennzeichnet war. Aus Zorn und Unverständnis hierüber schickte schließlich der Sonnengott einen Regen aus Feuer (*nina para*) auf die Erde, der die Mehrheit des Lebens auslöschte und sogar jene, die sich in Höhlen versteckten, tötete. Lediglich einige auserwählte Oberhäupter und „gute“ Menschen überlebten und bildeten nunmehr einen neuen Anfang zur Bevölkerung der Erde. Diese lebten fortan in Angst vor dem Tag der Rückkehr der Ahnen. (Zusammenfassung und Übersetzung nach einer Beschreibung des Mythos „nina para“ HINOSTROZA 1988, p.29).

Das Nicht-Beachten der geforderten Verhaltensregeln der Ruhestätten der Ahnen gilt als Grund für die Entstehung des *mal aire de los gentiles*.

Es sind von den Gebeinen der Ahnen geschickte, krankmachende Winde, welche die oben genannten Erscheinungsformen haben.

Nachfolgend einige Beschreibungen des *mal aire de los gentiles* durch die Bevölkerung im Befragungsgebiet:

Originaltext auf Spanisch

Deutsche Übersetzung

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Nos choca el aire cuando vamos donde los gentiles, ...“ (B10) ▪ „Aire te dá por ir o dormir en lugares, sabiendo que son lugares malos (ruinas, chulpas) donde hay enterrados huesos de los gentiles (antiguos o antepasados que vivian hace 300 o 400 años). Han | <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Die Winde ergreifen uns, wenn wir die Grabstätten aufsuchen.“ ▪ „Man bekommt die Krankheit <i>aire</i>, wenn man an die Orte geht oder an ihnen schläft, von denen man weiß, dass sie schlecht sind (z.B. Ruinen), wo die Gebeine der Vorfahren liegen, die dort bereits seit 300 oder 400 Jahren |
|---|---|

muerto antes bautizarse. Esos huesos hacen mal.“ (A5/A7)

wohnen. Es sind meist Tote, die nicht getauft sind. Dies bringt Schlechtes.“

- “Esos huesos hacen daño y dan un *mal aire*.“ (B8/B9)
- „Diese Knochen bringen Unheil und bewirken das *mal aire*.“

HARGOUS (1976, p.74) unterteilt die durch *mal aire de los gentiles* bewirkten Krankheiten in ihrer Ausführung zum „Mythos der Winde“ in vier pathogene *huayas* (Quechua: Wind) entsprechend ihrer Erscheinungsform:

- *shullo-huaya* : Hauterkrankungen, Nesselausschläge
- *husnu-huaya* : Dermatosen, Ausschläge, impétigos
- *kecho-huaya* : Löst Starrkrämpfe, Querschnittslähmungen, Hexenschüsse und Nervenerkrankungen mit schneller und tödlicher Entwicklung aus
- *aya-huayra* : Ursprung von Epilepsie-Anfällen

Diagnosestellung und Therapie des mal aire

Zur Diagnosestellung wird zunächst immer ein Meerschweinchenritual geführt (A4). Eine Unterscheidung bei der Inspektion des Meerschweinchens, ob es sich um ein *mal aire* natürlicher oder übernatürlicher Herkunft handelt wurde nicht beschrieben. Hierzu dient vielmehr die Beschreibung der Krankengeschichte des Patienten.

Als Behandlung dient zum einen ein *transcambio*, welches mit einem schwarzen Huhn (A5, B8), einem Meerschweinchen, einer schwarzen Katze oder mit einem neugeborenen Tier (B25) durchgeführt wird. Die Opfergabe erfolgt jeweils an der Stelle, an der die Krankheit ausgelöst wurde.

Die Behandlungsform des *mal aire de los gentiles* besteht aus Heilritualen, bei denen die knöchernen Überreste der Ahnen verwand werden, die für die Entstehung der Krankheiten verantwortlich gemacht werden. Es wird versucht, durch die Zeremonien den Ahnen näher zu kommen und ihnen erneut Respekt auszudrücken.

Das eigentliche Ritual wird unterschiedlich beschrieben:
(Kerninformanten: A5, A6, B15, B10, B15, B25)

Floran Solan Manco (A6) steht zur Behandlung des *mal aire de los gentiles* ein Totemschädel zur Verfügung, der bereits im Besitz seines Vaters war. Diesen reibt er, ähnlich einem Reinigungsritual über den Körper des Patienten. Zusätzlich verwendet er knöcherne Überreste von Grabstätten, um eine Masse zu bereiten, mit der er den Patienten einreibt. Hierzu werden die Knochen zu Pulver zermahlen und mit Pflanzen (*cevada*, *cargaviento*, *quinua* und Mais) sowie ein wenig Pisco und Salz vermischt.

Führt dies nicht zur Besserung der Symptome, so bereitet er aus Gewürzen und den gemahlten Knochen eine Art Suppe, die der Patient trinkt.

Eine weitere Möglichkeit der Behandlung mit Knochen beschreibt Lilia Belén Pumaiauli (B15) mit der Drohung den Ahnen gegenüber, deren Totenruhe vorsätzlich zu stören. Der Patient wird zunächst mit den Gebeinen der Ahnen abgerieben. Mit diesen begibt sich die das Heilritual durchführende Person an einen Fluss. Die Ahnen werden dort aufgefordert den Erkrankten in Ruhe zu lassen, da man sonst die mitgebrachten Gebeine in der Nähe des Flusses festbinden würde, um die Totenruhe durch das Getöse des Wassers weiterhin zu stören (B15).

3. gentil

Bei Auswertung der unterschiedlichen kulturspezifischen Krankheiten fanden sich bei der Krankheit *gentil* eine Übereinstimmung mit der oben beschriebenen Krankheit *mal aire de los gentiles*. Nähere Erklärungen des Krankheitsbilds finden sich dort.

4. daño

Bei *daño* handelt es sich um eine Krankheit, die laut allen Befragten mit Hexerei in Verbindung gebracht wird. Im Unterschied zum *curandero*, der um das Wohl und die Genesung von Menschen bemüht ist, gibt es so genannte *brujos* (span.: Hexer), deren Ziel es ist, bestimmten Personen einen Schadenszauber zuzufügen. Ihnen wird ein Bund mit dem Teufel nachgesagt (B32: „Brujos son personas que trabajan con espíritus malos.“: „Hexer sind Personen, die mit bösen Geistern zusammen arbeiten.“). Dabei sind Personen, die anderen ein Unheil, ein *daño* (span.; Schaden) zufügen wollen, die beauftragenden Personen. Die Idee dieses Zaubers war bereits in der Inkazeit bekannt. Es werden Kröten, Frösche oder Tiertalkpuppen mit Nadeln durchstoßen oder verbrannt. „So wie der Frosch litt und zugrunde ging bzw. die Figur aus Talg verbrennt, sollte der Mensch, dem man schaden will, leiden und sterben.“(GAREIS 1987, p.346).

Das *daño* ist der Bevölkerung im Distrikt Lahuaytambo bekannt, kommt jedoch nach eigenen Angaben nur selten vor (B32: „Aquí casi no hay daño.“: „Hier gibt es fast kein *daño*.“).

Es wird von einer Frau im benachbarten Distrikt erzählt, die sich mit Hexerei beschäftigt hatte bevor sie vor einigen Jahren starb. Hexenmeister des *daño* seien mehr im nördlichen Peru anzutreffen (B6, B32, B26). Auch in der Literatur finden sich hierfür Hinweise (CALDERON/SHARON 1978).

Das wichtigste Motiv, einer anderen Person einen Schadenszauber auferlegen zu wollen, ist Neid. Hierbei wird Konkurrenz zwischen Personen als Grund genannt. So berichtet ein Kaufmann davon, seinem Konkurrenten zur Verschlechterung seines Geschäfts und Verbesserung des seinigen ein *daño* zu schicken (B10: „Todo es a base de daño. Si quiero tener más negocio, al de la competencia les hago daño.“: „Alles wird durch das *daño* bestimmt. Wenn ich mir ein besseres Geschäft wünsche, dann verhängen ich meinem Konkurrenten ein *daño*.“). Als anderer Grund für Neid wird mehr Landbesitz (B16) oder allgemein ein höherer Lebensstandard genannt. Weswegen ebenfalls versucht wird, einen Schadenszauber zu verhängen, ist Rachsucht aus einer enttäuschten Liebe. In einem Beispiel wurde von den Eltern eines nach einer Partnerschaftstrennung verzweiferten Mädchens berichtet. Diese versuchten dem ehemaligen Partner ihrer Tochter durch Hexerei Schaden in Form eines *daño* zuzufügen (B15). Selbst unter Familienangehörigen kommt es zum Verhängen eines solchen Schadenszaubers (B8).

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, wie der Hexer den Schadenszauber über eine Person verhängen kann. So wird Friedhofserde eine im Sinne des *daño* krankmachende Wirkung zugesprochen. Diese wird der Zielperson in ein Getränk beigemischt (B6). Bei solch direkter Einwirkung sei das Ziel, die Person zu töten (B6). Andere Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von einem *daño por la boca* (span.: *daño* durch den Mund). Neben zerstoßenen oder zermahlenden Totenknochen sowie Tierexkrementen werden schädliche Substanzen aus giftigen Pflanzen der Person durch die Nahrung oder Getränke gereicht (GIESE 1987, p.21; GIESE 1983, p.19; VALDIVA PONCE 1964, p.75; FRINSACHO 1978, p.30; VALDIZAN/MALDONADO 1922 I, p.144). Zum anderen gelten Photos mit Abbild der zu verhexenden Person als Hilfsmittel. Adela Bernal de Rosado (B9) beschreibt den Versuch von jungen Männern, die sich die Liebe einer Frau erzwingen wollten. Hierfür bedienten sie sich Photos der Angebeteten, in die sie immer wieder Stecknadeln stachen (B10: „Yo ví, cuando trabajaba en una fábrica, que a las fotografías de las jóvenes, les clavaban alfileres

para que las quieran a la buena o a la mala.“: „Als ich in einer Fabrik arbeitete sah ich, wie sie die Fotos der jungen Frauen aufhingen und mit Stecknadeln durchstießen, damit sie die jungen Männer lieben; ob im Guten oder im Bösen.“). Andere Anwendungen von Photos der Zielperson nennen FRINSACHO (1978, p.31; 1986, p.30) und GIESE (1987, p.19).

Außerdem findet die Kleidung der Zielperson ihren Einsatz. Sie wird in Form eines Leichnams aufgebahrt, um die man, wie bei einem Totenritual, Kerzen aufgestellt. So soll eine Krankheit bei der Person ausgelöst werden (B10: „ Mi sobrino le dió la ropa a la chica para que la lave y ya no se la devolvío. Para hacer el *daño* la ropa la velan como si fuera un difunto, le prenden velas.“: „Mein Neffe gab seine Wäsche dieser Frau mit unter dem Vorwand, sie zu waschen, aber er bekam sie nie zurück. Um das *daño* zu verhängen, bahrte sie die Wäsche auf und zündete Kerzen an, als ob es ein Leichnam wäre.“). Bei einer anderen Art der Anwendung von Kleidung wird diese zu einer Puppe geformt, in die dann Nadeln gestochen werden, wodurch ein *daño* ausgelöst wird (B25: „ ... dicen que la brujería se hace cogiendo alguna ropa de la persona, se hace un muñeco con eso y se hinca con muchos alfileres, al tiempo le llega el daño a la persona.“).

GIESE (1983, p.20) beschreibt, dass bei der Anfertigung derartiger Puppen außerdem Haare und Fingernägel der Zielperson verwendet werden. Andere Autoren berichten von Puppen aus Holz oder Wachs (CHIAPPE COSTA 1984, p.5; VALDIZAN/MOLDONADO 1922, I p.132-136, 146).

Durch das gezielte Setzen von Nadelstichen können bestimmte Körperteile von einem *daño* betroffen werden (B15). Es gibt unter anderem *daño* des Blickes, der Füße oder des Kopfes. Es äußert sich in Schmerzsymptomen der einzelnen Organe.

Im Allgemeinen wird nicht gläubigen oder schwachen Menschen, sowohl physischer als auch psychischer Natur nachgesagt, dass sie schneller durch einen Schadenszauber heimgesucht werden können (B10: „ ...si no tienes fé, te hace más daño.“: „ ...wenn man nicht glaubt, kann dich das *daño* mehr treffen.“; B32: „ ...si alguien tiene un caracter fuerte el *daño* no te puede agarrar tanto.“: „ ...wenn man einen starken Charakter, kann das *daño* einem nicht so viel anhaben.“). Auch Kinder sind schneller beeinflussbar.

Die Symptome, durch die sich das *daño* äußert, werden mit einem zuerst aufkommenden Schwächegefühl beschrieben. Neben den oben genannten speziellen Schmerzsymptomen der einzelnen Organe nennt HOLZAPFEL (1983) anormale Handlungsabsichten, Geistesgestörtheit, nächtliche innere Unruhe, Traurigkeit um 14 Uhr, schreckliche Träume, Herzschmerzen, Gehirnschmerzen, Knochenschmerzen, chronische Erkrankungen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Energieverlust sowie ökonomische Probleme, wie z.B. Erkrankungen des Viehs als Erscheinungsformen des *daño*.

Möglichkeiten der Behandlung des daño

Der Kern der Behandlung besteht in einem Meerschweinchenritual. Nach bereits beschriebenem Zeremoniell wird ein Meerschweinchen über den Körper des Patienten gerieben und anschließend inspiziert. Durch die gefundenen Merkmale im Innern des Tieres bestätigt sich dann der Verdacht eines verhängten Schadenszaubers. Im Anschluss an die Zeremonie wird das Meerschweinchen nicht, wie bei anderen Ritualen dem Hausschwein zum Fraß vorgeworfen oder vergraben. In Falle des *daño* müssen während der Inspektion des Meerschweinchens betroffenen Teile oder Organe über einer Kerze verbrannt werden (A2, A5, B10, B15). Vorher werden sie in kleine Stücke geschnitten (A2). Die übrig bleibende Körperhülle des Tieres wird mit Kerosin übergossen und verbrannt. Das Ritual wird zwei- bis dreimal wiederholt, bis sich bei der Inspektion des Meerschweinchens keine Krankheitszeichen mehr nachweisen lassen.

Des Weiteren werden zur Behandlung sieben verschiedene Stoffbeutelchen mit unterschiedlichem Inhalt verwendet. Sie werden an unterschiedlichen Tagen, jeweils in der Nacht zum Abreiben des Patienten verwandt, jeweils ein Beutel pro Nacht. Sie dienen dazu, das Übel aus dem Körper des Patienten herauszuziehen, zu absorbieren. Die einzelnen Beutel enthalten: kleine Flussteine, Friedhofserde, Limetten, Brot, Kartoffeln, Oca (eine andine Knollenfrucht) und jungfräuliche, das heißt noch unberührte bis weilen unkultivierte Erde, die den Göttern zugewiesen ist. Die genannten Lebensmittel sollen nicht von Familienangehörigen der betroffenen Person, sondern von Nachbarn stammen (A2). Mit jedem einzelnen Inhalt der Beutel wird nach dem Abreiben unterschiedlich verfahren:

Das Brot wird klein gerieben und in einen Fluss geworfen, damit das Übel möglichst weit fort getragen wird. Ebenso wird mit der jungfräulichen Erde verfahren. Der Saft der Limetten wird ausgedrückt und auf dem Feld verteilt. Die vom Friedhof entnommene Erde wird nach Abreiben des Patienten wieder an ihren Platz zurückgebracht. Beide Knollengewächse (Kartoffel, Oca) werden verbrannt und ihre Asche auf den Feldern verstreut. Die Flussteine werden an einem nicht näher beschriebenen Ort in einer Bergregion vergraben (A2, B10, B16).

5. mal de ojo / mal vista

Bei der Krankheit *mal de ojo* (span.: Schlechtes durch einen Blick) oder *mal vista* (span.: schlechter Blick) handelt es sich um eine Krankheit, die vor allem bei schwachen Menschen und bei denjenigen mit labilem Charakter vorkommt (B32). Kinder und Babys werden für besonders anfällig gehalten (B32, A3). Die Krankheit entsteht durch einen vorsätzlichen, oft neidvollen oder hasserfüllten (B32), zuweilen aber lediglich sehr eindringlichen Blick. Personen, die auf diese Weise Krankheiten auslösen können wird, ein äußerst starker Blick und Temperament nachgesagt (A3). Erwachsenen mit genügender Charakterstärke erkranken normalerweise nicht (B32).

Als Symptome werden beschrieben:

allgemeine Körperschwäche, Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Appetitlosigkeit, Fieber, Unruhe, Schlaflosigkeit.

Möglichkeiten der Behandlung des *mal de ojo*:

Clementina Ramirez (A3) nennt das Hühnereiritual als wichtigste Heilmethode bei Kindern und Babys. Nach dem Abreiben des Körpers mit einem Hühnerei, wird dieses nach Diagnosestellung in einem Wasserglas in Form eines Kreuzes zerschnitten. Um das Übel möglichst weit von der betroffenen Person zu entfernen, wird das Ei in einen Fluss ausgegossen, der im übertragenen Sinn die Krankheitsursache fortträgt. Der Patient wird so geheilt.

Eine andere Behandlung sieht vor, dass das betroffene Baby seinen eigenen Urin trinkt (B23). Im Krankheitsfall bei Erwachsenen reicht die absorbierende Kraft des Hühnereis nicht aus, um ihn mit Hilfe eines Eis zu heilen. Es wird ferner ein Meerschweinchenritual durchgeführt, welches neben Bestätigung der Diagnose nach oben beschriebenem Ritual als Opfergabe dargeboten wird.

6. *maligno*

Cecilio Zavaleta Evangelista (A1) beschreibt die Krankheit *maligno* als einen Zustand einer Person, welcher durch eine versessene Liebe zu einer anderen Person entsteht. Das Gefühl ist so stark, das die erkrankte Person an nichts anderes mehr denken und nicht mehr in Ruhe seinem normalen Lebensrhythmus nachkommen kann. So kommt es zu Verwirrheitszuständen, visuellen und akustischen Halluzinationen, der Patient hat Fieber und scheint nicht mehr er selber zu sein. Er wirkt allgemein stark wesensverändert. Als Grund nennt er eine Besessenheit von bösen Geistern, vom Teufel.

Als mögliche Therapie rät er zu einem *transcambio*-Ritual mit einem Hund, einer Katze oder einem schwarzen Hahn. Während des Abreibens des Patienten befindet sich dieser gefesselt auf seinem Bett. Bevor das Tier als Opfer dargeboten und vergraben wird, versuchen die dem Ritual bewohnen Personen (mindestens drei Personen und ein Heiler) die bösen Geister, von denen der Patient befallen ist, zu erschrecken und sie zu vertreiben. Mit dem Aufeinanderschlagen von metallenen Gegenständen versuchen die Heiler die Ruhe der Geister zu stören. Nach Versenken des teils noch lebenden Tieres mit verschiedenen Geschenken in einem Erdloch wird dieses zugeschüttet. Neben der beim *transcambio* beschriebenen Opfergabe als Tausch gegen die Seele des Patienten wird hier zusätzlich symbolisch das Böse, der böse Geist, mit seinem Einfluss auf den Patient zu Grabe getragen. Damit dieser nicht erneut der Erde entweichen kann und erneut Besitz von dem Patienten ergreifen, wird das Erdloch an der Erdoberfläche zusätzlich mit Steinen und Eisenstangen befestigt und so gesichert (A1).

Bei einer anderen Form des *maligno* werden ebenfalls böse Geister oder der Teufel dafür verantwortlich gemacht. Durch die Inbesitznahme der Seele einer Person wird eine Krankheit ausgelöst. Florian Solano Manco (A6) nennt in diesem Zusammenhang besonders gefährliche, schlechte Orte (A6: „...malas chacras.“: „...schlechte Felder.“) und bestimmte Tageszeiten (B16: „...se ve amarillo el cielo y dicen que a esa hora sale el demonio y nos quiere lograr.“: „... beim Abendrot während des Sonnenuntergang.“), an dem das Erscheinen und der Befall von bösen Geistern bzw. des Teufels am wahrscheinlichsten ist.

In einer anderen Beschreibung versucht sich der Teufel im Traum seines Opfers zu bemächtigen (B16). Es sind bestimmte, meist abgelegene Orte, an denen solche Erscheinungen während eines Traumes gehäuft vorkommen.

Für die Therapie ist wichtig, dass sie möglichst früh begonnen wird, da sonst keine Heilung mehr möglich sei und der Patient stirbt (B16). Die Heilung besteht aus dem Abreiben des Körpers mit Wasser und leicht verfault riechendem Schlamm aus nahe gelegenen, als übernatürlich geltenden Quellen. Diese Masse wird mit Erde vermengt, die genau von dem Ort stammen muss, die mit der Erscheinung bzw. Inbesitznahme durch den Teufel in Verbindung gebracht wird (B15).

Irma Bernales (B17) beschreibt die oben genannten Wasserquellen als Orte mit übernatürlicher Wirkung. Personen, die hier schlafen, sprechen öfters von Alpträumen mit Teufelerscheinungen. Hilga Figueroa Rosado (B26) berichtet von im Traum vorkommenden Erscheinungen, welche die Personen mit ihrem Namen anrufen, was sich jedoch als akustische Täuschung herausstellt. Eine ebenfalls mit einer Teufelerscheinung erklärte Vision. Domiciano Ramirez Evangelista (32) legt in seiner Beschreibung des *maligno* Wert auf die offensichtliche Persönlichkeitsveränderung des Betroffenen. Hierbei stellt er vor allem die sprachlichen Auffälligkeiten bzw. allgemeinen Verhaltensveränderungen der betroffenen Person heraus (B32). Einen sich im Traum zugetragenen körperlichen Kontakt mit dem Teufel macht er für die Entstehung des *maligno* verantwortlich.

Originaltext auf Spanisch**Deutsche Übersetzung**

- ”Por ejemplo se hace un transcambio cuando te quedas dormido en el campo, por los cerros. En sueños alguien te dá un lapo (golpe con la mano) en la cara, brazo o en cualquier parte del cuerpo. La persona se despierta, no sabiendo si fué verdad o sueño. Pasan dos o tres dias y se empieza a sentir mal. Entonces se dice que a esta persona la tocó el demonio. Sí no se le cura a tiempo empieza a alocarse, habla cosas raras, parece borracho. Aquí se debe hacer un transcambio con perro o gato...” (B32)
- „Man führt zum Beispiel ein Transcambio durch, wenn man auf dem Feld in den Bergen eingeschlafen ist. Im Traum schlägt dich jemand ins Gesicht, gegen deinen Arm oder andere Teile des Körpers. Die Person wird dann wach und weiß nicht, ob alles ein Traum war oder die Realität. Nach einigen Tagen beginnt dann die Person sich schlecht zu fühlen. Man sagt dann, die Person sei vom Teufel befallen, er habe sie berührt. Wenn man nicht bald behandelt, beginnt die Person verrückt zu werden, spricht komische Sachen und wirkt wie betrunken. An dieser Stelle muss man ein Transcambio mit einem Hund oder einer schwarzen Katze durchführen...“

Bei den drei zuletzt genannten Beschreibungen des *maligno* wird als Heilmethode ein *transcambio*-Ritual durchgeführt, bei dem zum Abreiben des Patienten ein Hund oder eine Katze verwendet wird. Im Falle der „Berührung durch den Teufel“ (B32) wird der Bereich des Patienten, an der jeweils der Kontakt zum Patienten bestand beim Abreiben am meisten bedacht.

7.2 *Ergebnisse der Kognitionsforschung*

7.2.1 Anatomieverständnis

Das Anatomieverständnis wurde nicht nur durch qualitative Interviews (s. Kap. 7.1), sondern auch durch systematisierte Datenerhebungen quantitativ untersucht. Hierzu wurden mit zwei Kartensets aus jeweils 30 anatomischen und 60 Krankheitsbegriffen Ähnlichkeitsdaten erhoben. Zuerst wurden die anatomischen Begriffe und später die Krankheitsbegriffe vor den Probanden ausgebreitet und die Aufgabe gestellt, ähnliche und verwandte Begriffe in gemeinsame Gruppen (Kartenstapel) zusammenzulegen (s. Kap. 6.6).

Dreiecksmatrix

Die Theorie der Methode ist in Kapitel fünf beschrieben. In der praktischen Durchführung wurden im ersten Schritt die Rohdaten der Ähnlichkeitsdaten aller Probanden mittels SPSS-Programm in eine Dreiecksmatrix überführt. Anhand dieser lassen sich absolute Häufigkeiten wiedergeben, die es dem Betrachter ermöglichen abzulesen, wie viele Probanden zwei Begriffe als verwandt oder ähnlich ansehen. Hierbei drücken die Zahlen in der Matrix die Anzahl der Probanden aus, die jeweils zwei Begriffe als ähnlich beschreiben.

Die Dreiecksmatrix ist so aufgebaut, dass von oben nach unten (y-Achse) und von links nach rechts (x-Achse) die von 1-30 festgelegten Stimuli hier die Körperbegriffe stehen und jeder Schnittpunkt (jede Zelle) die Häufigkeit bezeichnet, mit der die beiden Begriffe zusammengelegt als ähnlich angesehen wurden.

In der folgenden Dreiecksmatrix werden die Ergebnisse der Untersuchung aus Lahuaytambo über die höchsten (fett gedruckt) Ähnlichkeiten der anatomischen Begriffe vorgestellt.

01
33 01
30 **30** 01
 19 19 **28** 01
 10 09 09 09 01
 08 08 06 07 **35** 01
 11 12 12 13 04 03 01
 08 10 09 06 04 05 **26** 01
 08 07 09 08 18 15 04 03 01
 08 07 08 07 20 16 04 04 **39** 01
35 31 **26** 15 07 07 08 08 06 06 01
 24 32 31 19 06 07 12 12 06 06 22 01
 02 04 04 07 02 05 05 07 00 01 06 06 01
 05 05 04 04 02 02 08 10 02 01 06 04 **20** 01
 11 14 13 08 04 04 **25** **28** 04 03 09 16 08 10 01
 04 07 05 05 00 01 **25** **26** 01 02 03 10 07 10 24 01
 03 04 06 06 01 01 13 14 02 00 05 04 18 24 18 15 01
 04 05 05 07 01 00 14 14 02 03 03 06 11 14 18 18 24 01
 01 01 02 04 00 01 07 10 02 01 03 03 17 20 14 15 24 25 01
 02 03 02 02 01 02 09 16 03 04 02 04 09 12 15 17 13 21 23 01
 03 03 03 04 01 00 11 11 03 04 03 02 05 08 11 16 09 18 12 24 01
 08 08 14 **20** 11 11 07 06 08 07 09 09 20 06 07 03 10 05 09 04 02 01
 02 02 02 05 19 18 04 02 **24** **26** 02 03 02 02 01 00 01 01 00 01 02 07 01
 06 05 04 03 10 11 04 04 17 15 05 06 05 05 03 05 02 02 04 03 02 04 20 01
 02 02 02 02 03 02 06 05 03 02 02 03 07 16 05 08 08 09 08 07 06 05 05 11 01
 04 04 04 05 08 08 06 01 20 19 05 05 02 03 02 02 03 03 02 01 04 06 19 18 11 01
 07 07 04 04 03 03 02 03 09 09 09 07 08 04 02 04 04 02 04 05 02 05 12 17 15 23 01
 05 05 04 04 02 02 06 04 02 01 07 05 08 15 07 08 09 06 08 07 07 05 04 12 **30** 08 15 01
 03 03 03 03 01 03 18 21 01 02 02 05 13 18 17 **22** **21** 16 16 16 10 02 01 07 06 02 05 05 01
 02 03 03 05 01 00 16 16 01 02 03 03 14 18 19 17 **28** **20** 19 16 10 05 01 05 08 02 05 10 **26** 01

Tab. 7.4: Dreiecksmatrix der Ähnlichkeiten von anatomischen Begriffen in Lahuaytambo
 n = 42 (Laien und Heiler); höchste Ähnlichkeiten fett gedruckt

Ein Maß für Unähnlichkeit von Stimuli (hier Körperbegriffe) kann durch ein besonderes Rechenverfahren bestimmt werden, das auf der Berechnung von euklidischen Distanzen beruht. Die Distanzen werden als Distanzmatrix bei der Durchführung des ALSCAL-Programms, einem Unterprogramm des SPSS-Programms, ausgegeben. Die als äußerst unähnlich empfundenen Begriffspaare werden herausgesucht, weil man durch ihre Gegenüberstellung die grundlegenden Dimensionen der kognitiven Ordnung herausfinden kann (KOHLEN unveröffentlicht).

01
 33 01
 30 30 01
 19 19 28 01
 10 09 09 09 01
 08 08 06 07 35 01
 11 12 12 13 04 03 01
 08 10 09 06 04 05 26 01
 08 07 09 08 18 15 04 03 01
 08 07 08 07 20 16 04 04 39 01
 35 31 26 15 07 07 08 08 06 06 01
 24 32 31 19 06 07 12 12 06 06 22 01
02 04 04 07 02 05 05 07 00 01 06 06 01
 05 05 04 04 **02 02** 08 10 **02 01** 06 04 20 01
 11 14 13 08 04 04 25 28 04 03 09 16 08 10 01
 04 07 05 05 **00 01** 25 26 **01 02** 03 10 07 10 24 01
 03 04 06 06 **01 01** 13 14 02 00 05 04 18 24 18 15 01
 04 05 05 07 **01 00** 14 14 02 03 03 06 11 14 18 18 24 01
01 01 02 04 00 01 07 10 **02 01** 03 03 17 20 14 15 24 25 01
02 03 02 02 01 02 09 16 03 04 02 04 09 12 15 17 13 21 23 01
 03 03 03 04 **01 00** 11 11 03 04 03 02 05 08 11 16 09 18 12 24 01
 08 08 14 20 11 11 07 06 08 07 09 09 20 06 07 03 10 05 09 04 02 01
02 02 02 05 19 18 04 02 24 26 02 03 02 02 01 00 01 01 00 01 02 07 01
 06 05 04 03 10 11 04 04 17 15 05 06 05 05 03 05 **02 02** 04 03 **02 04** 20 01
02 02 02 02 03 02 06 05 03 **02 02** 03 07 16 05 08 08 09 08 07 06 05 05 11 01
 04 04 04 05 08 08 06 **01** 20 19 05 05 **02 03 02 02** 03 03 **02 01** 04 06 19 18 11 01
 07 07 04 04 03 03 **02 03** 09 09 09 07 08 04 **02 04 04 02 04 05 02 05** 12 17 15 23 01
 05 05 04 04 **02 02** 06 04 **02 01** 07 05 08 15 07 08 09 06 08 07 07 05 04 12 30 08 15 01
 03 03 03 03 **01 03** 18 21 **01 02 02** 05 13 18 17 22 21 16 16 16 10 **02 01** 07 06 02 05 05 01
02 03 03 05 01 00 16 16 **01 02** 03 03 14 18 19 17 28 20 19 16 10 05 01 05 08 02 05 10 26 01

Tab. 7.5: Dreiecksmatrix der Unähnlichkeiten von anatomischen Begriffen in Lahuaytambo (n = 42; Laien und Heiler); höchste Unähnlichkeiten fett gedruckt

Die häufigsten/seltensten Kombinationen von Begriffspaaren in absoluter und relativer Häufigkeit sind:

Reihenfolge der Ähnlichkeiten				Reihenfolge der Unähnlichkeiten			
	abs.	Begriffspaare	rel.		abs.	Begriffspaare	rel.
1.	39x	Fuß Bein	93%	1.	0x	Lunge Unterleib	0%
2.	35x	Gehirn Kopf	83%			Darm Arm	
		Hand Arm				Niere Arm	
3.	30x	Nerven Blutgefäße	71%			Gebärmutter Hand	
4.	28x	B.sp.drüse Leber	67%			Muskel Darm	
		Bauch Unterleib				Muskel Niere	
		Brustkorb Mund				B.sp.drüse Hand	
5.	26x	Gehirn Hals	62%	2.	1x	Lunge Fuß	2%
		Milz B.sp.drüse				Darm Hand	
		Muskel Fuß				Darm Bein	
		Darm Unterleib				Leber Arm	
6.	25x	Bauch Magen	60%			Leber Hand	
		Magen Darm				Gallenblase Arm	
7.	24x	Leber Herz	57%			Niere Kopf	
		Muskeln Bein				Niere Mund	
8.	23x	Niere Harnblase	55%			Niere Hand	

Reihenfolge der Ähnlichkeiten				Reihenfolge der Unähnlichkeiten					
	abs.	Begriffspaare		rel.		abs.	Begriffspaare		rel.
9.	22x	Milz	Darm	52%			Niere	Fuß	
		Gallenblase	Harnblase				Harnblase	Arm	
10	21x	Gallenblase	Harnblase	50%			Muskel	Magen	
		Harnblase	Gallenblase				Muskel	Leber	
		Leber	Milz				Muskel	Gallenblase	
11	20x	Rücken	Brustkorb	48%			Sehnen	Unterleib	
		Herz	Lunge				Sehnen	Harnblase	
							Blut	Fuß	
							Milz	Arm	
							Milz	Bein	
							Milz	Muskel	
							B.sp.drüse	Arm	
							B.sp.drüse	Bein	

Tab. 7.6: Reihenfolge der Ähnlichkeiten/Unähnlichkeiten

Demnach werden bei den untersuchten Personen aus Lahuaytambo die Begriffe Fuß und Bein in 93%, das Gehirn und Kopf, sowie Hand und Arm in 83% als ähnlich beschrieben. Als geringfügig weniger ähnlich zeigt sich mit 71% die Kombinationsmöglichkeit von Nerven und Blutgefäße. Die Begriffskombination Bauchspeicheldrüse und Leber, sowie Bauch und Unterleib erfolgte bei 67% der Befragten.

Nach oben erwähntem Rechenverfahren lassen sich die Unähnlichkeiten verschiedener Stimuli, hier Körperbegriffe ermitteln. So werden die Begriffe Lunge und Unterleib, Darm und Hand, Niere und Arm, Muskel und Darm, Muskel und Niere, sowie Bauchspeicheldrüse und Hand von keinem Probanden zusammengelegt, sie werden als unähnlich angesehen.

Die als äußerst unähnlich empfundenen Begriffspaare werden schließlich herausgesucht, um durch ihre Gegenüberstellung mit den als ähnlich empfundenen Begriffen die Grunddimensionen der kognitiven Ordnung herauszufinden.

Die niedrigsten Distanzen, die in der Bewertung der Probanden die größten Ähnlichkeiten wiedergeben, bestehen zwischen den Organen der Gruppe: **Niere, Bauchspeicheldrüse, Leber, Darm, Gallenblase, Herz und Uterus** sowie den Organen der Gruppe: **Hand, Arm, Muskel, Fuß und Bein**. Nach ihrer Topographie handelt es sich bei der erst genannten Gruppe um innen gelegene Organe, bei der zweiten Gruppe um außen gelegene Organe. Es zeigt sich die Dimension innen-außen, die in dieser Ethnie als erste Ordnungsdimension für Körperbegriffe angewandt wird.

Die jeweils größten Unähnlichkeiten einzelner Stimuli sind diejenigen mit hohen Distanzwerte wie zum Beispiel Niere (innen) zu Hand und Arm (außen). Bei der Überprüfung der übrigen Stimuli mit jeweils hohen Distanzwerten zeigt sich eine Übereinstimmung für die Dimension innen-außen.

In der Auswertung der Dimension, die innen-außen präsentiert, erkennt man, dass die Niere als das innerste Organ empfunden wird.

MDS - Graphik

Zur Veranschaulichung von Ähnlichkeitsdaten benutzte KOHNEN bis 1997 eine zweidimensionale Darstellungsweise mit Hilfe der computergesteuerten multidimensionalen Skalierungsmethode. Dieses Verfahren erlaubte Begriffe nach Ähnlichkeiten bzw. nach Unähnlichkeiten in räumlichen Nähen sowie Distanzen zwischen Punkten im zweidimensionalen Raum darzustellen (SIEBERT/KOHNEN 1997). Zu Beginn der Forschung vor 20 Jahren war es nur möglich, die verschiedenen Ansichten der dimensionalen Ordnung in Ausdrücken von zweidimensionaler Art vorzulegen. Bei der Auswahl MDS-Darstellung der kognitiven Ordnung von Begriffen geht KOHNEN heute nicht mehr von einem starr vorgegebenen Schema aus, sondern rotiert die dreidimensionale Darstellung mit dem Graphikmodul des SPSS-Programms. Die freie Rotation ermöglicht allerdings nun jede mögliche Darstellungsprojektion. Das bedeutet, dass Kriterien erarbeitet werden mussten, nach denen die Darstellung ausgewählt werden sollte. Diese Kriterien sind an anderer Stelle festgelegt und verkürzt heißen sie: Die Graphik sollte solange gedreht werden, bis am unteren Rand der zweidimensionalen Darstellung die Stimuli Harnblase, Uterus und Unterleib zu liegen kommen und an dem oberen Rand der Graphik Gehirn, Kopf bzw. die Kopfgruppe generell. An der linken und rechten Seite sollten die Extremitäten auf der innen-außen Achse zur Darstellung kommen. Das sind einerseits Arm, Hand, Bein, Fuß und auf der anderen Seite Begriffe wie Gallenblase, Bauchspeicheldrüse oder je nach Kultur auch das Herz. Eine solche Darstellung ist mehr oder weniger willkürlich vorgegeben und orientiert sich an der objektiven Abbildung der Körperteile, natürlich mit der Ausnahme, dass nicht Bein und Fuß nach unten (kaudal) zur Darstellung kommen, sondern die untersten Körperorgane die Harnblase, Unterleib und Uterus bilden.

Die Aufgabe besteht nun darin, die von der objektiven Wirklichkeit abweichenden Präsentationen der Organe in der zweidimensionalen Darstellung aus der MDS-Graphik herauszufinden, zu beschreiben und zu interpretieren. Die Interpretation soll durch die qualitativ erhobenen Daten hinterfragt werden. Wichtige Informationen können sich hierbei zum Beispiel aus kulturellen Einflüssen, aus religiösen Vorstellungen oder auch aus der Mythologie ergeben.

Nach dieser Methode wurden die Daten der Befragung aus dem Distrikt Lahuaytambo (Peru) ausgewertet und ergaben die folgenden Ergebnisse:

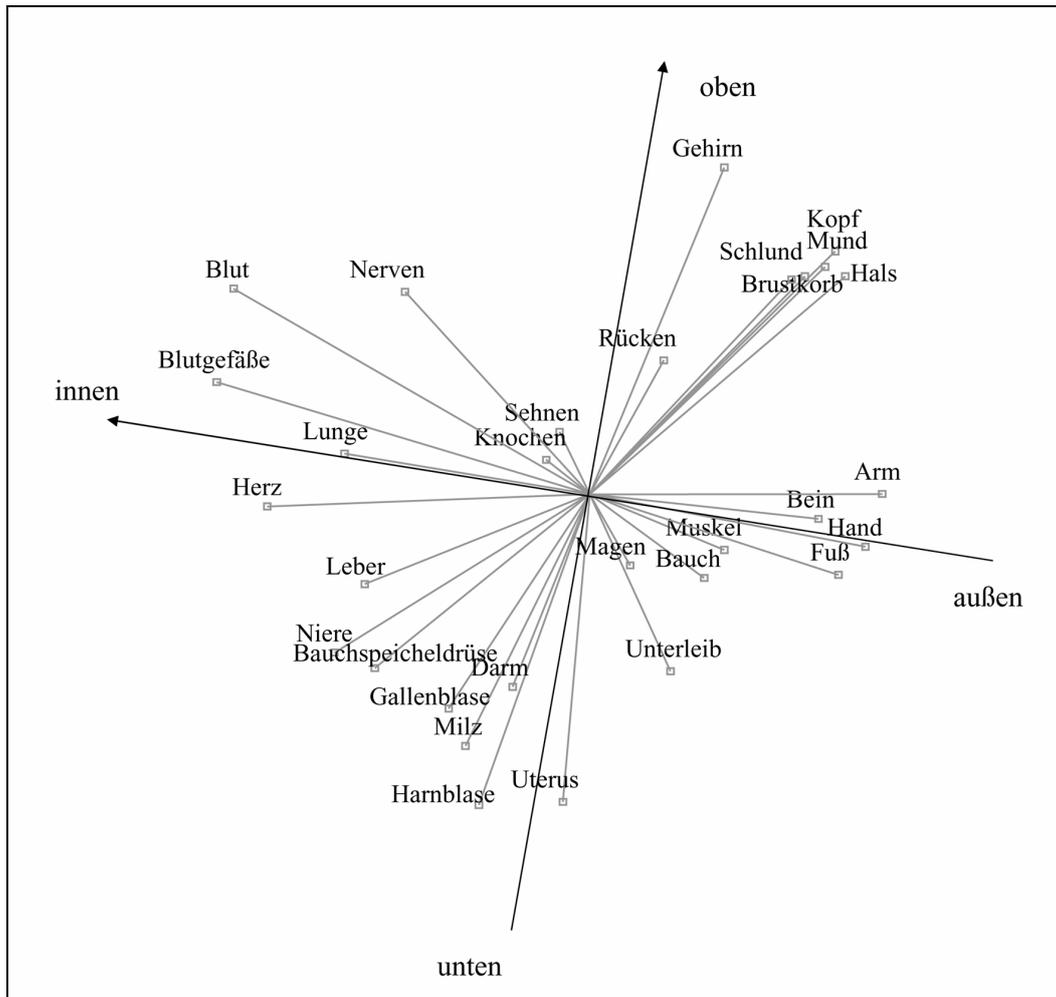


Abb. 7.14: Topographische Grunddimension der Wahrnehmung von anatomischen Begriffen: oben-unten/innen-außen

Zunächst soll die Stimmigkeit der oben beschriebenen Grunddimension in Form der topographischen Wahrnehmung an Hand der MDS-Darstellung überprüft werden. Dies ist als Grundbedingung anzusehen, um daran andere Interpretationen anschließen zu können.

Die MDS-Darstellung wurde definitionsgemäß so gedreht, dass auf der oben-unten-Achse der Kopf und das Gehirn als oberste (oberer Abbildungsrand), die Harnblase und der Uterus als unterste Organe (unterer Rand) zur Anschauung kommen. Arm, Bein, Hand Fuß kommen als am weitesten außen empfundene Organe in der Abbildung rechts zu liegen. Die als am weitesten innen empfundenen Organe kommen durch diese Darstellung entsprechend auf der gegenüberliegenden Seite zu liegen, somit als Gruppe mit der größten räumlichen Distanz zu jener der äußeren Organe. Als nächstes ist zu überprüfen, ob sich zur Bestätigung der topographischen Dimension eine nachzuvollziehende, das heißt sinnvolle Reihenfolge der Dimensionen oben-unten bzw. innen-außen ergibt.

Fällt man auf die, in das Anschauungsbild eingetragenen Dimensionsachsen oben - unten und innen - außen Senkrecht von den Endpunkten der Begriffe auf die Dimensionsachse, so ergeben sich folgende Rangfolgen:

oben-unten-Achse: Gehirn, Kopf, Mund, Schlund, Nerven, Brustkorb, Blut, Blutgefäße, Sehnen, Knochen, Lunge, Herz auf gleicher Höhe wie Arm und Bein. Daran schließt sich nach unten der Magen, Bauch, Leber, Unterleib an. Der Unterleib liegt in dieser Projektion relativ hoch und ist mit einer sprachlich sehr ähnlichen Begriffswahl mit Bauch zu erklären. Auf der Achse folgt nun Niere, Bauchspeicheldrüse, Darm, Gallenblase, Milz. Die Gallenblase und Milz liegen auf der oben-unten-Achse relativ weit unten. Es handelt sich um Organe, die nicht oder nur wenig gekannt werden und somit in ihrer Zuordnung Probleme bereiten. Als unterste Begriffe kommen in der Projektion der Uterus und die Harnblase zur Anschauung und sind durch oben beschriebene Methode vorgegeben.

außen-innen-Achse: Arm, Hand, Fuß, Hals, Mund, Brustkorb als Regionalbereich, als Übergang von außen nach innen der Schlund, daran anschließend der Magen, der Bauch, Unterleib, Uterus, Rücken, Harnblase, Sehnen, Knochen und als Gruppe der inneren Organe schließlich: Milz, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Niere, Leber, Nerven und die bei dieser Projektion am innersten liegenden Organe: Herz, Blut und die Blutgefäße.

Die Rangfolge der anatomischen Begriffe beider Dimensionen ergibt für sich, bis auf Ausnahmen, die unten als Auffälligkeiten beschrieben werden, eine nachzuvollziehende Reihenfolge der menschlichen Anatomie.

Zusammenfassung

Die medizinischen Laien aus Lahuaytambo ordnen Begriffe der menschlichen Anatomie nach Dimensionen oben-unten und innen-außen.

Es finden sich verschiedene Punkte, die von der objektiven Abbildung abweichen und im Folgenden als Auffälligkeiten und Besonderheiten der untersuchten Gruppe herausgestellt werden sollen. Diese Auffälligkeiten sind als kulturspezifisch zu bewerten und werden im weiteren Verlauf durch Literaturnachweise, qualitative Interviews und Ergebnisse der Datenerhebung überprüft und interpretiert. Sie gelten als ein weiterer Hinweis für die Eigenständigkeit, sowie Besonderheit dieser Organe.

Auffälligkeiten

Der Begriff Unterleib kommt im kognitiven Klassifikationsschema (Abb. 7.14) relativ weit oben (kranial verschoben zur Realität) zur Abbildung; in räumlicher Nähe zum Bauch. Diese Ähnlichkeit ist durch eine begriffliche Gemeinsamkeit zu erklären. Bei dem Versuch, die Anatomiebegriffe in eine der bäuerlichen Bevölkerung verständliche Form zu übersetzen, kam es zu einer im Nachhinein nicht eindeutigen Trennung dieser Begriffe. Mittels Cross-checking Methode der Begriffe fiel diese Ähnlichkeit der Begriffswahl zunächst nicht auf.

Des Weiteren ist auffällig, dass der Fuß und das Bein auf gleicher Höhe bzw. in der gleichen Gruppe wie Hand und Arm zur Darstellung kommen. Die Frage, weswegen in vielen Ethnien die Extremitätengruppen Arm-Hand und Bein-Fuß in den Graphiken der multidimensionalen Darstellung eng zusammen abgebildet werden, hat wenig inhaltliche Gründe, sondern ist methodisch bedingt. Die Extremitäten liegen am weitesten vom Zentrum entfernt und die beiden Extremitätengruppen sind sich in dieser Weise ähnlich, nämlich die als am weitesten vom Zentrum entfernten Körperteile. Bei der Aufgabe, ähnliche Begriffe zusammen zu legen, werden die Begriffe der Extremitätengruppen von allen anderen unterschieden und keiner der anderen Gruppe zugeordnet. Dies bedeutet, streng genommen müssten die beiden Gruppen auch von einander unterschieden und als einzelne Gruppen gelegt werden. Jedoch wegen der Einheit und Ähnlichkeit vom Zentrum am weitesten entfernten Organe zu sein, werden diese schließlich in einer gemeinsamen Gruppe vereint.

Bei der MDS-Graphik werden diese Extremitätengruppen in großer Distanz zu allen anderen Organen abgebildet was bedeutet, dass auch beide Gruppen, selbst wenn sie einzeln gelegt worden wären, wieder in einer Extremposition zusammen fallen und in der MDS-Darstellung ebenfalls eine große Nähe zeigen. Dass diese aber inhaltlich gar keine große Nähe besitzen, kann anhand der Clusteranalysen nachvollzogen werden (s. Kap. 7.2.1: Clusteranalyse). Die Extremitätengruppen werden aufgrund ihrer Ähnlichkeit erst in einer mittleren bis äußeren Position in eine Einheit zusammengefasst, das heißt, etwa zwischen der 11 und 17 Gruppe zusammengelegt. Bildlich gesprochen bedeutet dies, dass andere 11-17 Organpaare als ähnlicher gesehen werden, als die beiden Extremitätengruppen.

„Am Beispiel der Ordnung der Extremitätengruppen wurde die Frage aufgeworfen, ob sich die inneren Organe aufgrund der peripheren Extremitätengruppen als solche konstituieren oder ob es sich vielleicht umgekehrt so verhält, dass es ein Bewusstsein der inneren Organe aufgrund des Bewusstseins der peripheren äußeren Organe gibt. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei den vier Extremitäten um periphere Punkte handelt, die räumlich weit auseinander liegen. Dem gegenüber steht die Einheit der inneren Organe, die auch als Zentrum angesprochen werden kann, die eben eine Einheit bilden im Unterschied zu der Vielheit der peripheren. Da es sozusagen für die vier peripheren Punkte in unserem Bewusstsein eine vierfache Präsenz gibt, denn die vier verschiedenen Punkte werden als unterschiedliche in der Peripherie gelegene einzelne Lokalisationen wahrgenommen, und sie können als einzelne Lokalisationen empfunden werden, könnte man die These aufstellen, dass zunächst ein Einheitsbewusstsein vorhanden ist, dass dann in die Differenzierung der Vielheit übergeht. In der Tat ist es jedoch so, dass Einheit sich gedanklich nur als Gegensatz aus der Vielheit und die Vielheit nur im Unterschied zur gedanklichen Einheit konstituiert.

In unseren Abbildungen über die kognitiven Klassifikationsschemata aus verschiedenen Kulturen werden die Extremitätengruppen aber immer als sehr eng zusammenstehende Stimuli abgebildet. Hier kann nun die Frage gestellt werden, ob es denn auch ein einheitliches Bewusstsein für Peripherie gibt. Diese Frage müsste eigens in einer eigenständigen Untersuchung nachgegangen werden, wobei dagegen spricht, dass im Bewusstsein die Lokalisationen differenziert werden und entsprechend in der Sensibilität der Körperteile unterschiedliche Punkte der Peripherie eine Repräsentanz in Gehirn erhalten.

Weiterhin sollte die Frage gestellt werden, welchen Handlungscharakter ein einheitlicher Peripheriebegriff haben könnte, sozusagen die Frage geklärt werden, ob es Situationen gibt, in denen ein Begriff einer einheitlichen Peripherie Bedeutung und Handlungscharakter gewinnt. Einfach ausgedrückt ist es doch so, dass ein einheitlicher Peripheriebegriff wenig praktische Bedeutung hat, da zum Beispiel eine Verletzung des Fußes auch am Fuß repräsentiert werden sollte und nicht in irgendeinem Finger. Deswegen haben Menschen wohl auch einen differenzierten Peripheriebegriff und einen einheitlichen Zentrumsbegriff. Wobei das Zentrum streng genommen der Punkt ist, an dem auf einem einzelnen Punkt das Bewusstsein konzentriert wird. Das Zentrum ist immer einzigartig und ein einzelner lokaler Punkt.“
(KOHNEN 6/2002 mündliche Mitteilung).

Bei der Bevölkerung aus Lahuaytambo zeigt sich in der zweidimensionalen Darstellung des KKS der Körperbegriffe, dass den Begriffen **Blut**, **Blutgefäße**, **Herz**, **Lunge** und **Nerven** eine besondere Rolle zufällt. Blut und Blutgefäße nehmen auf der Achse innen-außen eine Extremposition ein, sie werden als die am weitesten innen liegenden Körperteile abgebildet. Ebenso gewinnen sie in der Achse oben-unten eine gegenüber anderen Kulturen höher

gestellte Position, indem sie deutlich über Herz und Lunge abgebildet werden. Im Vergleich zu anderen Kulturen zeigt sich, dass zum Beispiel bei den Igorot (s. Abb. 7.15) Nerven, Sehnen und Gefäße einen gemeinsamen Namen tragen und in der Achse oben – unten eher in den Bauch und Unterbauch projiziert werden, und somit sehr viel weiter kaudal liegen als Herz und Leber. Nerven, Sehnen und Gefäße werden bei den Igorot als eher außen liegende Organe vorgestellt. Sie haben eine Position zwischen den am weitesten außen liegenden Extremitätengruppen und der Kopfgruppe. Sie liegen in der Projektion auf der Mitte der Außenachse, das heißt zu 50% außen, wenn die Extremitäposition als 100% angenommen wird.

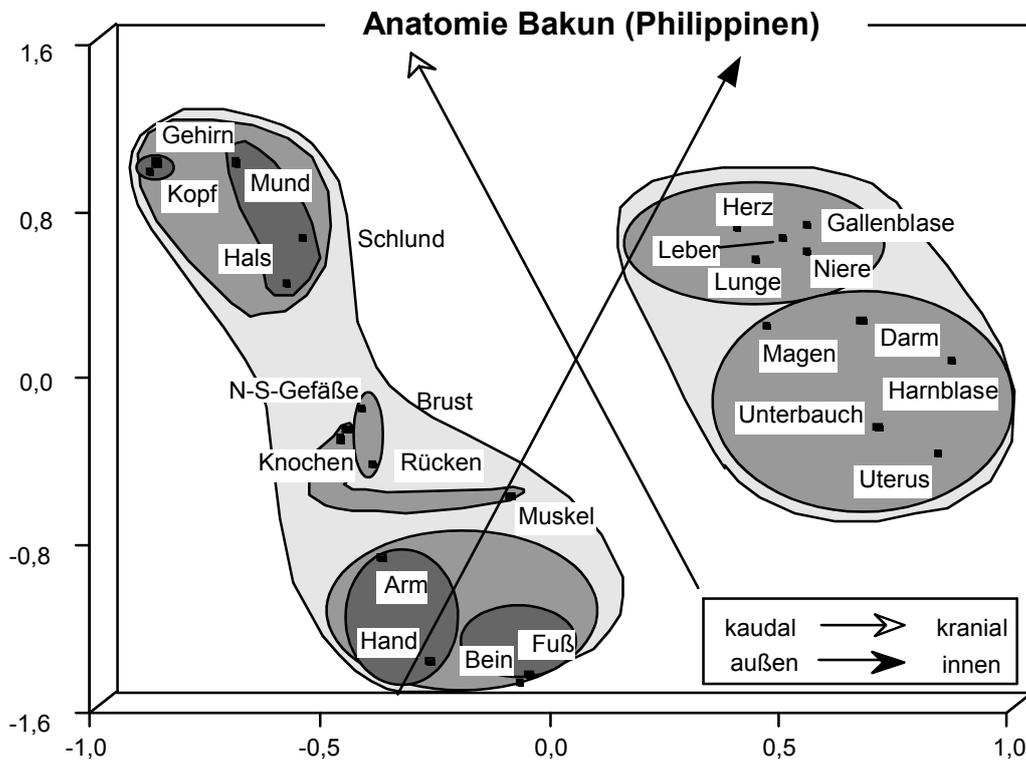


Abb. 7.15: MDS-Darstellung mit Informationen der Clusteranalyse der Bakun-Kankanaey-Igorot (KOHLEN 1997, p. 55).

Ein Vergleich mit den Brasilianern aus Boca do Acre:

In Bezug auf die Achse innen-außen werden die Stimuli Blut und Blutgefäße in dieser Kultur zu 10-20% auf der Außenachse abgebildet. Am weitesten außen werden auch hier die Extremitätengruppen dargestellt, allerdings Muskel, Nerven, Sehnen liegen zu 80% auf der Außenachse und Blut und Blutgefäße in der Projektion auf Mund, Ohren, Gehirn und Kopf. Bezogen auf die Achse oben-unten finden die Begriffe Blut und Blutgefäße eine Position die unter Herz und in der Höhe der Niere, Darm und Magen liegen.

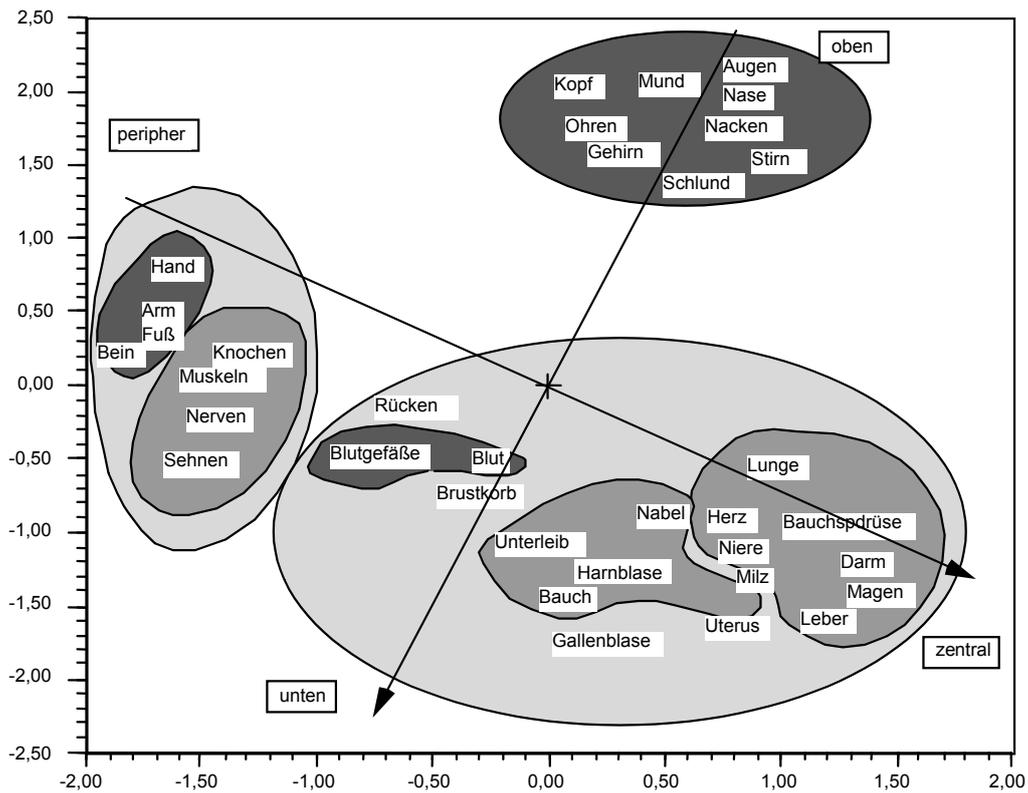


Abb. 7.16: MDS-Auswertung von Ähnlichkeitsdaten anatomischer Begriffe in Boca do Acre (DILCHERT/SIEBERT 1997, p.63).

Bei den Cabuntogueños (Philippinen) werden Nerven, Sehnen und Gefäße weit außen (zu etwa 90% außen) liegend präsentiert. Ihre Projektion liegt in dem Arm-Handbereich, der wie der Fuß-Beinbereich die Extremposition für außen einnimmt. Auf der Achsendimension oben-unten zeigt sich eine Lage auf der Höhe von Herz, Nabel und Leber.

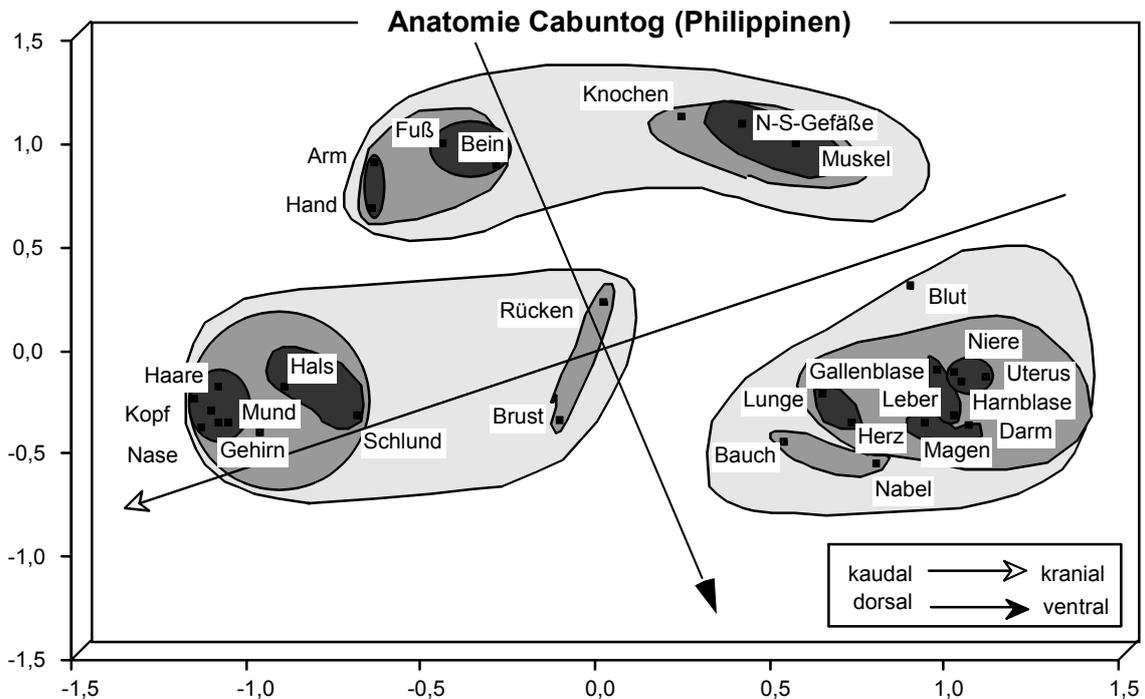


Abb. 7.17: MDS-Darstellung mit Informationen der Clusteranalyse Surigaonon aus Cabuntog (KOHLEN 1997, p.77).

Bei den Tibetanern aus Dharamsala werden in der zweidimensionalen Darstellung die Stimuli Blut und Blutgefäße sowohl auf der innen-außen als auf der oben-unten Achsendimension zentral abgebildet. Im Vergleich werden sie auf die Höhe von Herz und Leber projiziert. Eine ebenso zentrale Stellung nehmen diese beiden Begriffe bei den Laien aus Köln ein.

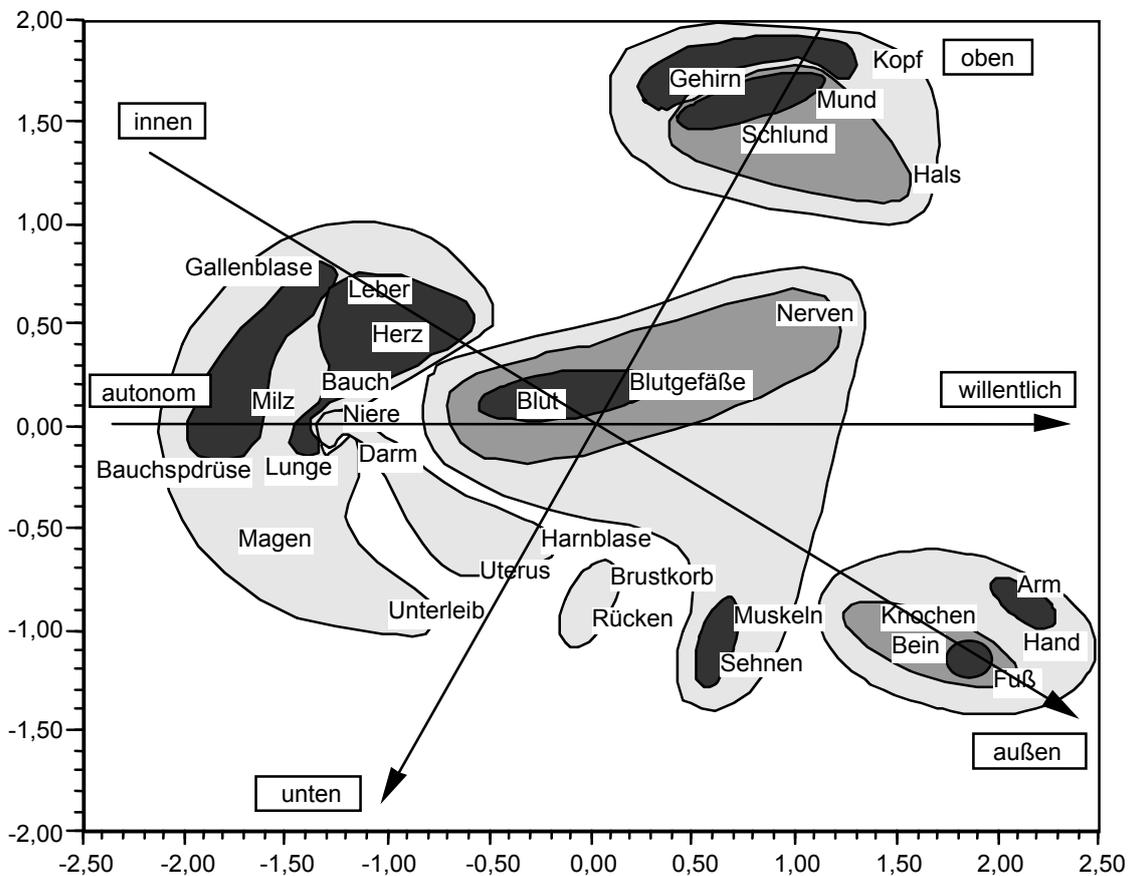


Abb. 7.18: MDS-Darstellung mit Informationen der Clusteranalyse.
Tibeter aus Dharamsala (SCHOLTZ 1997)

Die Organe stehen in einem geordneten System. Sie haben bei den Tibetanern bestimmte Aufgaben und Funktionen im Körper zu erfüllen. Einige arbeiten autonom für den Erhalt des Körpers, andere müssen willentlich gelenkt werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zur kognitiven Klassifikation von anatomischen Begriffen der Bevölkerung aus dem Distrikt Lahuaytambo zeigen, dass auch wenn in dieser Gruppe die topografische Klassifikation der Körperorgane vorherrscht, zur Strukturierung der Körperwahrnehmung auf gedanklicher und begrifflicher Ebene Dimensionen herangezogen werden, die in ihren extremen Gegensätzen wie oben-unten und innen-außen darstellen.

Es ist bekannt, dass die Denkstruktur der andinen Bevölkerung durch eben solche Gegensatzpaare geprägt ist. Hierzu ist anzumerken, dass Denken immer in Gegensatzpaaren und in der Zusammenlegung von Gegensätzen in eine Einheit (in Oberbegriffen) und einer Auseinanderlegung der Einheiten in die Vielheit (Differenzierung der Begriffe oder Unterbegriffe) stattfindet. Ob sich diese Strukturierung bezüglich der Körperwahrnehmung im Erleben der andinen Völker zeigt, soll nun in einem eigenen Kapitel gezeigt werden.

Dualismus im Weltbild der Anden

Es gab verschiedene Gründe, aus denen sich ein eigenes Weltbild der Hochlandbewohner der Anden entwickelte. Zum einen aus der Idee einer Anpassung der Indios (span.: *indígenas*) an die Veränderungen ihrer Welt als Antwort auf religiöse und politische Unterdrückung. Des Weiteren spielte die Bewältigung des gegebenen Lebensraums der Hochlandbewohner als äußerer Einflussfaktor maßgeblich an der Entstehung einer eigenen Weltanschauung eine besondere Rolle.

Die Natur bildet für die meisten Andenbewohner die einzige Lebensgrundlage in Form von Ackerbau und Viehzucht. Dies gestaltet sich jedoch in ihrem Lebensraum als sehr schwierig, zum Teil lebensbedrohlich. Die Natur ist durch starke Gegensätze gekennzeichnet, denen es sich immer wieder heißt anzupassen. Die Bestellung der Felder ist von stark schwankenden Jahreszeiten gekennzeichnet, einer Regenzeit und einer Trockenperiode, die beide durch extreme Ausprägung todbringend sein können, wenn sie nicht im richtigen Moment einsetzt oder im richtigen Moment aufhört. Starke Temperaturschwankungen im Tag-Nacht-Zyklus, Erdbeben, immer wieder auftretende Erdbeben und Höhen von 3.500 bis 5.000 Metern über dem Meer sind weitere Naturgegebenheiten, welche die Hochlandbewohner nach einer anpassenden Lebensstrategie haben suchen lassen, die unweigerlich zum Entstehen einer eigenen Lebensanschauung geführt hat.

KOHLEN (1997) sagt, dass die Sinneswahrnehmung sowie Kognitionsschemata durch Handlungsdimensionen geprägt werden. Im Leben der Hochlandbewohner ist die Lebensbewältigungsstrategie in der Anpassung an die jeweiligen Umwelteinflüsse, dass heißt an die oben beschriebenen Naturgegebenheiten zu sehen.

Der Bewohner der Anden war seit Jahrhunderten zum genauen Beobachten der Natur veranlasst gewesen und hat immer wieder erfahren, dass das gesamte Leben ein beständiges Erscheinen und Verschwinden von zwei gegensätzlichen Zuständen ist (BETTIN 1994).

„Die Erde erscheint ihm ein aus zwei Hälften bestehendes Ganzes. Auf der sichtbaren, begehbaren Hälfte vollzieht sich das Leben, aus der unsichtbaren entspringt es. Wasser kommt aus der Erde und versickert. Leben entsteht aus der Erde und geht wieder in sie ein. Nichts erscheint, was nicht schon vorhanden ist, nichts, was verschwindet geht gänzlich verloren; jedes Leben, jede Materie, jede Kraft, jede Eigenschaft ist dem unablässigen Kreislauf von Erscheinen und Verschwinden unterworfen. Dieser Zyklus wird als Aufeinanderfolgen zweier sich widersprechender und ergänzender Zustände verstanden. Nicht nur dieser Zyklus, sondern jedes Ganze besteht aus zwei Hälften. Eine ist ohne die andere nicht denkbar.“ (OSSIO 1973).

Neben der Anpassung an die Natur und die sich daraus entwickelten Lebensstrategien wussten die *indígenas* ebenfalls, dass unter diesen extremen Lebensbedingungen der Anden ein einzelner Mensch oder eine einzelne Familie nicht ohne die Hilfe der Gemeinschaft überleben kann. So wie die Welt und alle Dinge aus Gegensätzen besteht, die sich brauchen und ergänzen, so müssen auch in indianischen Gemeinschaften Gegensätze ertragen und überwunden werden (BETTIN 1994). Dementsprechend entwarfen die Andenbewohner bestimmte Verhaltensregeln, die für den Erhalt der lebenswichtigen Harmonie zwischen Menschen untereinander, zwischen den Menschen und der Natur und zwischen den Menschen und den Göttern nötig waren (ANSIÓN 1987). BETTIN (1994) sagt weiter, dass in diesem dualen Denken die Menschen des Hochlandes zwischen Paaren von gleichen Dingen, wie Augen, Ohren, Armen, Beinen und Paaren von sich widersprechender Gegensätzen wie oben und unten, heiß und kalt, Mann und Frau, Tag und Nacht, Feuer und Wasser unterscheiden. Sowohl die Elemente der ersten Art von Paaren, als auch die der zweiten Art gehören unauflösbar zusammen. Keine Eigenschaft an sich ist gut oder besser als ihr Gegenteil; gut ist immer nur das Zusammenspiel gegensätzlicher, aber kooperierender Hälften und Kräften. Die *indígenas* wissen um die Ambivalenz aller Eigenschaften und bejahen sie als Grundprinzip

des Lebens. Ihr gesamtes Leben ist ein unermüdliches Ringen um das Gleichgewicht der Gegensätze. Ihre Arbeit, ihre Gebete, Riten und Feste bezwecken fast ausschließlich, die Harmonie der sich widersprechenden und ergänzenden Kräfte zu erhalten, beziehungsweise sie immer wieder herzustellen.

Trotz des angestrebten Gleichgewichtes, in denen sich Gegensätze treffen und vereinigen, ist die Grundlage des Denkens das Hervorbringen der Gegensätzlichkeit, die nicht aufgehoben wird oder werden darf. Um diesen Sachverhalt näher erklären zu können, soll auf ein von BETTIN (1994) angeführtes Beispiel aus dem alltäglichen Leben der Hochlandbewohner Perus eingegangen werden. Eine ähnliche Beobachtung eines Dorffestes, bei dessen Beschreibung die Denkstrukturen bzw. Verhaltensweisen des Erhaltes der Gegensätzlichkeit hervorgehen, beschreibt BAUMANN (1994).

„Jede Erscheinung wird in eine duale Ordnung gefügt, in männlich und weiblich, in oben und unten oder in heiß und kalt. So ist auch jede Region, jedes Dorf, jede Volksgruppe in zwei Hälften eingeteilt, einer als Oben, einer als Unten bezeichneten, deren Gegensätzlichkeit nicht aufgehoben wird und werden darf. In vielen Gegenden treffen sich die jeweiligen Oben- und Unten-Gruppen alljährlich zu einem ausschweifenden Fest. Nach Tagen des gemeinsamen Feierns vereinigen sie sich zu einem rituellen Kampf. Es kämpfen einzelne oder Teile der Gruppen gegeneinander und immer fließt Blut. Die Gegensätze verschwinden im Fest, werden jedoch durch den Kampf jäh wieder hervorgebracht. Die Identität jeder der Gruppen wird somit zum Zusammenkommen im folgenden Jahr erneut bestätigt. Das Fest demonstriert das duale Denken der Hochlandbewohner, nach welchem die Gegensätze sich treffen, auch vereinigen können, aber letztlich bestehen bleiben müssen.“ (BETTIN 1994).

Eine solche Art der Einteilung eines Dorfes in oberen und unteren Teil findet sich ebenfalls im Dorf Lahuaytambo. Die zwei Bauerngemeinschaften des Dorfes gliedern sich in eine im oberen Teil des Dorfes gelegene mit Namen Pariapongo und eine im unteren Teil gelegene namens Llambia. Die Organisation der Bauerngemeinschaft, kommunale Arbeiten und auch Festlichkeiten werden großenteils getrennt durchgeführt. Es kommt hierbei zu einer Art Konkurrenzdenken. Ob die im Dorf Lahuaytambo beobachteten Schlägereien zwischen vereinzelt Personen nach gemeinschaftlich Festlichkeiten beider Bauerngemeinschaften (z.B. Fest zu Ehren des Schutzpatrons des Dorfes), die sich meist zwischen Personen unterschiedlicher Bauerngemeinschaften zutragen, auf eine bewusst provozierte Trennung der Gruppen nach oben beschriebenen Gedanken ereigneten, sei hier nur als Vermutung in den Raum gestellt.

Wie die Natur haben auch die Götter und viele persönliche Erscheinungen Eigenschaften, die sich aus Gegensatzpaaren zusammensetzen. So schenken sie Leben, nehmen es aber auch wieder, sie belohnen und bestrafen (MARICOTTI 1978).

Ein weiteres Beispiel, in dem das Dualitätsprinzip in Form von Gegensätzen deutlich wird, beschreibt BETTIN (1994) in ihrer Ausführung über ein die Gegenseitigkeit aller Beziehungen:

„Die Dualität der Natur, der Welt findet ihre Entsprechung im menschlichen Handeln. So wie das Gleichgewicht der Gegensätze Grundprinzip allen Lebens ist, so ist das Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen oberstes Gebot einer jeden Beziehung. Das Prinzip der Reziprozität, der Gegenseitigkeit aller Beziehungen, besagt, dass jede materielle und nichtmaterielle Gabe dem Geber zurückgegeben werden muss. Die Rückgabe aller von den Mitmenschen, der Natur oder den Göttern erhaltenen Gaben ist absolut verpflichtend. Verstößt der Indio gegen das Gebot der Reziprozität, muss er mit schweren Strafen rechnen. Die andine Gesellschaft ist im höchsten Maße auf die Solidarität aller ihrer Mitglieder angewiesen. Sie alleine ermöglicht das Leben und Überleben jedes einzelnen.“

„Dem Boden war ein Mehr nicht, wie es in Europa, durch bessere Techniken oder Fleiß abzugewinnen, sondern nur durch optimale Ausnutzung der menschlichen Arbeitskraft -und zeit im Verlauf des gesamten Jahres und durch gegenseitig verpflichtenden Austausch von Waren und Hilfe mit möglichst vielen Menschen oder Gruppen.“ (GOLKE 1980).

Es soll gezeigt, wie sich auf der oben beschriebenen Grundlage des Dualitätsprinzip als Anschauungsprinzip, auch die Wahrnehmung des menschlichen Körpers geprägt hat. Diese Tatsache erklärt, warum die in der untersuchten Gruppe gefundenen Grunddimensionen oben-unten und innen-außen ebenfalls als Gegensatzpaare der Wahrnehmung zu deuten sind. Es wird deutlich, wie stark der Einfluss des oben gezeigten Dualitätsprinzips auf alle Bereiche des menschlichen Lebens und deren Wahrnehmung in Untersuchungsgebiet hat.

Das Dualitätsprinzip im Verständnis und der Wahrnehmung des menschlichen Körpers wurde schon des Öfteren durch eine Körper-Metaphorik des Individuums der andinen Bevölkerung beschrieben. BETTIN (1994) beschreibt in diesem Zusammenhang die *pachamama*, die Erdmutter und Schöpferin allen Lebens als ein menschliches Wesen, welches im Erdreich wohne. Alle *campesinos* müssen sich ihr gegenüber dementsprechend verhalten: Das Vorbereiten der Felder vor der Aussaat zu Beispiel, das heißt, das Öffnen der Felder muss entschuldigt werden, da man der *pachamama* im übertragenen Sinne durch diesen Akt Schmerzen zufügt. Um die Schmerzen so gering wie möglich zu halten, habe sich der Bauer bei den Feldarbeiten entsprechend zu beeilen. Die besten Früchte der Erde werden zum Dank, als Huldigung an diese in Form eines Opferrituals zurückgegeben. Es heißt weiter, dass die *pachamama* wie eine menschliche Frau auch ihre Regelblutung habe. An diesen Tagen seien dementsprechend keine Feldarbeiten auszuüben. Die *pachamama* sei vielmehr an diesen Tagen mit liebevollem Zureden zu behandeln oder man solle ihr Geschenke reichen. Wanderer haben sich, bevor sie sich auf einer fremden Erde zum Ausruhen niederlassen bei ihr vorzustellen, ihr symbolisch eine Zigarette, einige Coca-Blätter oder einen Schluck Alkohol anzubieten.

Eine andere metaphorische Darstellung zeigt BASTIEN:

Er beschreibt, wie der Makrokosmos der andinen Bergketten sich symbolisch im Mikrokosmos des menschlichen Körpers widerspiegelt, und umgekehrt.

Nach BASTIENS Ausführungen werden Krankheiten als Desintegration des Körpers in die Natur angesehen und durch Opfergaben bzw. Heilrituale an den der Körper-Natur-Metaphorik entsprechenden Orten geheilt (BASTIEN 1981). Hierbei wird versucht, das Gleichgewicht der Natur wieder herzustellen, welches sich durch das metaphorische Körperverständnis auf den Körper des Menschen überträgt und ihn von Krankheiten heilt.

Hierbei geht BASTIEN von der Überlegung aus, dass „...in den Anden fast alles als Zusammenwirken seiner Gegensätze verstanden wird.“ (DUVIOLS 1974).

Nach BASTIEN werden die sakralen Orte in der Regel in Paaren verehrt, als jung und alt, Berg und See und Helfer und Besitzer. Jedes Ritual lehrt den Andenbewohner die Komplementarität zwischen kontrastierenden Paaren (BASTIEN 1978).

Ähnliche Überlegungen zeigen sich bei der untersuchten Gruppe aus Lahuaytambo in der Idee des Meerschweinchenrituals. Hier ist das Abreiben des Körpers mit einem Meerschweinchen neben einer Art Radiographie zur Diagnosestellung gleichzeitig für die Heilung der Krankheit gedacht. Die Krankheit des Patienten geht, von einer metaphorischen Überlegung ausgehend, auf das Meerschweinchen über und wird später unter Anderem symbolisch an jener Stelle der Natur vergraben, die für die Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht wird (s. Kap. 7.1.7: Heilrituale).

Ein anderes Beispiel für eine Körper-Metaphorik die beschreibt, wie stark die Paarbildung im dualistischen Denken der Andenbewohner die Körperwahrnehmung beeinflusst, zeigt BAUMANN (1994). In einer Untersuchung über Paarbildung von Musikinstrumenten im bolivianischen Departement Oruro machte er folgende Beobachtung:

Musiker, die sich mit ihren Instrumenten trafen, pflegten diese nach dem Spielen in der Form einer menschlichen Figur auf dem Boden auszulegen.



Abb. 7.19: Musikinstrumente in Form menschlicher Gestalt (BAUMANN 1994, p. 307)

„Die Körper-Metaphorik der *sikuri*-Instrumente macht deutlich, wie alles als Ausdruck von zusammengehörigen Hälften verstanden werden kann. Das Oben des Kopfes und das Unten des Geschlechts; sie umschließen **das Herz (sonko), die Mitte des Seins. Das Herz als Sitz des Lebens und des Blutes**, ist umschlossen von den zwei mal zwei *sikuri*-Paaren, die in vertikaler Trennung den männlichen Himmel als Gewölbe von oben, und die weibliche Erde als Gewölbe von unten einschließen, und in horizontaler Trennung, die zwei Hälften von (männlicher) rechten Seite und von (weiblicher) linken Seite markieren. Zugleich symbolisiert die Zahl Vier die Windrichtungen. In Analogie zum alten Inka-Reich der vier Richtungen stellt sich die metaphorische Einheit dar, die hier das Herz als Zentrum meint, wie im alten Tawantinsuyu das Cusco von einst den Nabel der Welt. Die rechte Seite der *sikuri*-Körperdarstellung wird zusätzlich markiert durch die das himmlische Licht symbolisierende blaue Farbe der Trommelschlägel im Unterschied zu der dunklen, roten Farbe der linken Seite (Erde). Der quer gelegte Trommelschlegel symbolisiert wohl die (weiblichen) Brüste und steht in Opposition zum (männlichen) Geschlecht des *pututu*-Horns.“ (BAUMANN 1994, p. 305-308). BAUMANN geht hier insbesondere auf die Dimension oben-unten ein, der er im Weltbild der Hochlandbewohner eine große Bedeutung zuspricht.

ANDRITZKY (1988a) stellt ebenfalls die räumliche Dimension oben (Quechua: *hanan*) und unten (Quechua: *hurin*) als wichtige Dimension im Weltbild der peruanischen Andenbewohner heraus.

Bei der dualen Konzeption ist der menschliche Körper in Form eines senkrecht und waagrecht geteilten idealtypischen Weltmenschenschemas aufgeteilt. Hierbei ist der menschliche Leib ein Koordinatensystem, in dem alle Dinge eingeteilt werden können (ANDRITZKY 1988a, p. 34).

In der folgenden Abbildung werden die Ergebnisse aufgezeigt. Sie beschreiben einige duale Analogien der Körperkonzepte weltweit:

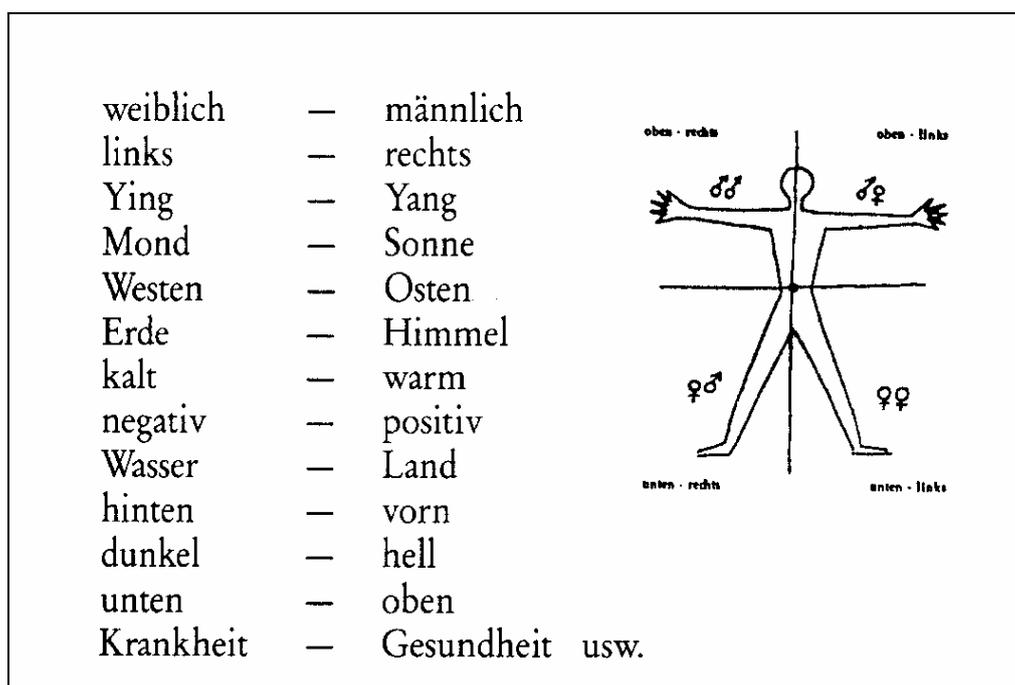


Abb. 7.20: Weltfigur (ANDRITZKY 1988a p.34)

Clusteranalyse

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Clusteranalyse von anatomischen Begriffen im Untersuchungsgebiet dargestellt werden. Es handelt sich um die Darstellungsweise von Ähnlichkeiten, deren Vorteil es ist, dass Ähnlichkeiten der konkreten Körperorgane in ihrer Zusammenfassung zu Oberbegriffen, sowie Unterbegriffen dargestellt werden können. Paralleluntersuchungen wurden unter anderem von KOHNEN (1997), DILCHERT/SIEBERT (1997) und SCHOLZ (1997) durchgeführt und zeigen Erfahrungen der Darstellungsweise von Kognitionsschemata in verschiedenen Ethnien.

Die Auswertung der Ähnlichkeitsdaten anatomischer Begriffe der Bevölkerung aus Lahuaytambo (Peru) ergaben folgendes Baumdiagramm, die neben topographischen und regionalen auch teilweise funktionelle Ordnungsinhalte erkennen lassen.

Die einzelnen Gruppierungen ergaben folgende Einteilung:

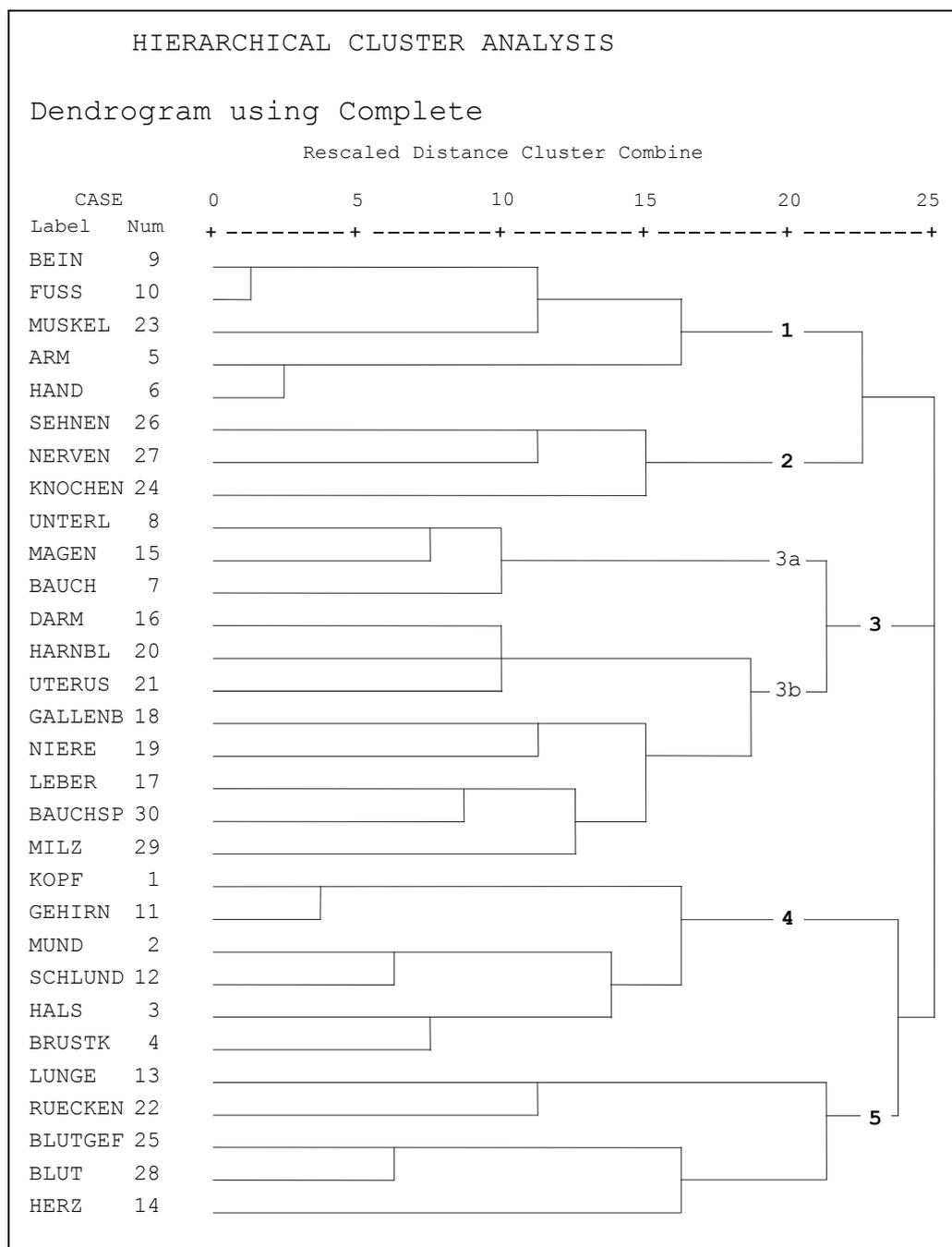


Abb. 7.21: Clusteranalyse anatomischer Begriffe Lahuaytambo (Peru)
(complete linkage, n = 41, 35 Laien und 6 Heiler)

Die erste Ähnlichkeitsgruppe (1) Bein, Fuß, Arm, Hand und Muskeln umfasst die Gruppe der Extremitäten. Hierbei ist auffällig, dass die Muskeln dieser Gruppe zugeordnet werden. In Paralleluntersuchungen erfolgte eine andere Zuordnungen der Muskel zu anderen Gruppen. So fanden DILCHERT/SIEBERT (1997) eine Zuordnung zum inneren Stützgewebe des Menschen. SCHOLZ (1997) beschreibt die Muskeln in ihrer Untersuchung bei Tibetanern in einem dynamischen Elementezusammenhang anhand der Mythologie. BURKHART (1994) wiederum zeigt bei dem Candomblé-Kult in Regenwald Brasiliens einen motorisch-funktionellen Zusammenhang der Sehnen mit dem Brustbereich.

In Lahuaytambo werden die Muskeln als verbindendes Element zwischen den Extremitäten empfunden. Des Weiteren kann diese Verknüpfung in einem funktionellen Zusammenhang gesehen werden, der mit der Lebenssituation der Gruppe zu erklären ist: Das Leben der meist

bäuerlichen Bevölkerung ist durch starke körperliche Arbeit geprägt. Sie müssen lange Marschwege zu ihren Feldern überwinden, auf denen sie ihrer Haupttätigkeit, dem Ackerbau, nachkommen. Bei diesen Aktivitäten sind sie im höchsten Maße auf ihre Muskelkraft, sei es durch die Feldarbeit (obere Extremitäten) oder durch die Anmarschwege bzw. durch das Tragen von Ernteguts (untere Extremitäten) angewiesen.

Die zweite Gruppe (2) umfasst die des allgemeinen Stützapparates des menschlichen Körpers. Es handelt sich um die Organe: Sehnen, Nerven, Knochen, die im gesamten Körper vorkommen.

Eine weitere Begriffsgruppe (3) enthält die inneren Organe. Hierbei entstehen zwei Untergruppen, die zum einen Organe der topographischen Region des Oberbauches (3a) beinhalten: Gallenblase, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse und Milz, zum anderen die Gruppe des Unterbauches (3b): Unterleib, Magen, Bauch, Darm, Harnblase und der Uterus. Die Zugehörigkeit des Magens zu Organen des Unterbauches kann im funktionellen Zusammenhang mit dem Verdauungsapparat gesehen werden.

In der vierten Gruppe (4) werden Kopf, Gehirn, Mund, Schlund, Hals und Brustkorb als Begriffe beschrieben, die man als topographische Gruppe des Kopfes zusammenfassen kann. Der Brustkorb kann hierbei, ähnlich wie die Muskeln in der Begriffsgruppe der Extremitäten als ein verbindendes Element gesehen werden. Der Brustkorb verbindet Hals, Mund und Schlund mit dem Rumpf. Der Schlund steht im funktionellen Zusammenhang mit dem Mund in Form der Nahrungsaufnahme. Topographisch stellt er eine Verbindung zwischen der Mund und der Magen/Darm-Region, der dritten Begriffsgruppe, dar.

Bei der fünften Gruppe (5) handelt es sich um Organe, deren Stimuli sich erst auf hoher Clusterebene mit anderen vereinigen. Es sind die Organe: Lunge und Rücken, Blut und Blutgefäße sowie das Herz. Die späte Vereinigung mit anderen Organbegriffen weist darauf hin, dass es sich um Organe mit großer Eigenständigkeit handelt.

Die zwei Begriffe Rücken und Lunge beschreiben für sich eine regionale Gruppe, die diese Körperregion im menschlichen Querschnitt auf Höhe der Lunge widerspiegelt. Der Rücken bildet hierbei ein Art Stützorgan der Lunge.

Eine weitere Untergruppe besteht aus dem Blut und den Blutgefäße. Es handelt sich um Organe, die im ganzen Körper vorkommen. Ähnlich wie beispielsweise SIEBERT und DILCHERT (1997) in ihrer Untersuchung beschreiben, wäre eine Zuordnung zu den Stützgeweben (Sehnen, Knochen, Nerven) des menschlichen Körpers zu vermuten gewesen.

Das Herz weist von allen Organen die höchste Ebene der Verbindung mit anderen Stimuli der fünften Gruppe auf. Erst auf hoher Clusterebene kommt es zur Vereinigung mit den Begriffen Blut und Blutgefäßen, was als funktionelle Einheit gewertet wird.

Auffälligkeiten

Es zeigt sich, dass die Organe der fünften Gruppe durch ihre Eigenständigkeit auffallen. Erst auf hoher Ebene werden sie mit anderen Organen als ähnlich eingebunden. Sie unterscheiden sich von den anderen, meist durch topographische Dimensionen übrigen Organgruppen. Sowohl das Blut und die Blutgefäße, der Rücken, die Lunge und das Herz wären, rein topographisch, eher als Bestandteil der oben beschriebenen dritten, inneren Organgruppe zu erwarten gewesen. Der Vergleich zu anderen Paralleluntersuchungen zeigt, dass zum einen das Blut und die Blutgefäße meist im Zusammenhang mit anderen Organen assoziiert werden. So ergibt sich bei den Regenwaldbewohnern aus Boca do Acre (Brasilien) eine Ähnlichkeit des Blutes und der Blutgefäße mit Muskeln, Sehnen und Knochen. Hierbei stehen das Blut und die Blutgefäße in einer Verbindung zur Gruppe des allgemeinen Stützgewebes (DILCHERT/SIEBERT 1997).

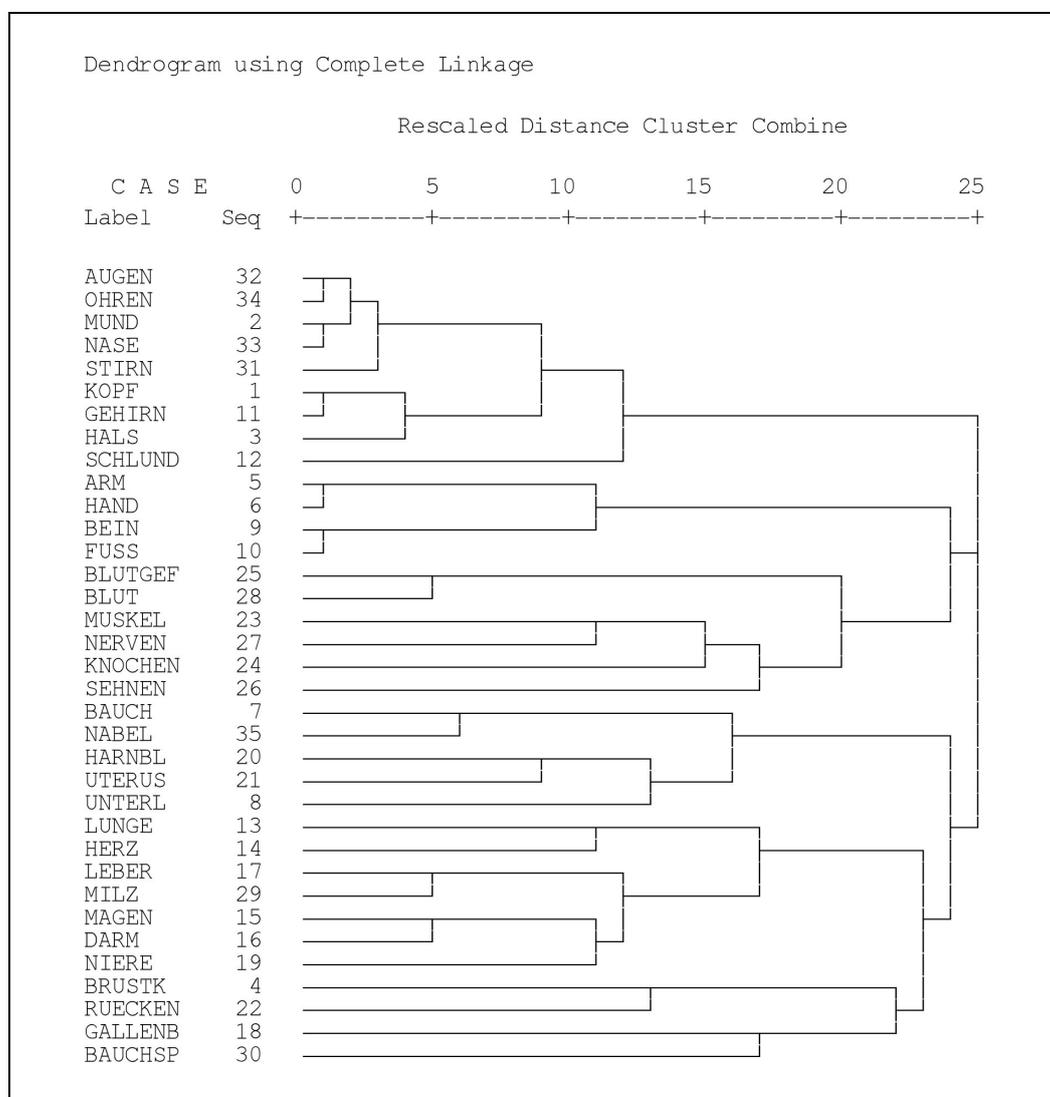


Abb. 7.22: Clusteranalyse der Anatomie in Boca do Acre (DILCHERT/SIEBERT 1997, p. 66).

Zu einer ähnlichen Zuordnung des Blutes und der Blutgefäße zu der Gruppe des Stütz- und Bewegungsapparates kommt KOHNEN in seiner Untersuchung bei den Bakun-Kankanaey-

Igorot auf den Phillipinen (KOHLEN 1997). Hier zeigte sich, dass es neben der Zuordnung zum Stützgewebe (Knochen, Muskel, Brustkorb, Rücken) für die Begriffe Sehen, Nerven und Blutgefäße nur einen einzigen Begriff gibt.

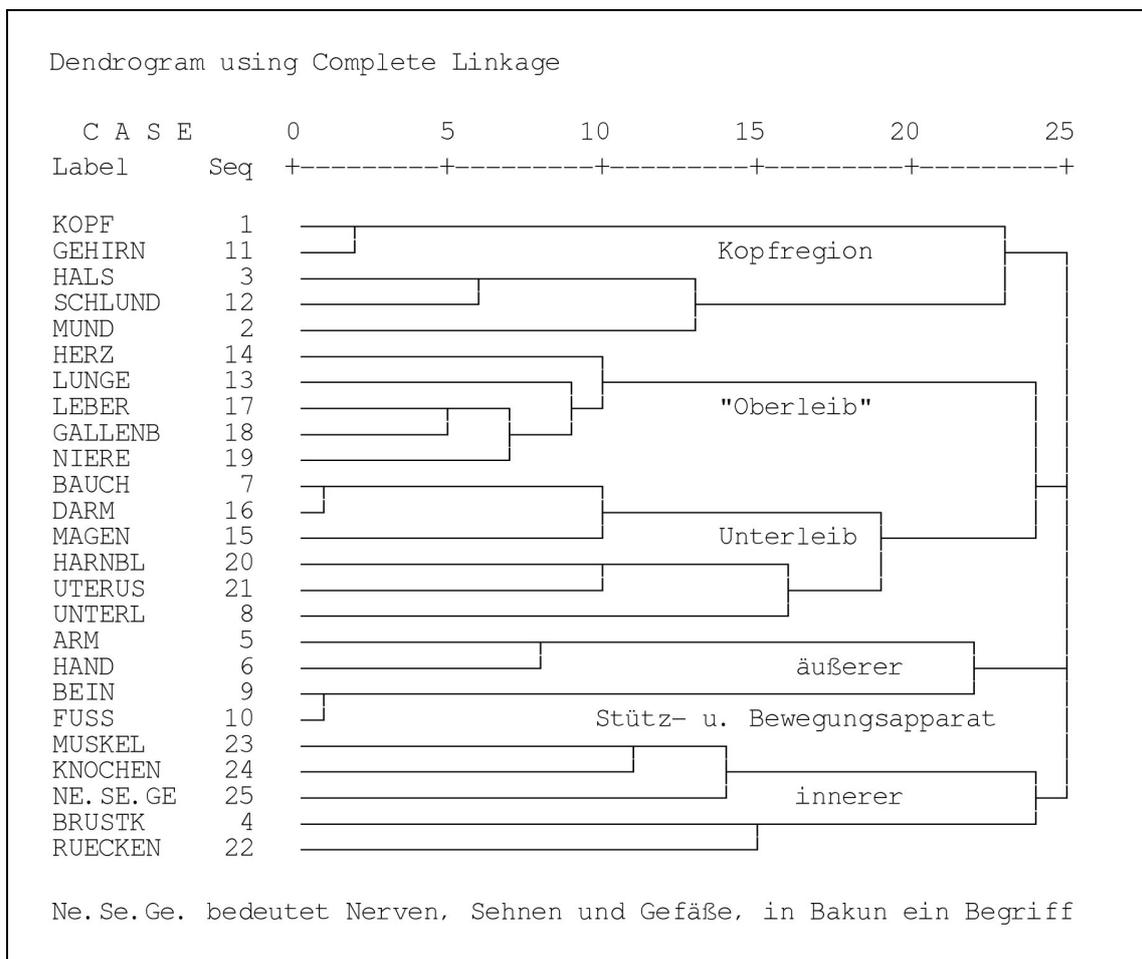


Abb. 7.23: Clusteranalyse der Anatomiebegriffe der Kankanaey-Igorot (KOHLEN 1997, p. 49).

Das Herz und die Lunge zeigen in den oben genannten Paralleluntersuchungen größere Ähnlichkeit mit anderen inneren Organen.

Umrisszeichnungen

Bei einer anderen Teilaufgabe der vorliegenden Studie wurden die Probanden aufgefordert, ihnen bekannte Organe in eine vorgezeichnete Umrisszeichnung eines menschlichen Körper einzuzichnen (n = 6).

Es kam zu folgenden Umrisszeichnungen:

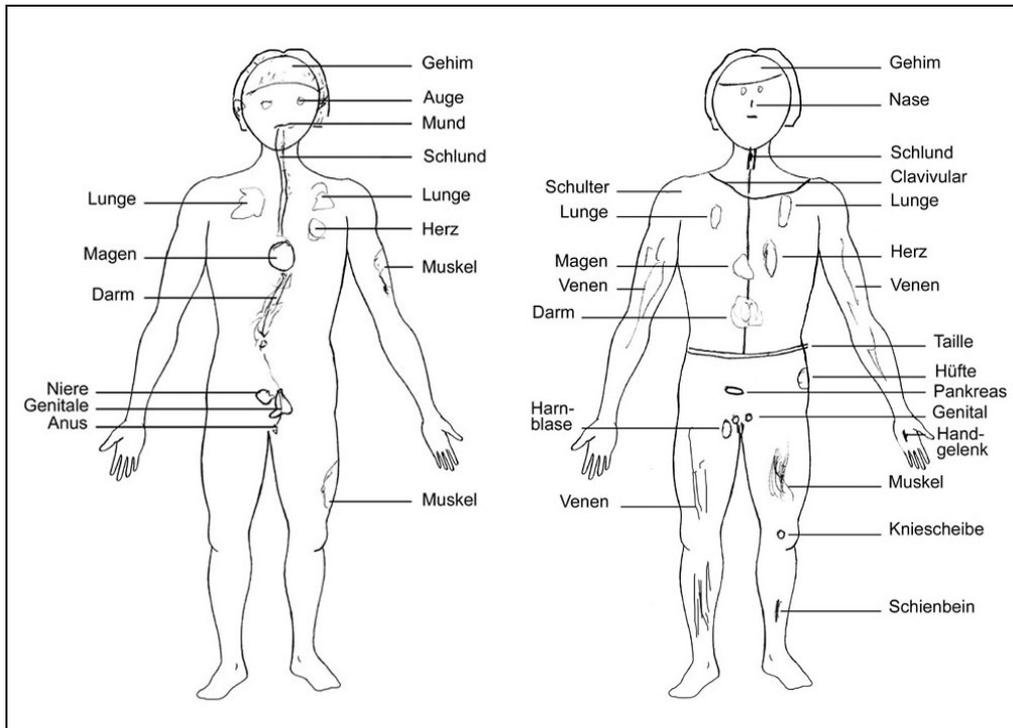


Abb. 7.24: Umrisszeichnung 1, 2

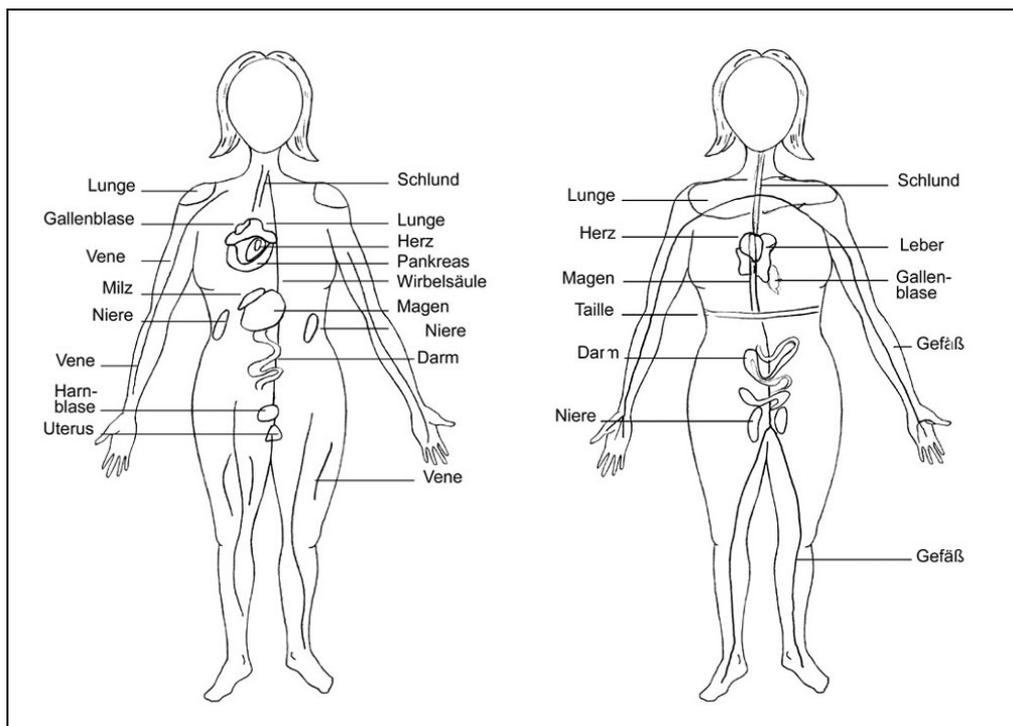


Abb. 7.25: Umrisszeichnung 3, 4

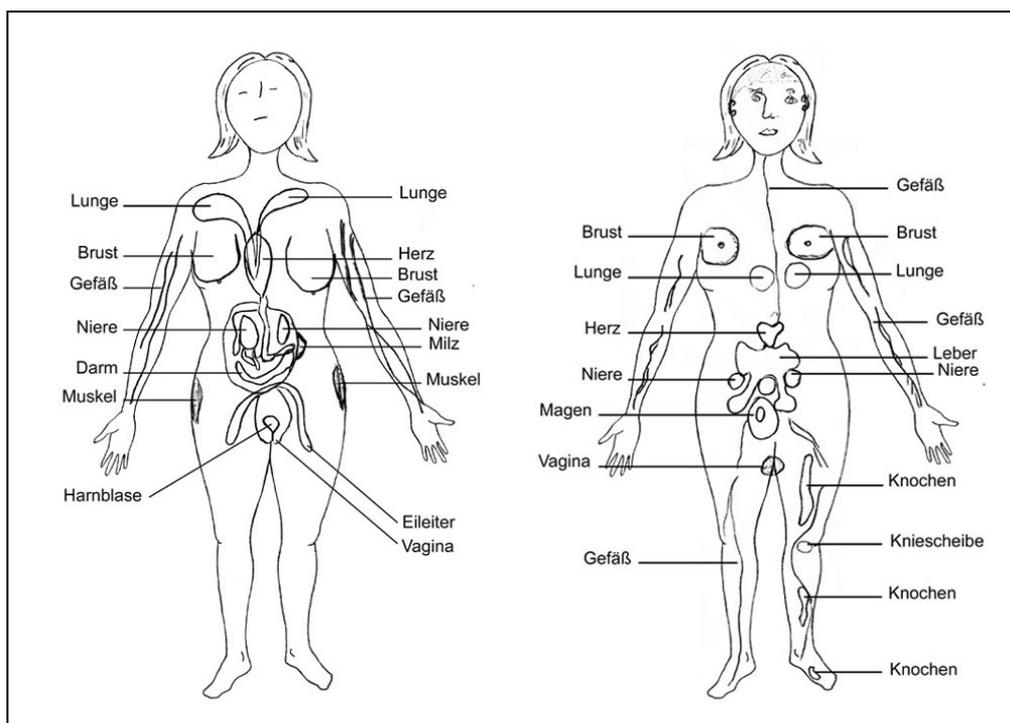


Abb. 7.26: Umrisszeichnung 5, 6

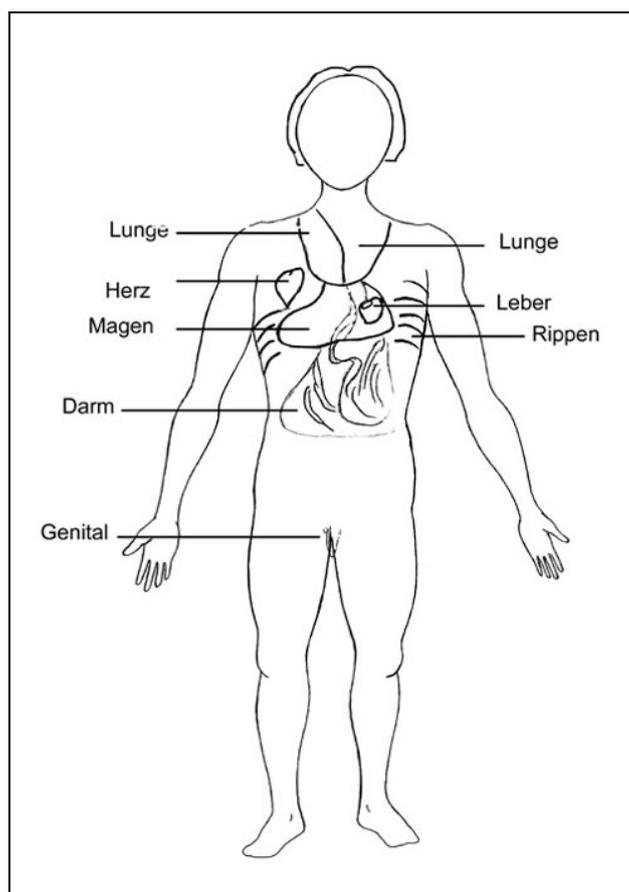


Abb. 7.27: Umrisszeichnung 7

Während des Einzeichnens wurden sowohl die jeweiligen Organe markiert als auch die jeweilige Reihenfolge, nach denen die Organe eingezeichnet wurden vermerkt. Es wurden insgesamt 31 verschiedene Organe genannt und vermerkt. Am häufigsten mit insgesamt 13 Einträgen wurde der Magen-Darm Trakt eingezeichnet, sowie das Herz mit 6,

die Lunge mit 5 und die Gefäße mit 4 Einträgen. Diese am häufigsten eingezeichneten Organe sind ebenfalls diejenigen, welche zuerst von den Probanden vor allen anderen Organen skizziert wurden. (Darm: dreimal als Erstes; zweimal als Zweites; Herz: zweimal als Erstes, fünfmal als drittes Organ; Lunge: einmal als Erstes, drei mal als Zweites).

Die Ergebnisse werden so interpretiert, dass durch die allgemeine Häufigkeit, sowie die häufige Erst- Zweit- und Drittnennung der Organe besonders den Organen Darm, Herz und Lunge eine hohe Wichtigkeit beigemessen wird.

Zusammenfassung und Interpretation

Die Ergebnisse der einzelnen Darstellungsweisen der anatomischen Begriffe ergeben für sich schlüssige Hinweise für die Eigenständigkeit und Besonderheit bestimmter Organe. Es zeigt sich, dass bei den einzelnen Teiluntersuchungen den gleichen Organen eine besondere Rolle beigemessen wird. Es handelt sich um die Organe: **Blut, Blutgefäße, Herz und Lunge**. Die rein primäre topographische Form der Wahrnehmung von Körperorganen und die Ordnung der anatomischen Begriffe durch die Dimensionen oben-unten und innen-außen wird durch eine sekundäre Form ergänzt. Diese ist durch Faktoren bestimmt, die sich durch Umwelteinflüsse und Mythologie erklären lassen.

Hinweise für die Richtigkeit dieser Interpretationsansätze finden sich bei anderen Autoren und in Literatur über die beschriebene Region:

Die Wichtigkeit der oben beschriebenen Organe lässt sich durch ein Körperkonzept bestätigen, welches BASTIEN mit dem Modell eines Flusses zirkulierender Körperflüssigkeiten, einem so genannten hydraulischen System im Weltbild der Andenbewohner, beschreibt (BASTIEN 1985, p.7). In diesem Konzept kommt dem Herz, dem Magen-Darm-Trakt und der Lunge durch ihre Funktion eine übergeordnete Rolle zu.

Das Herz wird dabei als Pumpe verstanden, welches eine Zirkulation des Blutes durch den Körper bewirkt (BASTIEN 1985, p.7). Die Gefäße sind in diesem System die Transportwege, welche die Zirkulation gewährleisten und das lebenswichtige Blut durch den Körper leiten.

In diesem Zusammenhang lässt sich erneut die oben beschriebene Metapher im Bezug auf Körper-Natur-Wahrnehmung erkennen:

Die Gefäße, die als wichtige Organe wahrgenommen werden, spiegeln eine Wahrnehmung der Natur wieder. Im ganzen Untersuchungsgebiet ist der Naturraum immer wieder von Bewässerungskanälen durchzogen, die das lebenswichtige Wasser zu den in der Trockenzeit ansonsten austrocknenden Feldern führt. Diese natürliche Gegebenheit findet sich im übertragenen Sinne in den oben beschriebenen Umrisszeichnungen wieder. Neben der Häufigkeit und der Rangfolge der eingezeichneten Organe fällt bei den Gefäßen zudem auf, dass sie, ähnlich der Bewässerungskanäle der Region, von allen Probanden kontinuierlich über den ganzen Körper verteilt in die Umrisszeichnungen eingetragen wurden.

ANDRITZKY (1988b, p.260) beschreibt in diesem Zusammenhang speziell Flussmündungen als Orte mit spirituellen Eigenschaften: „Im Rahmen der antiken Reinigungsrituale hat der Ort der Flussmündungen nicht nur symbolische Bedeutung des Forttragens der Krankheiten und Übels gehabt, sondern er muss eine spirituell-kosmische Kraftqualität besessen haben.“
URTON (1978) nennt die Stelle der Vereinigung zweier Ströme als „Kraftorte“ im Zusammenhang mit der Inka-Astronomie und astralen Kräften und verweist hierbei auf die Inkanische Vorstellung der Milchstraße, die ebenfalls als Himmelfluss (Quechua: *mayu*), bestehend aus zwei Flüssen verstanden wird, deren Mittelpunkt durch den hellsten Punkt nahe des Kreuzes des Südens gesehen wird.

Bezüglich des Blutes beschreibt BASTIEN (1985, p.11) eine Metapher, welche man als „Körper-Berg-Metapher“ beschreiben kann. Dem Blut kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu. Es ist Träger von Vitalität (BASTIEN 1985, p.7) und gelangt durch das oben beschriebene zirkulierende Flüssigkeitsprinzip zu seinem Wirkungsort.

Die Besonderheit des Blutes wird im Allgemeinen durch oft beschriebene Verwendung des gleichen in verschiedensten Heil- und Opferritualen unterstrichen.

Ferner werden Abweichungen vom „Normalzustand“ des Blutes, wie Temperatur (zu heißes/ zu kaltes Blut) oder zu feuchtes bzw. zu trockenes Blut als Grund für die Entstehung von Krankheiten beschrieben (BASTIEN 1985, p.11). Auch der Verlust von Blut kann zu Krankheiten führen. In diesem Zusammenhang ist es manchmal schwierig, der andinen Bevölkerung die Notwendigkeit einer Blutprobenentnahme zu erklären (BASTIEN 1985, p.12).

Ein weiterer Bestandteil in der Vorstellung eines Systems zirkulierender Flüssigkeiten ist der Magen-Darm-Trakt (BASTIEN 1985, p.7). Es wird beschrieben, dass dieser Organkomplex in enger Beziehung zum Herz zu sehen ist, da seine Funktion, das heißt, der Fluss und die Zirkulation der Nahrung durch die Pumpleistung des Herzens angetrieben wird (CUSTRED 1979, p.281). BASTIEN (1985) sagt weiter, dass es in vielen Gegenden der zentralen Anden keine getrennten Begriffe für Herz und Magen-Darm-Trakt gibt, sondern dass sie als ein Organkomplex gemeinsam verstanden werden.

Hinweise für eine solche enge Beziehung zwischen Herz und dem Magen-Darm-Trakt konnten in der vorliegenden Untersuchung nicht nachvollzogen werden.

Ein drittes zirkulierendes System, welches in der andinen Wahrnehmung eine relevante Rolle hat, und somit seinen Organen eine besondere Stellung verleiht, ist das respiratorische System mit der Lunge als vertretendes Organ. Dabei ist zu erwähnen, dass bei diesem System eine direkte Verbindung zu einem Fluss von Emotionen, Seele und Geist zu sehen ist, die durch die Atmung in den Körper gelangen. Ein kurzzeitiges oder fortwährendes Verlassen aus dem Körper kann zu Krankheiten oder gar zum Tod führen (BASTIEN 1985, p.7).

Die Zirkulation von Flüssigkeiten im menschlichen Körper gilt als Grundlage des Lebens in der untersuchten Gruppe. Der Verlust von lebenswichtigen Körperbestandteilen wie des Blutes als auch die Einschränkung der Zirkulation der anderen beschriebenen Systeme führt zu Krankheiten. Die Wahrnehmung von Organen ist hierdurch beeinflusst.

7.2.2 Krankheitsverständnis

MDS-Darstellung

Im Folgenden sollen zur Erörterung der Grunddimensionen der Wahrnehmung von Krankheitsbegriffen in Lahuaytambo medizinische Laien und Heiler zusammen in einer MDS-Darstellung gezeigt werden. Es wird dadurch möglich, ein repräsentatives Bild der Gesamtbevölkerung zum Thema Krankheitswahrnehmung und ihrer kognitiven Ordnung im Untersuchungsgebiet zur Anschauung zu bringen und zu interpretieren.

Die Grunddimensionen der Laien unterscheiden sich nicht primär oder grundsätzlich von denen der Heiler, denn sonst wäre eine gemeinsame Kommunikation zwischen beiden Gruppen, auf der Grundlage eines gemeinsamen kulturellen Hintergrundes und gemeinsamer Begriffe nicht möglich. In einzelnen Teilaspekten kann es allerdings zu kleineren Unterschieden beider Untergruppen kommen, die auf einer unterschiedlichen Differenziertheit

der Wahrnehmung gründet. Auf die Unterschiede soll an späterer Stelle an Hand der Clusteranalyse eingegangen werden.

Die verschiedenen Einteilungen und Gruppierungen der Krankheitsbegriffe zeigen neben morphologischen und topographischen ebenfalls mythologische, funktionelle, sowie Handlungsdimensionen und Behandlungsschemata als Klassifikationsmerkmale.

Die Einteilungen von Krankheitsbegriffen sind:

Quadrantenaufteilung der MDS-Darstellung

Der Übersicht halber soll bei der MDS-Darstellung eine Aufteilung in vier Quadranten vorgenommen werden. Im Schnittpunkt der senkrecht aufeinander gefällten Achsen liegt der Nullpunkt. Die sich schneidenden Achsen teilen die MDS-Darstellung in vier Quadranten, in denen sich bereits einige Begriffsgruppierungen der Krankheitsbegriffe erkennen lassen.

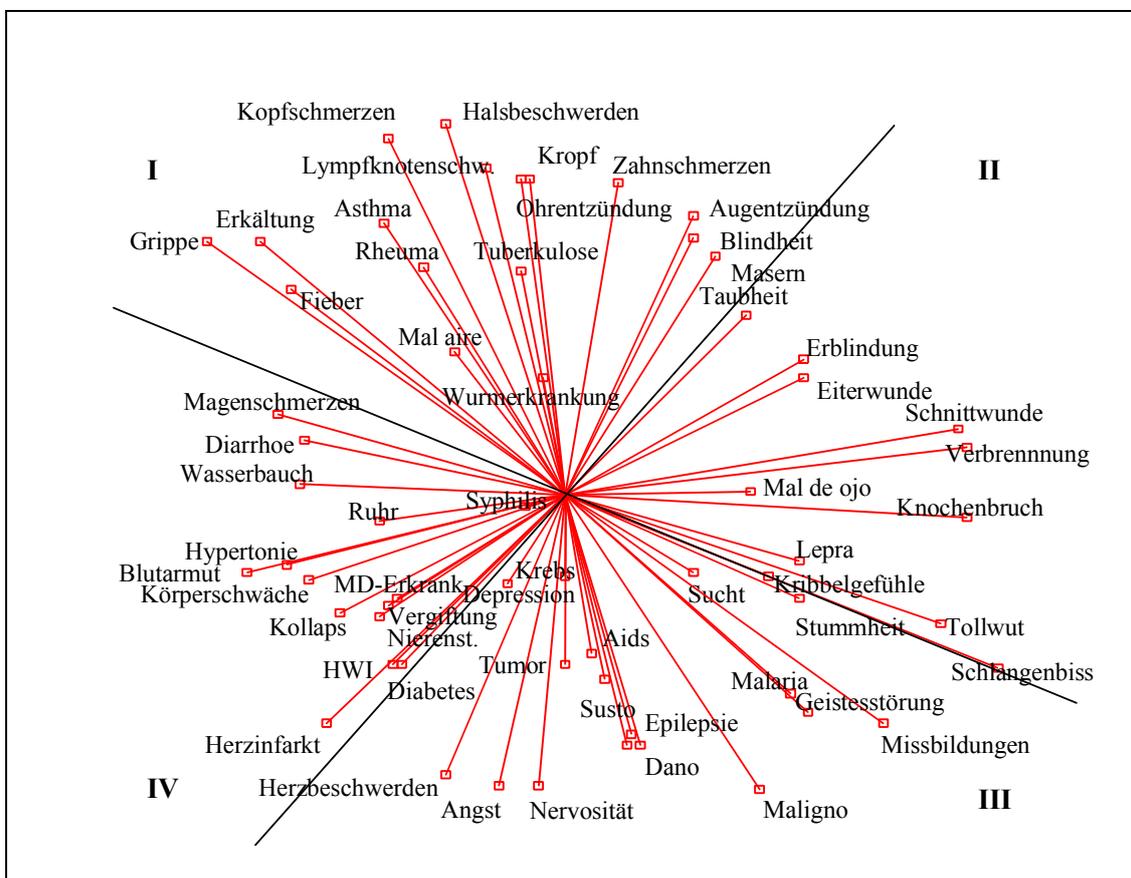


Abb. 7.28: Grunddimension der Wahrnehmung von Krankheiten
(n = 41; 35 Laien, 6 Heiler)

Im ersten (I) Quadranten kommen Krankheiten der Sinnesorgane (Taubheit, Ohrentzündung, Blindheit, Augentzündung), Schmerzsymptome der Kopf- Halsregion (Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Zahnschmerzen, Ohrentzündung) sowie Krankheiten, die durch Kälte hervorgerufen werden (Grippe, Erkältung, Rheuma, Fieber, Asthma, *mal aire*) zur Darstellung.

Der zweite (II) Quadrant umfasst die Krankheiten Lepra, eitrige Wunde die durch ihr morphologisches äußeres Erscheinungsbild den Krankheiten Verbrennung, Schnittwunde, Schlangenbiss und Knochenbruch ähnlich sehen. Topographisch kommen sie, wie andere

Krankheiten dieses Quadranten, an der Haut vor. Andere Begriffe dieses Quadranten sind Erblindung und *mal de ojo*.

Im dritten (III) Quadranten finden sich neben Krankheiten, die im westlichen Medizinverständnis das Nervensystem beschreiben (Depression, Nervosität, Angst, Geistesstörungen, Sucht) Krankheitsbegriffe mit andinen, kulturspezifischem Hintergrund (*daño, maligno, susto*). Eine weitere Gruppe (Epilepsie, Aids, Tumor, Krebs, Missbildungen, Malaria) fasst Krankheitsbegriffe zusammen, welche den Andenbewohnern in ihrer Bedrohlichkeit und Schwere bekannt sind.

Der vierte (IV) Quadrant fasst die Begriffsgruppe der als Magen-Darm-Erkrankungen (Ruhr, Diarrhoe, Wasserbauch, Magenschmerzen, Wasserbauch, Vergiftung) mit einer weiteren Gruppe von Krankheiten, die des Urogenitaltraktes (Harnwegsinfektion, Nierensteine, Syphilis) zusammen. Andere Krankheitsbegriffe dieses Quadranten sind Körperschwäche, Kollaps, Hypertonie, Blutarmut sowie im Übergangsbereich zum dritten Quadranten der Herzinfarkt.

Neben den morphologischen Ordnungen weist die Quadranteneinteilung auf anatomisch-topographische Ordnungen hin. Als Beispiel seien hier die Kopf assoziierten Krankheiten mit Schmerzsymptomen sowie anderen Krankheiten der Kopffregion genannt.

Achsenbildung zur Darstellung von Klassifikationsschemata:

Topographische Dimension oben-unten

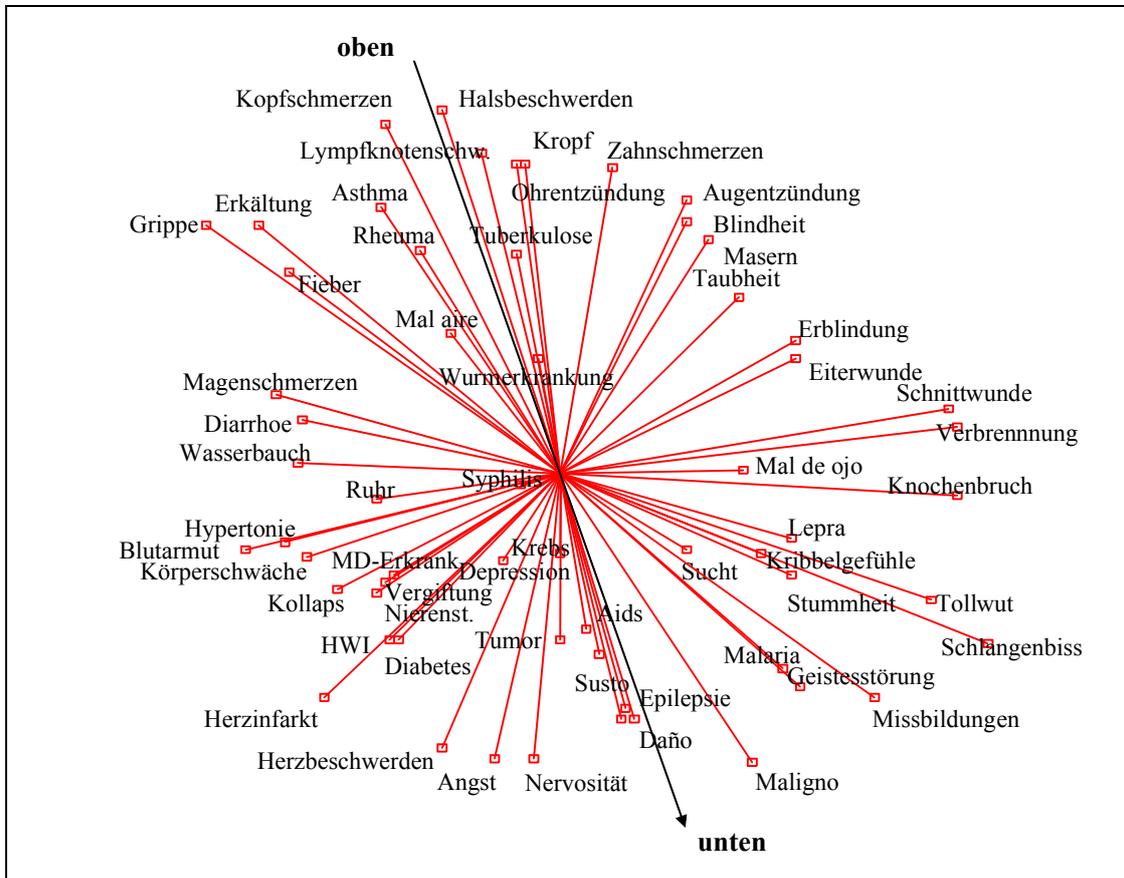


Abb. 7.29: Topographische Dimension der Ordnung von Krankheiten: oben-unten

Krankheiten“ (rechts oben) und die „innen in Erscheinung tretenden Krankheiten“ (links unten).

Sehr weit außen wahrgenommene Krankheiten sind: Masern, eitrige Wunde, Verbrennung, Knochenbruch, Schlangenbiss, Lepra und Syphilis. In ihrem äußeren Erscheinungsbild haben sie alle eine Beteiligung der Haut, das heißt, an dem im Körper am weitesten außen gelegenen Organ.

Im dritten Quadranten kommen die als am weitesten innen empfundenen Krankheiten zur Anschauung. Aus westlich medizinischer Sicht handelt es sich hierbei um Krankheiten des psychiatrisch-neurologischen Bereichs. Ebenfalls dieser Gruppe zugeordnet werden im kulturellem Medizinverständnis zu erklärende Krankheiten. Die jeweiligen Symptome sind vielfältig.

Die Klassifikationsschemata von Krankheitsbegriffe, die bis jetzt aufgezeigt wurden, gründen sich auf morphologischen und topografischen Dimensionen. Es können ferner andere Einflussfaktoren diskutiert werden, die eine Klassifikationsgrundlage der Krankheiten in andiner Vorstellung beschreiben.

An dieser Stelle soll ein andiner Krankheitsmythos beschrieben werden, der nach den vorliegenden Ergebnissen auch in der untersuchten Gruppe für das Krankheitsverständnis eine große Rolle spielt: Es handelt sich um den Mythos des *sonko-nanay*. Anschließend wird die Frage diskutiert, ob im Untersuchungsgebiet durch kultureigene und mythische Einflüsse die Krankheitswahrnehmung und kognitive Krankheitsordnung, die uns in den MDS-Darstellungen vorliegen, nachgewiesen werden kann.

Der Mythos vom sonko-nanay und sonko-nanay als Klassifikationsdimension

Der Begriff *sonko-nanay* bedeutet Herzweh. Er leitet sich aus dem Quechua: *sonko* = Herz und *nanay* = Krankheit ab. HARGOUS (1976) beschreibt *sonko-nanay* als ein Leiden, welches durch Gefährlichkeit seiner Beschwerden und der Verbreitung zusammen mit der Krankheit *susto* als eines der Hauptkrankheiten der andinen Ureinwohner angesehen werden muss (HARGOUS 1976 p. 76).

Die Ausführungen über *sonko-nanay* stützen sich dabei auf Arbeiten von SAL Y ROSAS (1966, 1967). Darin heißt es, dass *sonko-nanay* bereits zur Inkazeit wütete und dass die Kaiserin Chimbo-Mama-Coia, die Gemahlin des Inka Capac-Yupanqui, bereits von ihm befallen war und sie aus diesem Grund verstoßen wurde:

„Diese Dame war sehr schön, liebenswürdig und demütig, doch nachdem sie geheiratet hatte, wurde sie vom Herzweh befallen, das sich, so sagt man, dreimal am Tag wiederholte.“ (GUÁMAN POMA DE AYLA 1956, p.96). Der Inka Capac-Yupanqui erhielt daraufhin auf Bitte an den Sonnengott eine neue Gattin.

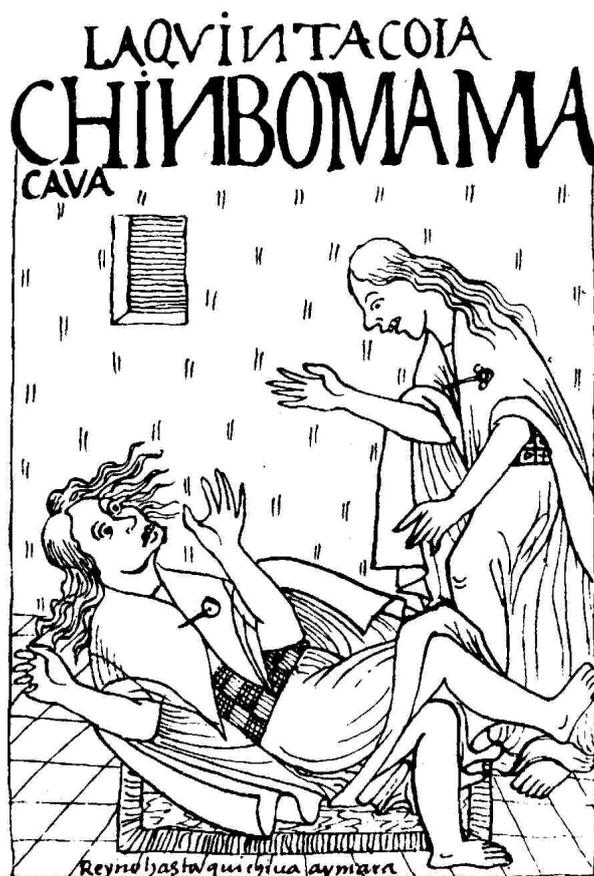


Abb. 7.31: Chimbo Mama, die Frau des 5. Inka
(GUAMÁN POMA DE AYALA 1956 p.96)

Sonko-nanay umfasst Krankheiten mit Störungen der Funktionssymptome des Herzens, wie Herzklopfen oder Herzstocken (HARGOUS 1976) oder allgemeine Herzbeschwerden, Hypertonie und Herzinfarkt.

Herzweh zeigt sich in verschiedenen nervösen Erscheinungsformen. Nach westlichem Medizinverständnis sind es Symptome, die durch Herzweh verursacht werden. Sie werden nach Stärke und Ausprägung unterschieden. So gibt es kleine, emotionale Aspekte wie Hysterie, Angstzustände (HARGOUS 1976) oder die allgemeine Nervosität. Die stärkste Erscheinungsform der nervösen Symptomatik ist das in Anfällen auftretende große Epilepsie-übel, *cuta-corrall* oder *eri-vientu* genannt (HARGOUS 1976, p.67). Die Epilepsie gilt in diesem Zusammenhang als „Prototyp einer Krankheitsgruppe, die von *sonko-nanay* Anfällen gekennzeichnet ist und deren Symptome vom chronischen Anfall des großen Übels bis zu solchen neurotischer Art reichen.“ (SAL Y ROSAS 1966).

Als Ursache und Erscheinungsform kommen verschiedene Erklärungsmöglichkeiten in Betracht:

An erster Stelle nennt HARGOUS (1976) das *huanuy-onkoy* (Quechua: Krankheit des Todes oder Krankheit der Toten) (Übersetzung durch HARGOUS 1976). Es äußert sich in Lähmung der willentlichen Bewegung der betroffenen Person. Die dabei beeinträchtigte Bewusstseinslage steigert sich vom Eintreten eines Kollapses bis zum Koma des Patienten. In seinem Aussehen kommt dieser Zustand einem Anfall des „großen Übels“ gleich. Er wird von der Andenbevölkerung als „schneller Tod“ verstanden und ist somit als Grund für die oben genannte Namensgebung anzusehen. Nach andiner traditioneller Denkweise ist Epilepsie eine

Herzkrankheit. SAL Y ROSAS (1967) weist Ähnlichkeiten der Herz- und Epilepsiebehandlung nach. HARGOUS (1976, p.68) beschreibt gleiche Behandlungsformen bei Herz- und Geisteskrankheiten.

Eine weitere Ursache für die Entstehung des Herzwehs und den damit verbundenen funktionellen Herzbeschwerden, als auch die nervösen Erscheinungsbilder ist der so genannte *llaqui* oder Kummermythos. Dem Mythos nach geht Kummer auf einen moralischen Schmerz nach einem Unglück zurück. Er wird mit einer Bestrafung durch die Gottheiten in Verbindung gebracht. Kummer entsteht zum Beispiel beim Tod einer Person oder bei einer sentimental Enttäuschung. Nach Vorstellung der Andenbevölkerung sind es hierbei die Gottheiten, die der Person das *sonko-nanay* auferlegen, wenn sie sich nicht selber schnell der moralischen Niedergeschlagenheit entziehen. Das Auferlegen der Krankheit gilt als Bestrafung einer Persönlichkeitsschwäche, die den moralischen Schmerz ertragen will. Die Gottheiten bestrafen den „Schwächezustand“ der jeweiligen Person (HARGOUS 1976, p.68).

Schließlich werden bestimmte kulturspezifische Krankheiten, wie *mal aire* und *susto* als Ursache für *sonko-nanay* beschrieben (HARGOUS 1976 p.68). Hier zeigt sich eine Vermischung verschiedener Erscheinungsbilder und Symptome des Herzmythos mit anderen kulturspezifischen Krankheiten, die nun aufgezeigt werden sollen.

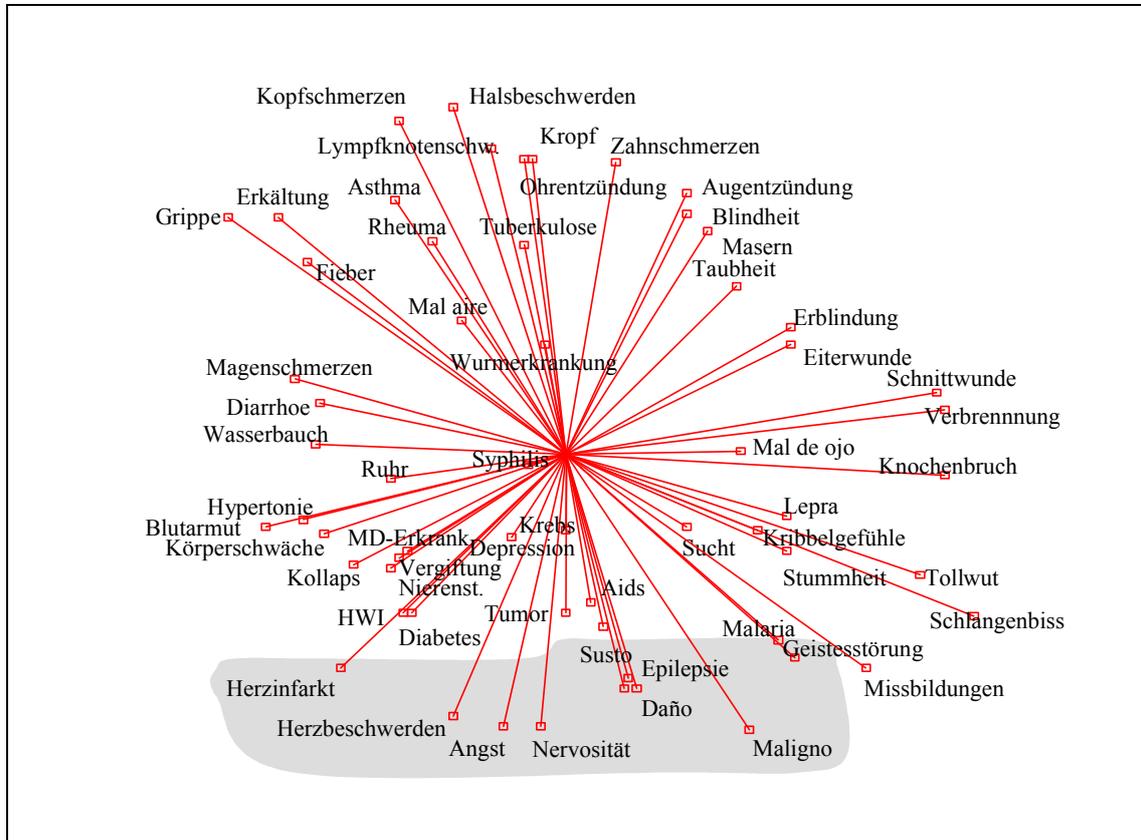


Abb. 7.32: Krankheitsverständnis nach dem Mythos des *sonko-nanay*

Die räumlichen Nähen, das heißt, als ähnlich empfundene kulturspezifische Krankheiten wie *susto*, *daño* und *maligno* sowie neurologische und nervöse Krankheitsbilder wie Angst, Nervosität und Geistesstörungen zeigen eine Übereinstimmung mit den Ursachenerklärungen zur Entstehung bzw. Äußerungen des Herzweh. Sie werden als kleine emotionale Aspekte des Erscheinungsbildes des *sonko-nanay* beschrieben. So zeigt sich, dass die kognitive Ordnung aus der MDS-Darstellung mit der Ordnung, die im Mythos des *sonko-nanay* vorgegeben ist, übereinstimmt. Hierbei fallen vor allem die Krankheitsbegriffe der funktionellen Herzsymptome in direkter Nähe zur Epilepsie auf.

Interpretation:

Die Übereinstimmungen der MDS-Darstellung der Krankheitsbegriffe mit den Nähen und assoziativen Ähnlichkeiten der im Mythos beschriebenen Krankheitssymptome führt zu der These, dass der Herzmythos *sonko-nanay* einen bedeutenden Einfluss auf die Krankheitsklassifikation der befragten Gruppe hat.

Die Ergebnisse der Ähnlichkeitsdaten durch die MDS-Darstellung zeigen ein weiteres Mal die Bedeutung des Herzens, das als Zentrum des Erlebens des menschlichen Seins, mit Sitz der Seele und der Lebenskraft angesehen wird.

Ansteckende Krankheiten ein Klassifikationsmerkmal ?

Wie die Interviewstudie gezeigt hat, existiert Wissen über ansteckende Krankheiten, sowie mögliche Übertragungswege. Vor Allem wird ein Mangel an Hygiene für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten verantwortlich gemacht. Hierbei gelten schlecht gewaschenes Geschirr, verunreinigtes Wasser oder nicht ausreichend saubere Speisen als Quelle der Ansteckung (Ergebnisse Laienbefragung Frage B16). Als weiterer Grund für eine Ansteckung von Krankheiten werden die engen Wohnverhältnisse und die Nähe zu kranken Personen aus der Familie beschrieben. Erklärungen der Informanten zeigen, dass ebenfalls Infektionswege mittels Insektenstiche bekannt sind.

Die Verteilung der Krankheitsbegriffe, die als ansteckende Krankheiten beschrieben werden, zeigen jedoch weder ein einheitliches, abgrenzbares Feld in der MDS-Darstellung, noch eine Gruppierung von ähnlichen Begriffen in der Hiclus-Auswertung. Dem Klassifikationsmerkmal ansteckende Krankheiten kommt in der Klassifikation von Krankheiten bei der untersuchten Gruppe eine untergeordnete Rolle zu.

Bestimmte Krankheiten werden den jeweiligen Heilerinstitutionen zugewiesen: dem traditionellen Heiler einerseits und dem Arzt der Medizinstation bzw. Krankenhausbetreuung andererseits.

Bei der Auswertung der Interviews fiel auf, dass dem Heiler eine besondere Behandlungskompetenz bei den kulturspezifischen Krankheiten zugesprochen wurde.

Die Krankheiten, die in der Behandlungskompetenz des Arztes stehen, sind zum Beispiel Nierensteine, Harnwegsinfekt und Syphilis, mit Blut in Verbindung zu bringende Krankheitsbegriffe (z.B. Diabetes) sowie allgemeine Symptome wie Körperschwäche.

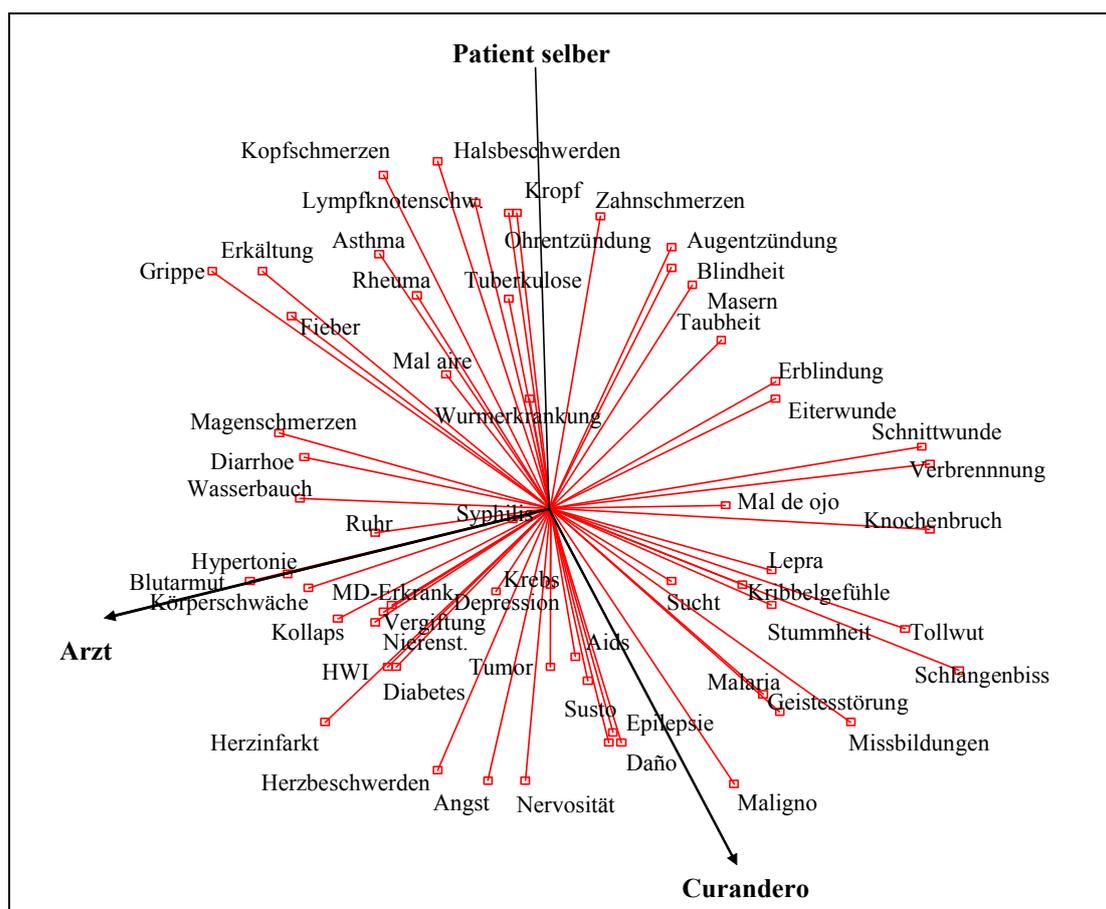


Abb. 7.34: Klassifikation von Krankheiten nach Person der Behandlung

Neben den primären topographischen, morphologischen und mythologischen Klassifikationsdimensionen findet sich eine weitere Dimension, die als Handlungsdimension interpretiert wird. Welche Heilinstitution bei welcher Krankheit aufzusuchen ist, wird durch die kognitive Krankheitsordnung vorgegeben (s. Abb. 7.34). Innerhalb dieser Ordnung ist jede Krankheit einer bestimmten Heilinstitution zugeordnet. Da weiterhin in dieser Ordnung grundsätzlich unterschieden wird, ob eine Krankheit selbst behandelt werden kann oder ob fremde Hilfe durch *curandero* oder Arzt nötig ist, gibt diese Ordnung eine Form der Kontrollüberzeugung wieder.

Nach DÜRHOLOTZ (1993, p.94) ist die Kontrollüberzeugung auch bei medizinischen Laien in Köln die Grundlage der kognitiven Klassifikation von Krankheitsbegriffen.

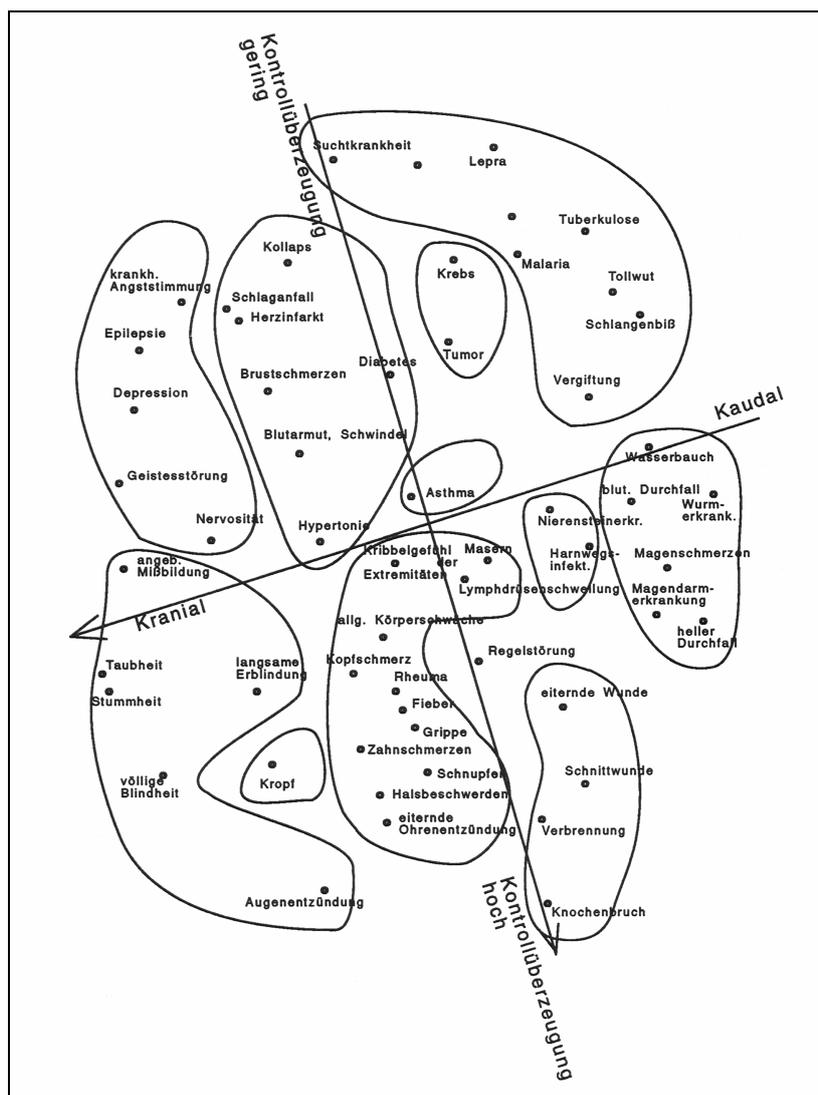


Abb. 7.35: Krankheitsbegriffe medizinischer Laien in Köln (DÜRHOITZ 1993, p. 94)

Der entscheidende Unterschied zu den Ergebnissen der Laien Lahuaytambo besteht darin, dass es bei DÜRHOITZ zu einer Zweiteilung der Krankheiten hinsichtlich der Kontrollüberzeugung kommt. Es gibt solche Krankheiten, die selbst beherrscht und behandelt werden können (Krankheiten mit hoher Kontrollüberzeugung) und solche, die fremder, ärztlicher Hilfe bedürfen (Krankheiten mit geringer Kontrollüberzeugung). Bei den Laien aus Lahuaytambo hingegen kommt es zu einer weiteren Aufteilung derjenigen Krankheiten mit geringer Kontrollüberzeugung.

Eine Gruppe umfasst jene Krankheiten, die durch den traditionellen Heiler behandelt werden, eine andere fällt in das Zuständigkeitsgebiet des Arztes der Gesundheitsstation. Bei denen vom Arzt behandelten Krankheiten handelt es sich oft um chronische Erkrankungen oder um jene im fortgeschrittenen Stadium.

Interpretation:

Ein intaktes, seit Jahrhunderten bestehendes traditionelles Medizinsystem verliert durch die Anwesenheit des öffentlichen Gesundheitswesens keinesfalls an Wertigkeit oder Bedeutung. Es kommt zu einer direkten Zuweisung verschiedener Krankheiten zu unterschiedlichen Heilinstitutionen. Die Koexistenz zweier völlig unterschiedlicher Medizinsysteme nebeneinander ist möglich. Sie können sich gegenseitig ergänzen ohne in ständiger Konkurrenz zueinander zu stehen.

a) Handlungsdimension und Behandlungsschema

Nachdem sich gezeigt hat, dass Krankheiten unter anderem nach Kontrollüberzeugung geordnet werden, lässt sich nun die Frage stellen, ob sich aus dieser kognitiven Ordnung von Begriffen ein Behandlungsschema ableiten lässt. In der gefundenen kognitiven Ordnung finden sich Gruppen von Krankheiten, denen in Lahuaytambo entweder natürlichen oder übernatürlichen Ursachen zugesprochen werden. Aus ihnen ergeben sich letztlich zwei unterschiedliche Behandlungsansätze:

Krankheiten mit übernatürlicher Ursache sind zum Beispiel diejenigen der Herzgruppe (Herzmythos *sonko-nanay*) und die der neuro-psychologischen Krankheitsbilder, welche in ihrer Entstehung häufig mit Dämonen oder dem Teufel in Verbindung gebracht. Im der MDS-Darstellung kommen sie im dritten Quadranten zur Darstellung.

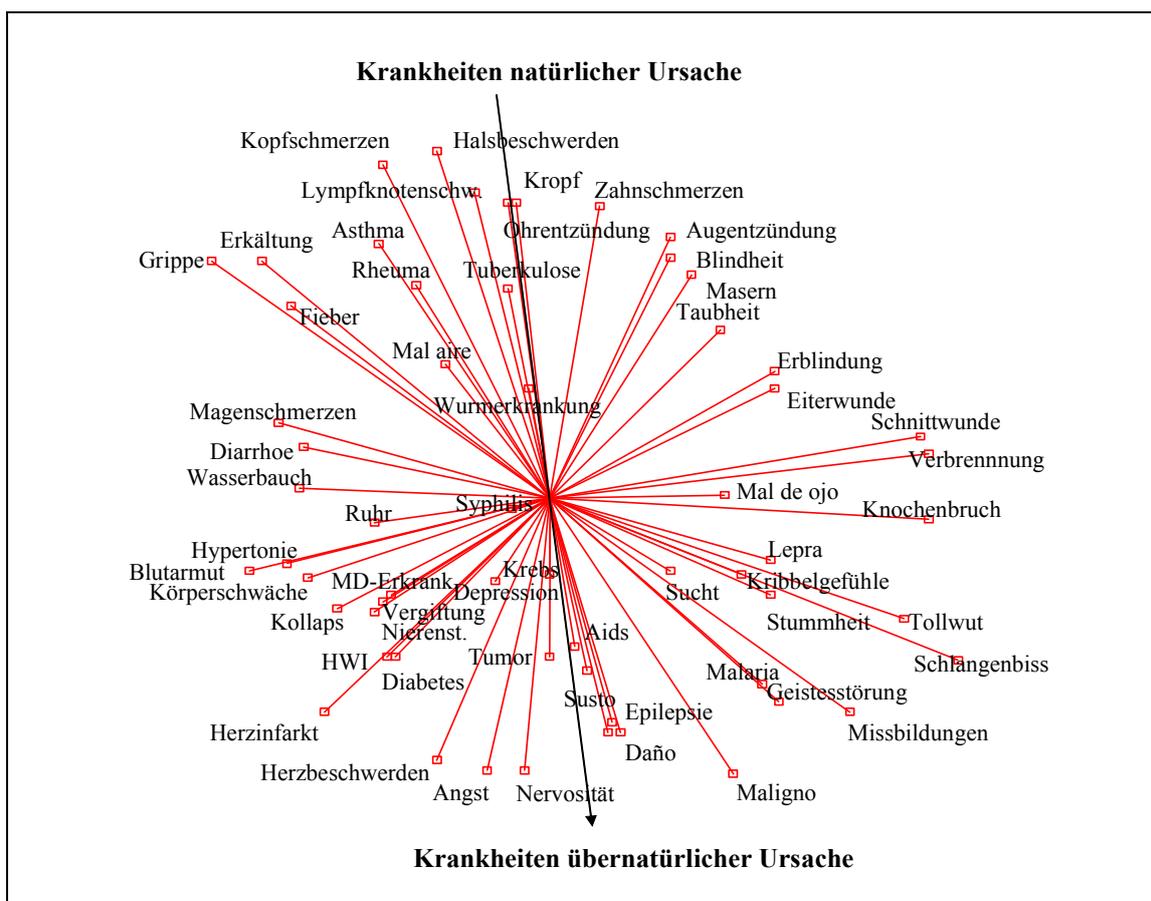


Abb. 7.36: Klassifikation von Krankheiten nach natürlicher-übernatürlicher Ursache

In Abb. 7.36 werden die Krankheiten nach natürlichen und übernatürlichen Ursachen geordnet. Innerhalb dieser beiden Gruppen kann nach Abb. 7.34 nach Krankheiten unterschieden werden, die selbst und nicht selbst behandelbar sind.

Besonderheiten :

Mal aire, eine häufig als kulturspezifisch beschriebene Krankheit, wird nach Abb. 7.36 mehr den natürlichen Krankheiten zugeordnet. Dies ist erklärungsbedürftig.

Die Erscheinungsbilder des *mal aire* können verschieden sein (s. Kap. 7.1.9: Traditionelle Krankheitsbilder). *Mal aire* wird einerseits als kalter Wind bezeichnet, der zu Krankheiten führt. Die Erkrankung wird durch Kälte (natürliche Ursache) begründet. Andererseits werden *mal aire* beschrieben, die durch übernatürliche, mythische Eigenschaften z.B. Totenwinde der Ahnenruhestätten (*aire de los gentiles*) Krankheiten auslösen.

Die Art der Behandlung, so hat die Interviewstudie gezeigt, ist ebenfalls abhängig von der vermuteten Ursache. So werden Krankheiten natürlichen Ursprungs eher mit pflanzlichen Hausmitteln (z.B. Tees oder Bädern) oder durch Medikamente aus der Medizinstation behandelt, wohingegen Krankheiten übernatürlicher Genese durch rituelle Heilungen durch den Heiler versorgt werden.

Clusteranalyse

Zur Darstellung der vermuteten unterschiedlichen Differenziertheit eines Medizinsystems zwischen der Laienbevölkerung und deren Wissensinstitution, hier den Heilern, soll ein Vergleich der getrennten Clusteranalysen weiterhelfen. Durch die Clusteranalyse lassen sich diese detaillierten Unterschiede der Oberbegriffe bzw. der Grunddimensionen erheben.

Bei der Clusteranalyse der Laienbevölkerung ergaben sich insgesamt acht Hauptgruppen, so genannte Hauptcluster:

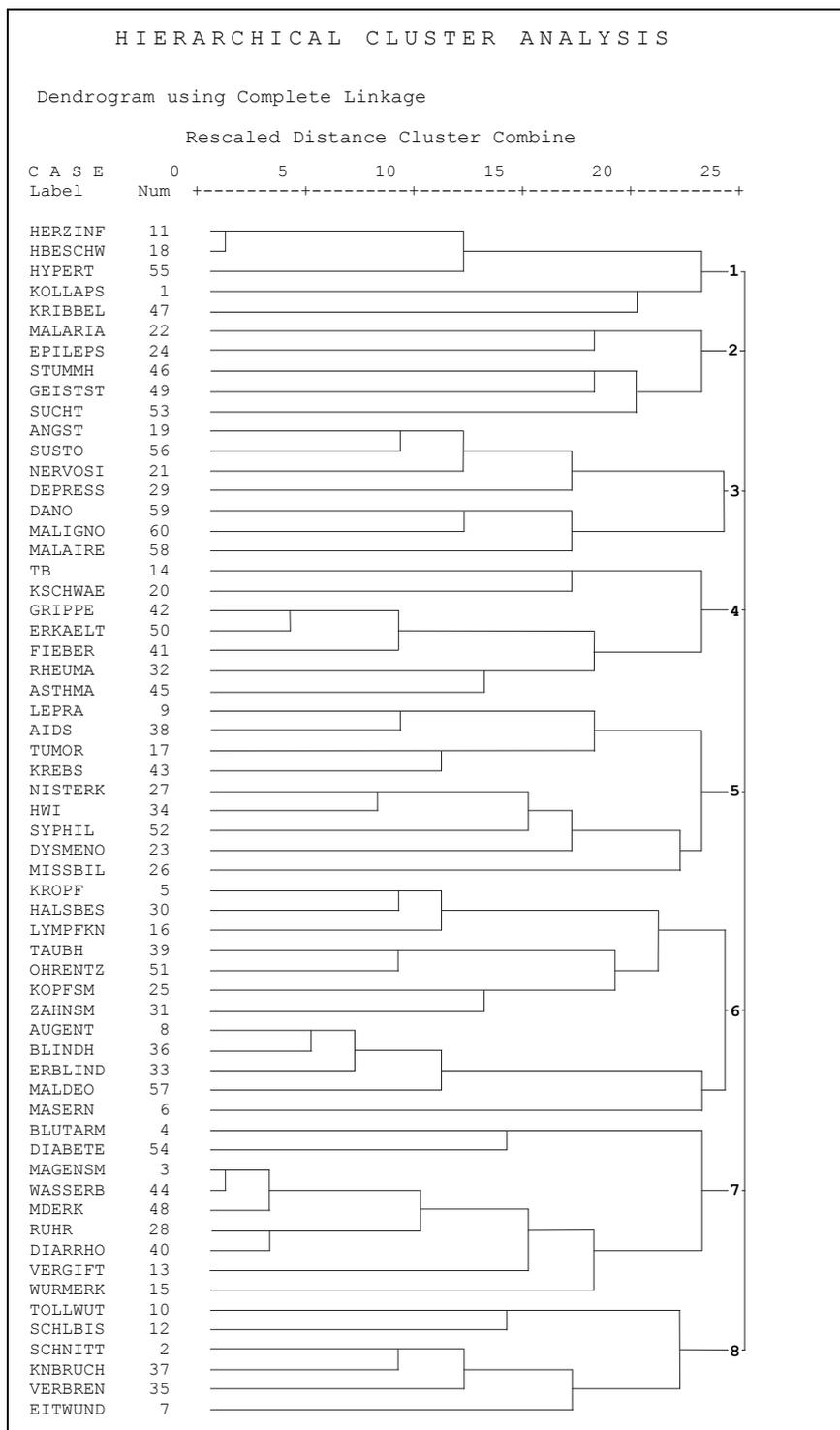


Abb. 7.37: Clusteranalyse von Krankheiten: Laienbevölkerung (n = 35)

In der ersten Gruppe (1) werden Herzinfarkt, Herzbeschwerden, Hypertonie und der Kollaps sowie Kribbelgefühle vereint. Diese Gruppe, umfasst die funktionellen Herz- Kreislauf Erkrankungen kann.

Die zweite Gruppe (2) zeigt Krankheitsbegriffe, die in ihrem äußeren Erscheinungsbild ein ähnliches Bild bieten. Es sind Krankheiten, die zuweilen durch unkoordiniert erscheinende Körperbewegungen in Erscheinung treten: Epilepsie, Sucht (Anfälle), Malaria mit den in Verbindung stehenden Schüttelfrost bei Fieberanfällen, sowie die Krankheiten: Geistesstörungen und Stummheit.

Als dritte Gruppe (3) werden alle Krankheitsbegriffe zusammengefasst, die als übernatürlich gelten oder sich im kulturspezifischem Zusammenhang erklären lassen: *susto*, *maligno*, *mal aire*, *daño*. Des Weiteren finden sich in dieser Gruppe die Krankheiten Depression, Nervosität und Angst.

Eine weitere Gruppe (4) bilden die Krankheitsbegriffe: Tuberkulose, Körperschwäche, Grippe, Erkältung, Fieber, Rheuma und Asthma. Es handelt sich hierbei um jene Krankheiten, die im Verständnis der Laienbevölkerung durch Kälte hervorgerufen werden. Wie sich in der Interviewstudie gezeigt hat, handelt es sich, bis auf die Tuberkulose und das Asthma um Krankheiten, die in der Andenregion häufig vorkommen. Da die Tuberkulose den Andenbewohnern meist in Form der Lungentuberkulose bekannt ist und ebenfalls das Asthma an den großen Küstenstädten eine häufige Erkrankung ist, ist die Zuordnung zu dieser Gruppe verständlich.

Lepra, AIDS, Tumore und Krebs bilden einen Zusammenschluss von Begriffen, die in ihrem Schweregrad den befragten Laien bekannt sind. Sie können als Krankheiten beschrieben werden, die den Laien als schwierig, wenn überhaupt als heilbar charakterisiert werden. Zusammen mit dem Nierensteinleiden, Harnwegsinfektion, Syphilis, Dysmenorrhoe bilden sie die fünfte Hauptgruppe (5), welche sich hinsichtlich der Kontrollüberzeugung der Eigenbehandlung entziehen. Wie sich empirisch gezeigt hat handelt es sich um Krankheiten, die dem Arzt als Heilinstitution zugeschrieben werden.

Die sechste Gruppe (6) umfasst Krankheiten, die topographisch der Kopfregion zuzuordnen sind. Es sind die Begriffe: Kropf, Halsbeschwerden, Lymphknotenschwellung, Taubheit, Ohrenentzündung, Kopf- und Zahnschmerzen. Die Augenentzündung, Blindheit, Erblindung und das *mal aire* sind Erkrankungen, die mit der Sinneswahrnehmung Sehen umschrieben werden kann. Sie vervollständigen die Begriffsgruppe der Kopfregion.

Es fällt auf, dass die Krankheit *mal de ojo* an dieser Stelle erwähnt wird. Nach den Ergebnissen der Interviewstudie wäre eher eine Zugehörigkeit zur Gruppe der übernatürlichen bzw. kulturspezifischen Krankheiten zu vermuten gewesen. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür ist, dass das *mal de ojo* in seiner Entstehung und Behandlungsmöglichkeit recht gut bekannt ist. So wird der „böse Blick“, der von einer Person ausgeht, unter anderem für das Entstehen von Krankheitssymptomen des *mal de ojo* verantwortlich gemacht. Es sind meist Kinder, die betroffen sind. Das zur Heilung angewandte Eiritual ist auch der Laienbevölkerung gut bekannt und wird praktiziert. Bei den anderen kultureigenen Krankheiten ist eine solch eindeutige Zuweisung zu einem Organsystem oder topographischer Region nicht gegeben, was die Zugehörigkeit zu einer anderen Hauptgruppe erklärt.

Die siebte Gruppe (7) umfasst zwei Untergruppen. Zum einen Krankheiten des Magen/Darm-Traktes (Magenschmerzen, Wasserbauch, Ruhr, Diarrhoe, Vergiftung und Wurm-

erkrankungen) zum anderen Störungen des Blutsystems (Blutarmut und Diabetes; öfters als *sangre dulce* span.: süßes Blut beschrieben). Man kann diese beiden Untergruppen als Probleme der zirkulierenden Körpersäfte zusammenfassen.

Die letzte Hauptgruppe (8) zeigt Erkrankungen, die sich in ihrer Entstehung ähneln. Es sind Erkrankungen, die durch äußere Einflüsse ausgelöst werden: Tollwut, Schlangenbiss, Schnittwunde, Knochenbruch, Verbrennung und eitrige Wunde.

Der Vergleich beider Clusteranalysen medizinischer Laien mit welcher der Heiler zeigt, dass es bei der Gruppierung zu Oberbegriffen einige Gemeinsamkeiten gibt, im Detail jedoch einige Unterschiede zu erkennen sind.

Da es sich mit sechs Heilern um eine kleine Probandenzahl handelt, wurde für die Auswertung die average linkage der Clusteranalyse gewählt.

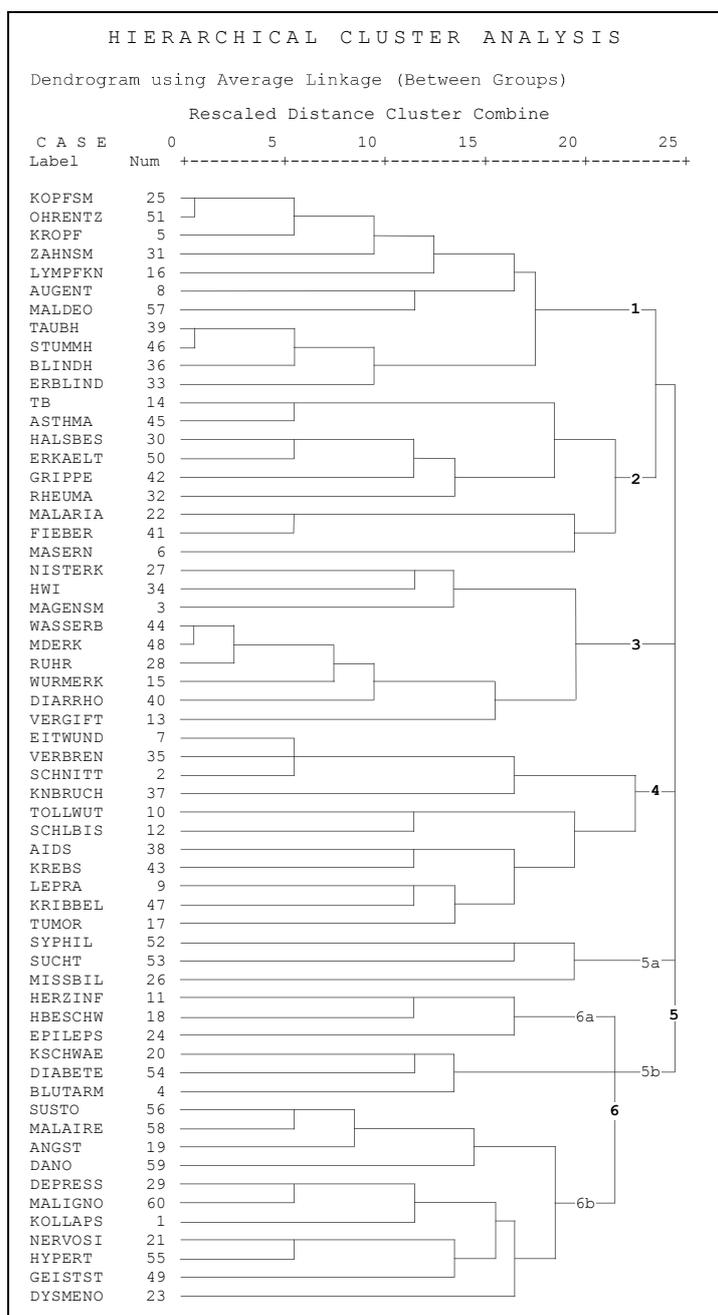


Abb. 7.38: Clusteranalyse von Krankheiten: Heiler (n = 6)

Die Kopfgruppe (1) der Heiler weist, ebenso wie die der Laienbevölkerung zwei Untergruppen auf. Eine fasst topographisch in der Kopfregion vorkommende Krankheiten zusammen (Kopfschmerzen, Ohrenschmerzen, Kropf, Zahnschmerzen, Lymphknotenschwellung, Augenentzündung und das *mal de ojo*). Die zweite Untergruppe bildet die funktionelle Gruppe von Erkrankungen der Sinnesorgane (Taubheit, Blindheit, Stummheit und Erblinden).

Die zweite Gruppe (2) der Clusteranalyse umfasst, ähnlich der vierten Gruppe der Laienbefragung, Krankheiten, die durch klimatische Bedingungen ausgelöst werden. Es handelt sich um die Begriffe Tuberkulose, Asthma, Halsbeschwerden, Erkältung, Grippe und Rheuma, die allgemein durch Kälte hervorgerufen werden. Auffällig ist, dass sich diese Untergruppe mit einer weiteren vereinigt, das heißt als ähnlich empfunden wird (Malaria, Fieber und die Masern). Wie sich empirisch gezeigt hat, wurden diese Begriffe als eher warme Krankheiten interpretiert. Die Vereinigung der beiden Untergruppen wirft die These auf, dass an dieser Stelle ein übergeordnetes, erweitertes Einteilungskriterium eine Rolle spielt. Ein Zusammenschluss zu einem funktionellen Obergriff infektiöser- oder ansteckender Krankheiten wäre denkbar. Diese These wird nicht zuletzt durch die frühe Vereinigung, das heißt Gemeinsamkeit der Krankheit Malaria mit Fieber und Masern unterstützt. Es zeigt bei den Heilern ein gewisses funktionelles Verständnis der Infektionskrankheiten. In der Laienbevölkerung wird die Krankheit Malaria mit äußerlich erkennbaren Eigenschaften bzw. Symptomen mit anderen Krankheiten in Verbindung gebracht. Funktionelle Zusammenhänge lassen sich dabei nicht erkennen.

Die zwei Untergruppen der dritten Hauptgruppe (3) zeigen Krankheiten, deren Erscheinung sich topographisch auf die Bauchregion konzentriert. Sie fassen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Wasserbauch, Magenschmerzen, Magenerkrankungen, Ruhr, Wurmerkrankungen, Diarrhoe und Vergiftung) mit denen aus dem Urogenitaltrakt (Nierensteine und Harnwegsinfekte) zusammen. Sie bilden gemeinsam die funktionelle Einheit von Erkrankungen, die mit der Ausscheidung assoziiert ist.

Eine weitere Hauptgruppe (4) beschreibt Begriffe, die sich morphologisch und durch das Organ, an dem sie in Erscheinung treten, gleichen. Es sind Krankheitsprozesse, die topographisch ganz außen am Körper, das heißt auf der Haut in Erscheinung treten. Es handelt sich zum einen um Krankheiten, die ähnlich der Laienbefragung, durch Unfälle verursacht sind (Knochenbruch, Schnittwunde, Verbrennung und eitrige Wunde), zum anderen durch ihre Schwierigkeit oder gar Unheilbarkeit charakterisiert sind (Tollwut, Schlangenbiss, Aids, Krebs, Lepra, Kribbelgefühle und Tumore).

Die fünfte Hauptgruppe (5) (Syphilis, Sucht, Missbildungen sowie allgemeine Körperschwäche, Diabetes und Blutarmut) umfasst Erkrankungen, bei denen, ausgenommen Syphilis, keine topographische Zuordnung erfolgen kann. Sie können vielmehr den ganzen Körper betreffen.

In der sechsten Hautgruppe (6) der Clusteranalyse sind im Vergleich zu den Ergebnissen der Laienbefragung die größten und wohl auch wichtigsten Unterschiede erkennbar. In dieser Gruppe werden Herz bezogene Krankheiten mit denen im weiteren Sinne als kulturspezifisch zu bezeichnenden Krankheiten vereint.

Es ist zu erkennen, dass sich die aus dem kulturellen Zusammenhang zu interpretierenden Erkrankungen zahlenmäßig mit mehr ihnen ähnlich erscheinenden Krankheiten vereinigen, als es bei der Laienbevölkerung der Fall ist. Bei den Laien sind dies neben dem *susto*, *maligno*,

mal aire, *daño* lediglich weitere drei Erkrankungen (Depression, Nervosität und Angst). Bei den Heilern kommen weitere vier Erkrankungen dazu (Geistesstörung, Dysmenorrhoe, Kollaps und Hypertonie). Bei den Laien werden somit sieben, bei den Heilern elf Krankheiten als verwandt gedeutet. Man kann die These aufstellen, dass die Heiler ein differenzierteres bzw. erweitertes Wahrnehmungsbild von kulturspezifischen Erkrankungen haben.

Als weiterer Unterschied zur Laienbevölkerung zeigt sich bei den Heilern eine klarere Zuordnung der oben genannten Krankheiten zur Untergruppe: Erkrankungen des Herzens. Diese Gruppe beinhaltet neben Funktionssymptomen des Herzens (Herzinfarkt, Herzbeschwerden) eine enge Verwandtschaft mit der Epilepsie. Wie sich bereits gezeigt hat, lässt sich dieser Zusammenschluss der beiden Untergruppen durch die mythologische Vorstellung des Herzwehs *sonko-nanay* erklären. Hiernach sind der Herzinfarkt und die Epilepsie die stärksten Erscheinungsformen, die sich dem Betroffenen im Falle eines Herzwehs zeigen können. Dabei bezieht sich der Herzinfarkt auf die Funktionssymptome des Herzens, wohingegen die Epilepsie bzw. der epileptische Anfall als stärkste Form der nervösen Symptomatik des *sonko-nanay* gesehen wird.

Durch diesen Erklärungsansatz wird deutlich, dass die Krankheiten dieser Untergruppierung durch die Heiler eher als solche mystischen, übernatürlichen Ursprungs verstanden werden.

Ein weiterer Hinweis für diese These findet sich in der Ähnlichkeit, dass heißt im Zusammenschluss mit der Untergruppe der übernatürlichen Erkrankungen. Es kommt so unter anderem zu einer Vermischung mit den Krankheiten *susto* und *mal aire*. HARGOUS (1976) sieht in diesen Krankheiten unter anderem eine der Ursachen für das Entstehen des Herzwehs. Andere Erkrankungen dieser Untergruppe kann man im mythologischen Verständnis nach HARGOUS 1976 als ebenfalls nervöse Erscheinungsformen des *sonko-nanay* deuten (Angst, Nervosität, Depression).

Die Geistesstörung, eine weitere Erkrankung dieser Gruppe beschreibt HARGOUS (1976 p.68) als ähnlich der Epilepsie, weil sie, wie Arbeiten von SAL Y ROSAS (1967) gezeigt haben, ähnliche Behandlungsansätze zeigen. Die Krankheit bzw. den Zustand eines Kollapses, als andere Krankheit dieser Gruppe, beschreibt er in diesem Zusammenhang als weitere Erscheinungsform von *sonko-nanay* Anfällen.

Diese Ansätze lassen sich bei den Ergebnissen der Clusteranalyse der Laienbevölkerung lediglich andeutungsweise erkennen. Hierbei ist die räumliche Nähe der verschiedenen Hauptcluster 1, 2 und 3 zu nennen. Es kommt jedoch zu einer eindeutigen Trennung der drei Hauptgruppen, was im Vergleich zu den Heilern eine größere Unabhängigkeit bzw. Unähnlichkeit ausdrückt. So fasst die Herzgruppe der Laienbefragung lediglich funktionelle Herzsymptome zusammen (Herzbeschwerden, Herzinfarkt sowie Hypertonie und den Kollaps) und lässt keine eindeutige Verbindung zur Epilepsie zu.

Es lässt sich die These aufstellen, dass der oben beschriebene mythologische Ansatz bei der Laienbevölkerung eine geringere Rolle spielt. Die Epilepsie wird eher nach ihrem äußeren Erscheinungsbild, als durch funktionelle oder mythologische Wahrnehmung kategorisiert. Auch die dritte Hauptgruppe der Laienbefragung (kulturspezifischen Krankheiten) ist eher als unabhängige Gruppe zu sehen.

Es bestätigt sich hierbei eine Beobachtung, die sich bei der Interviewbefragung gemacht wurde: Es war auffällig, dass die Laien die kulturspezifischen Krankheiten stets zusammenlegten, wohingegen die Heiler sie einzeln legten und ihnen ähnlich erscheinende Begriffe, Krankheiten bzw. Symptome zuordneten:

Drei der sechs Heiler wählten die Krankheit *susto* zu Beginn des Kartenlegens als ersten Begriff aus, der im Folgenden einmal 14, bei dem nächsten Heiler neun sowie fünf weitere

Krankheiten zugeordnet wurden. Die Krankheit *mal aire* wurde ebenfalls dreimal als eine Art Schlüsselbegriff zu Beginn ausgewählt und im Anschluss jeweils sechs (sechs; drei) andere Begriffe zugeteilt. Es fiel ferner auf, dass in den einzelnen Gruppen höchstens eine weitere kulturspezifische Krankheit vorkam.

Seitens des Heilers könnte man dies als eine Art höherer Wertigkeit der kulturspezifischen Krankheiten interpretieren, die einen größeren Einfluss auf die Wahrnehmung von Krankheiten haben als bei der Laienbevölkerung.

Interpretation:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wahrnehmung von Krankheitsbegriffen im Vergleich von medizinischen Laien und den Heilern aus Lahuaytambo viele Gemeinsamkeiten zeigen. Die Heiler haben ein differenzierteres, vor allem funktionell erweitertes Verständnis von Krankheiten.

Mythologische Vorstellungen und Denkstrukturen haben in der untersuchten Gruppe Einfluss auf die Wahrnehmung von Krankheiten. Insbesondere die ortsansässigen Heiler des Untersuchungsgebietes sind durch ihr besseres Verständnis und ihr größeres Wissen bezüglich kulturspezifischen Erkrankungen in ihrer Wahrnehmung stärker durch diese beeinflusst.

8 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer ethnomedizinischen Feldforschungsstudie im Distrikt Lahuaytambo im peruanischen Andenhochland vor. Es wurden insgesamt 36 medizinische Laien und sechs ortsansässige Heiler zur Wahrnehmung menschlicher Anatomie und Krankheit sowie ihrer kultureigenen Ordnung von Körper- und Krankheitsbegriffen untersucht. Die Untersuchung stützt sich auf eine dreimonatige Feldforschung im Andengebiet von März bis Mai 1998, in der qualitative Interviews und Ähnlichkeitsdaten von anatomischen Begriffen und Krankheitsbegriffen erhoben wurden. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und später niedergeschrieben.

Die Auswertung der Ähnlichkeitsdaten erfolgte anhand computergestützter Untersuchungsmethoden (Multidimensionale Skalierung, MDS, und Clusteranalyse), anhand denen Aussagen über Klassifikationsschemata von Krankheiten bzw. anatomischer Begriffe gewonnen wurden. Entsprechend ihrer Ähnlichkeit wurden Krankheitsbegriffe und anatomische Begriffe in einer graphischen Darstellung (MDS-Graphik) angeordnet. Durch die graphische Anordnung können kognitive Klassifikationsdimensionen (KKS) in Form von Achsen leichter interpretiert werden. Diese dienen dazu Ordnungsdimensionen, nach denen die Krankheitsbegriffe und anatomischen Begriffe in der Kultur strukturiert werden, offen zu legen. Durch die Clusteranalyse werden weitere Informationen zu möglichen Oberbegriffe bzw. Grunddimensionen der kognitiven Ordnung analysiert werden.

Ziel der Untersuchung war die Erstellung einer Ethnographie zum medizinischen Wissen der Bevölkerung in Lahuaytambo und die Offenlegung der Klassifikationsschemata von Krankheiten und menschlicher Anatomie.

Die Ergebnisse wurden mit Paralleluntersuchungen bei Krahó-Indianern aus Boca de Acre (brasilianischer Regenwald), den Bakun-Kankanaey-Igorot und den Cabuntogueños (Philippinen) sowie mit einer ländlichen tibetanischen Gruppe aus Dharamsala (Nordindien) verglichen, kulturspezifische Besonderheiten der kognitiven Klassifikationsschemata, sowie intrakulturelle Unterschiede der Wahrnehmung zwischen medizinischen Laien und der ortsansässigen Heiler herausgestellt.

Bei den Ergebnissen der Auswertung zu anatomischen Begriffen konnte nachgewiesen werden, dass die bei unterschiedlichen Ethnien in Paralleluntersuchungen weltweit gefundene topographische Grunddimension der kognitiven Strukturierung von Wahrnehmung *oben-unten* und *innen-außen* auch bei der untersuchten Gruppe die Ordnungsdimensionen der Anatomie beeinflussen.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Begriffe Blut, Blutgefäße, Herz, Lunge und Nerven eine besondere Stellung einnehmen:

Die Begriffe Blut und Blutgefäße nehmen bei der MDS-Darstellung auf der Achse *innen-außen* eine Extremposition ein, sie werden als die am weitesten innen liegenden Körperteile abgebildet. Ebenso gewinnen sie in der Achse *oben-unten* eine gegenüber den genannten Kulturen höher gestellte Position und höhere Wertigkeit ein. Sie werden deutlich über Herz und Lunge abgebildet.

Die Strukturierung der Körperwahrnehmung auf gedanklicher und begrifflicher Ebene findet in gegensätzlichen Dimensionen wie *oben-unten* und *innen-außen* statt. Dies entspricht der in der Literatur genannten Denkstruktur der andinen Bevölkerung durch solche Gegensatzpaare.

Die primär topographische Strukturierung der Wahrnehmung von Körperorganen und der Ordnung anatomischer Begriffe werden durch eine sekundäre Form ergänzt. Diese ist durch Faktoren bestimmt, die sich durch Umwelteinflüsse und Mythologie erklären lassen. Die Wichtigkeit der genannten Organe lässt sich durch Körperkonzepte bestätigen, welche mit einem Fluss von Körperflüssigkeiten, einem so genannten „hydraulischen“ System im Weltbild der Andenbewohner in Zusammenhang gebracht werden. In diesem Konzept kommt dem Herz, dem Magen-Darm-Trakt und der Lunge durch ihre Funktion eine übergeordnete Rolle zu. Das Herz wird dabei als Pumpe verstanden, welches die Zirkulation des Blutes durch den Körper bewirkt. Die Gefäße sind in diesem System die Transportwege, welche die Zirkulation gewährleisten und das lebenswichtige Blut durch den Körper leiten. Sie spiegeln im metaphorischen Sinn in der Wahrnehmung der Einheimischen die Natur des Untersuchungsgebietes wieder. Dieser Naturraum ist immer wieder von Bewässerungskanälen durchzogen, die das lebenswichtige Wasser zu den in der Trockenzeit ansonsten austrocknenden Feldern führt. Diese natürliche Gegebenheit findet sich im übertragenen Sinne in durchgeführten Umrisszeichnungen menschlicher Anatomie wieder. Neben der Häufigkeit und der Rangfolge der eingezeichneten Organe fiel bei den Blutgefäßen auf, die sie mit den Bewässerungskanälen der Region vergleichen, dass sie von allen Probanden kontinuierlich über den ganzen Körper verteilt in die Umrisszeichnungen eingetragen wurden.

Das Blut gilt bei der Andenbevölkerung als Träger der menschlichen Vitalität und gelangt durch das zirkulierende Flüssigkeitsprinzip zu seinen Wirkorten. Zudem wird das Blut bei verschiedenen Heil- und Opferritualen verwandt, was seine besondere Bedeutung unterstreicht.

Die Lunge steht im andinen Körperverständnis in direkter Verbindung mit einem Fluss von Emotionen, Seele und Geist, die durch die Atmung in den Körper gelangt. Ein kurzzeitiges oder fortbestehendes Verlassen aus dem Körper kann zu Krankheiten oder gar zum Tod führen.

In Lahuaytambo gilt die Zirkulation von Flüssigkeiten im menschlichen Körper als Grundlage des Lebens. Der Verlust von lebenswichtigen Körperbestandteilen wie dem Blut als auch die Einschränkung der Zirkulation des Magen-Darm-Traktes und der Atmung führt zu Krankheiten und beeinflusst die Ordnungsdimensionen anatomischer Begriffe.

Die Ergebnisse der Klassifikation von Krankheitsbegriffen beschreiben bei der untersuchten Gruppe ein vielschichtiges kognitives Muster. Es wurden insgesamt 57 Krankheiten untersucht, die bereits in Paralleluntersuchungen von KOHNEN (1997) bei anderen Ethnien verwandt wurden. Anhand der Interviewbefragung wurden fünf weitere Krankheitsbegriffe (*daño, maligno, susto, mal de ojo und mal aire*), die als kulturspezifische Krankheitsbilder im Verständnis der Andenbevölkerung von Bedeutung sind, ergänzt.

Bei der Auswertung der Ähnlichkeitsdaten der Krankheitsbegriffe konnten zunächst topographische Dimensionen der Strukturierung der Wahrnehmung von Krankheiten identifiziert werden. Als anatomisch, topographische Ordnung der Krankheiten zeigten sich die Dimensionen: *oben-unten* und *innen-außen*. Die Grundlage dieser Einteilung ist die primäre Wahrnehmung, d.h. der Ort, wo die Krankheit sichtbar wird oder wo sie erlebt wird, nicht der Ort des eigentlichen Krankheitsgeschehens. Sie ist die Grunddimension der Wahrnehmung.

In der Untersuchung der Krankheitsklassifikationen wurde weiterhin die Dimension der Kontrollüberzeugung als Kompetenz der Handlungsdimension festgestellt.

Kognitionsschemata von Krankheiten sind auf Handeln, und insbesondere auf ihre Bewältigung, ihre Heilung, ausgerichtet. Die kognitive Ordnung der Krankheiten erhält eine praktische Dimension, die sich bei medizinischen Laien im Gesundheits- und Krankheitsverhalten widerspiegelt. So fand sich die Kontrollüberzeugung als Ordnungsdimension von Krankheiten, die im Unterschied zu anderen Ethnien dreigeteilt war: Krankheiten werden entweder selber beherrscht, durch den Heiler behandelt oder von einem Arzt geheilt. Bei Krankheiten, welche durch den traditionellen Heiler behandelt werden, handelt es sich vorwiegend um jene mit übernatürlichem Ursprung. Die Krankheiten, mit denen man den Arzt als Heilinstitution besucht, sind die „natürlichen Krankheiten“. Es kommt zu einer direkten Zuweisung verschiedener Krankheiten zu unterschiedlichen Heilinstitutionen. Die Koexistenz zweier völlig unterschiedlicher Medizinsysteme nebeneinander ist möglich. Ein intaktes, seit Jahrhunderten bestehendes traditionelles Medizinsystem verliert somit durch die Anwesenheit des öffentlichen Gesundheitswesens keinesfalls an Wertigkeit oder Bedeutung.

Des Weiteren hat der Herzmythos *sonko-nanay* (Herzweh) als kulturspezifisch mythologische Dimension der Wahrnehmung bei der untersuchten Gruppe einen bedeutenden Einfluss auf die Ordnung von Krankheitsbegriffen. Es zeigten sich Übereinstimmungen der MDS-Darstellung der Krankheitsbegriffe mit den Nähen und assoziativen Ähnlichkeiten der im Mythos beschriebenen Krankheitssymptome. Das Herzweh als Krankheitsbild wird zum einen mit Störungen der Funktionssymptome wie Herzklopfen, Herzstocken und Herzinfarkt, zum anderen mit nervösen Erscheinungsformen wie Epilepsie, Lähmungen, Kollaps, Schwindel, Angst, Depression in einem funktionellen Zusammenhang gestellt. Außerdem beschreibt das Herzweh einen Symptomkomplex und steht in seiner Wahrnehmung in direkter Verbindung mit den kulturspezifischen Krankheiten. Das Herz gilt als Zentrum des Erlebens des menschlichen Seins, mit Sitz der Seele und der Lebenskraft.

Andeutungsweise zeigten sich ferner Einteilungskriterien nach morphologischen Gesichtspunkten. Krankheiten wurden durch ihr ähnliches äußeres Erscheinungsbild in Verbindung gebracht.

Bei der Frage nach intrakulturellen Unterschieden der Strukturierung von Krankheitswahrnehmung zwischen medizinischen Laien und den Heilern besteht trotz vieler Ähnlichkeiten bei den Heilern ein differenzierteres, vor allem funktionell erweitertes Verständnis von Krankheiten.

Es zeigten sich Gemeinsamkeiten bei Gruppierungen nach funktionellen Gesichtspunkten, durch Kälte oder andere Umwelteinflüsse ausgelöste Krankheiten, morphologisch ähnlich aussehende oder durch äußere Einflüsse bedingte Krankheitsbilder sowie Krankheiten einer bestimmten Körperregion oder jene, die schlecht zu behandeln sind.

Seitens der Heiler besteht ein differenzierteres, vor allem funktionell erweitertes Verständnis von Krankheiten. Zudem sind durch das größere Wissen über kulturspezifische Erkrankungen die Klassifikationen der Begriffe stärker beeinflusst. Es zeigt sich, dass kognitive Klassifikationsschemata durch Ausbildung und Lernen erweitert und umstrukturiert werden.

9 Verzeichnisse

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1:	Lage Peru in Südamerika/Department Lima in Peru (modifiziert nach INEI 1995 a)	8
Abb. 3.1:	Distrikt Lahuaytambo in der Provinz Huarochiri/Department Lima (modifiziert nach INEI 1995 b).....	16
Abb. 3.2:	Einzugsgebiet des Flusses Lurin (modifiziert nach CAMPOS PÉREZ 1996 p.8)	17
Abb. 3.3:	Täler und Umgebung von Lahuaytambo.....	18
Abb. 3.4:	Zufahrtswege, Wegstrecken und Anfahrtszeiten ins Untersuchungsgebiet	19
Abb. 3.5:	Verschütteter Zufahrtsweg nach Lahuaytambo	19
Abb. 3.6:	Transport- und Lastenbus der Region.....	20
Abb. 3.7:	Esel als Lastentiere	21
Abb. 3.8:	Reinigung der Bewässerungskanäle.....	26
Abb. 3.9:	Vorbereitungen eines Dorffestes.....	27
Abb. 3.10:	Prozession zu Ehren des Schutzpatrons des Dorfes Lahuaytambo	29
Abb. 3.11:	Ausbildungsniveau Distrikt Lahuaytambo, Peru (Zahlen aus: INEI 1993, Cuadro N°6).....	30
Abb. 3.12:	Herstellung der Baumaterialien für den Häuserbau	32
Abb. 6.1:	Schematischer Arbeitsablauf bei der Erhebung von Ähnlichkeitsdaten (KOHLEN 1997, p.34).....	53
Abb. 6.2:	Interviewsituation im Dorf Lahuaytambo	54
Abb. 7.1:	Gesundheit/Krankheit (Kranksein n = 34; Gesundsein n = 33)	57
Abb. 7.2:	Gründe für das Gesundsein und wichtige Gleich- gewichte im Körper (n = 20)	58
Abb. 7.3:	Die häufigsten Krankheiten im Untersuchungsgebiet	59
Abb. 7.4:	Wer wird im Krankheitsfall bevorzugt: Curandero oder Arzt?.....	60
Abb. 7.5:	Warum wird der Heiler bevorzugt?	61
Abb. 7.6:	Pflanzen und ihre Anwendung.....	64
Abb. 7.7:	Patient in seiner Wohnung.....	78
Abb. 7.8:	Vorbereitung zum Meerschweinchenritual	78
Abb. 7.9:	Abreiben des Patienten	79
Abb. 7.10:	Sektion des Meerschweinchens	79
Abb. 7.11:	Suche nach der Krankheitsursache im Innern des Meerschweinchens.....	80
Abb. 7.12:	Häufigkeit kulturspezifische Krankheiten.....	86
Abb. 7.13:	Distanzmatrix für anatomische Begriffe in Lahuaytambo (n = 42; Laien und Heiler).....	101
Abb. 7.14:	Topographische Grunddimension der Wahrnehmung von anatomischen Begriffen: oben-unten/innen-außen.....	103
Abb. 7.15:	MDS-Darstellung mit Informationen der Clusteranalyse der Bakun-Kankanaey-Igorot (KOHLEN 1997, p. 55).	106
Abb. 7.16:	MDS-Auswertung von Ähnlichkeitsdaten anatomischer Begriffe in Boca do Acre (DILCHERT/SIEBERT 1997, p.63).	107
Abb. 7.17:	MDS- Darstellung mit Informationen der Clusteranalyse Surigaonon aus Cabuntog (KOHLEN 1997, p.77).	107
Abb. 7.18:	MDS- Darstellung mit Informationen der Clusteranalyse. Tibeter aus Dharamsala (SCHOLTZ 1997)	108
Abb. 7.19:	Musikinstrumente in Form menschlicher Gestalt (BAUMANN 1994, p. 307).....	112
Abb. 7.20:	Weltfigur (ADRITZKY 1988a p.34).....	113
Abb. 7.21:	Clusteranalyse anatomischer Begriffe Lahuaytambo (Peru) (complete linkage, n = 41, 35 Laien und 6 Heiler).....	114
Abb. 7.22:	Clusteranalyse der Anatomie in Boca do Acre (DILCHERT/SIEBERT 1997, p. 66).....	116
Abb. 7.23:	Clusteranalyse der Anatomiebegriffe der Kankanaey-Igorot (KOHLEN 1997, p. 49).....	117
Abb. 7.24:	Umrisszeichnung 1, 2	118
Abb. 7.25:	Umrisszeichnung 3, 4	118
Abb. 7.26:	Umrisszeichnung 5, 6	119
Abb. 7.27:	Umrisszeichnung 7	119
Abb. 7.28:	Grunddimension der Wahrnehmung von Krankheiten (n = 41; 35 Laien, 6 Heiler).....	122
Abb. 7.29:	Topographische Dimension der Ordnung von Krankheiten: oben-unten.....	123
Abb. 7.30:	Topographische Dimension der Wahrnehmung von Krankheiten: innen-außen.....	124
Abb. 7.31:	Chimbo Mama, die Frau des 5. Inka (GUAMAN POMA DE AYALA 1956 p.96).....	126
Abb. 7.32:	Krankheitsverständnis nach dem Mythos des <i>sonko-nanay</i>	128

Abb. 7.33:	Klassifikation von Krankheiten nach Kontrollüberzeugung	130
Abb. 7.34:	Klassifikation von Krankheiten nach Person der Behandlung	131
Abb. 7.35:	Krankheitsbegriffe medizinischer Laien in Köln (DÜRHOLOTZ 1993, p. 94)	132
Abb. 7.36:	Klassifikation von Krankheiten nach natürlicher-übernatürlicher Ursache	133
Abb. 7.37:	Clusteranalyse von Krankheiten: Laienbevölkerung (n = 35)	135
Abb. 7.38:	Clusteranalyse von Krankheiten: Heiler (n = 6)	137

9.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1:	Fläche, Einwohnerzahlen, Bevölkerungsdichten der Distrikte im Department Lima (CAMPOS PÉREZ 1996 p.9)	22
Tab. 3.2:	Bevölkerungsstruktur im Distrikt der Untersuchung (unveröffentlichte Daten der Medizinstation in Lahuaytambo 1997)	25
Tab. 6.1:	Interviewpartner medizinischer Laien	46
Tab. 6.2:	Anatomiebegriffe und deren Übersetzung ins Spanische	54
Tab. 6.3:	Krankheitsbegriffe und deren Übersetzung in Spanische	55
Tab. 7.1:	Heilpflanzen der Region: Anwendungsgebiet, Anwendungsform, Häufigkeit der Nennungen in % der Angaben der Probanden	69
Tab. 7.2:	Kerninformanten der Heiler	74
Tab. 7.3:	Kerninformanten der Laien	74
Tab. 7.4:	Dreiecksmatrix der Ähnlichkeiten von anatomischen Begriffen in Lahuaytambo n = 42 (Laien und Heiler); höchste Ähnlichkeiten fett gedruckt	98
Tab. 7.5:	Dreiecksmatrix der Unähnlichkeiten von anatomischen Begriffen in Lahuaytambo (n = 42; Laien und Heiler); höchste Unähnlichkeiten fett gedruckt	99
Tab. 7.6:	Reihenfolge der Ähnlichkeiten/Unähnlichkeiten	100
Tab. 7.7:	Distanzen der anatomischen Begriffe (MDS-Auswertung) in Lahuaytambo, Peru	101

10 Literaturverzeichnis

Im Forschungsgebiet wurde eine Reihe von Literatur gesammelt, die in Peru erschienen ist und bei welcher der Autor nicht eigens genannt wurde. Diese Literaturhinweise sind alphabetisch unter den Herausgebern einsortiert worden. Ebenso wurde bei der Herausgabe von Büchern staatlicher Institutionen, welche die Autoren ihrer Artikel nicht benannt haben, verfahren.

- 1) ABLASSMEIER, R.:
Aspekte der peruanischen Volksmedizin.
Inaug. Diss. Phil. Fak. Univ. München 1985
- 2) ACKERKNECHT, E.H.:
On the collecting of data concerning primitive medicine.
American Anthropologist **47**(1945)227-232
- 3) ADAMS, R.N.:
Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala.
Publicaciones especiales del Instituto Indigenista Nacional de Guatemala **17**(1952)1-105
- 4) AHRENS, H.J.:
Multidimensionale Skalierung.
1. Aufl., Beltz, Weinheim, Basel 1974
- 5) ALLERBECK, K.:
Datenverarbeitung in der empirischen Sozialforschung.
Teubner, Stuttgart 1972
- 6) ANDRITZKY, W.:
Meerschweichenreinigung in Peru. Röntgengerät der Inkas.
Esotera **1**(1987)1,50-55
- 7) ANDRITZKY, W.:
Grundzüge des schamanistischen Weltbildes. Der androgyne Mensch.
In: Schamanismus und rituelles Heilen im alten Peru.
Hrsg.: W. Andritzky
Bd.1 Die Menschen des Jaguar.
1. Aufl., Clemens Zerling, Berlin 1988a p.33-36
- 8) ANDRITZKY, W.:
Krankheitsvorstellungen und rituelles Heilen im Inkareich.
Exkurs: Die Flussmündung- ein „Ort der Kraft“.
In: Schamanismus und rituelles Heilen im alten Peru.
Hrsg.: W. Andritzky
Bd.1 Die Menschen des Jaguar.
1. Aufl., Clemens Zerling, Berlin 1988b p.259-266

- 9) ANDRIZTKY, W.:
Cuniraya Viracucha, Piriaca und der erste Heiler Huaytacuri.
In: Schamanismus und rituelles Heilen im alten Peru.
Hrsg.: W. Andritzky
Bd.2 Viracocha, Heiland der Anden
1. Aufl., Clemens Zerling, Berlin 1988c p.305-309
- 10) ANSIÓN, J.:
Desde el rincón de los muertos. El pensamiento mítico en Ayacucho.
1a Edición, Gredes, Lima 1987
- 11) BASTIEN, J.W.:
Methaphor and Ritual in an Andean ayullu.
Moutain of the Condor.
1st ed., West Pubishing Co., Minnesota 1978
- 12) BASTIEN, J.W.:
Metaphorical relacion between sickness, society, and land in a Qollahuaya Ritual.
In: Health in the Andes
Eds.: J.W.Bastien; J.M.Donahue.
1st ed., American Anthropological Association No.12, Washington, 1981 p.19-37
- 13) BASTIEN, J.W.:
Qollahuaya-andean body concept: A topographical-hydraulic model of physiology.
American Anthropologist **87**(1985)595-611
- 14) BAUMANN, H.:
Das doppelte Geschlecht. Ethnologische Studien zur Bisexualität in Ritus und Mythos.
1. Aufl., Reimer, Berlin 1955
- 15) BAUMANN, M.P.:
Das ira-arka-Prinzip im symbolischen Dualismus andinen Denkens.
In: Kosmos der Anden. Weltbild und Symbolik indianischer Tradition in Südamerika.
Hrsg.: M.P. Baumann
1. Aufl., Diederichs, München 1994 p.274-316
- 16) BETTIN, I.:
Weltbild und Denken in den Zentral-Anden.
In: Kosmos der Anden. Weltbild und Symbolik indianischer Traditionen in Südamerika.
Hrsg.: M.P. Baumann
1. Aufl., Diederichs, München 1994 p.14-39
- 17) BROSIUS, G.:
SPSS/PC + Advanced Statistics and Table.
Einführung und praktische Beispiele.
Mc Graw-Hill, Hamburg, New York 1989

- 18) BÜHL, A; ZÖFEL, P.:
SPSS für Windows Version 6: Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse.
1. Aufl., Addison-Wesley, Bonn, Paris 1994
- 19) BURKHART, G.:
Die Kinder Omulús. Der Einfluß afrobrasilianischer Kultur auf die Wahrnehmung von Körper und Krankheit.
1. Aufl., Peter Lang, Frankfurt am Main 1994
- 20) BURGHART, G.:
Kognition und Religion. Krankheitskonzepte im Candomblé-Kult Bahias (Brasilien)
In: Kognition-Krankheit-Kultur Bd.1.1 Ethnomedizin
Hrsg.: N. Kohnen
1. Aufl.,Verl. für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997 p.135-151
- 21) CABIESES, F.:
Dioses y enfermedades. La medicina en el antiguo Perú.
Bd.I, G Ediciones e Impresiones, Lima (Perú) 1974
- 22) CALDERON, E.; SHARAON, D.:
Terápia de la Curandería.
1a Edición, Edigraph, Trujillo (Perú) 1978
- 23) CAMPOS PÉREZ, D.:
Diagnóstico Integral de la Cuenca del Río Lurín.
Reunión de Autoridades de la Parte Alta de la Cuenca del Río Lurín.
Informe Final 16-17 de Septiembre (1996)5-22
- 24) CARLIER, A.B. de :
Así nos curamos en el Canipaco: medicina tradicional del Valle del Canipaco.
1a Edición, S.I., Huancayo (Perú) 1981
- 25) CÁSERES CH., E.:
Sí crees, los Apus te curan. Medicina andina e identidad cultural.
Centro de Medicina Andina, Cusco (Perú) 1988
- 26) CAYCHO, J.A.:
Nosografía y medicina tradicional.
Boletín de Lima, Lima-Zürich Nos. **16** (1981)33-64
- 27) CHIAPPE COSTA, M.:
Curanderismo y enfermedad popular de la costa peruana.
VII Seminario-Taller Sistemas "Tradicionales de salud del Perú."
Lima, (1984)
- 28) CUSTRED,G.:
Symbols and control in a high altitude Andean community.
1st ed., Fribourg 1979

- 29) DELRAN, B.:
Historia rural del Perú.
1a Edición, Centro Bartolomé de las Casas, Cusco (Perú) 1981
- 30) DIESFELD, H. J.:
Alternative medizinische Systeme.
Curare 3 (1980)131-132
- 31) DÜRHOULTZ, D.:
Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Unterschiede in Klassifikation und Kognition von Krankheitsbegriffen als Ursache von Verständnisschwierigkeiten zwischen Arzt und Laien.
1. Aufl., Peter Lang, Berlin 1993
- 32) DUVIOLS, P.:
Duality in the Andes. Paper presented at the Andean Symposium II
American Anthropological Association, Mexico City, 20. November 1974
- 33) ERDHEIM, M.:
Zur Problematik einer lateinamerikanischen Identität.
In: Lateinamerika vor der Entscheidung: Ein Kontinent sucht seinen Weg.
Hrsg.: Th. Ginsburg; M. Ostheider.
Fischer Taschenbuch, Frankfurt am Main 1984 p.85-95
- 34) ESTRELLA, E.:
Medicina aborigen. La práctica medicina aborigen de la Sierra ecuatoriana.
1a Edición, Epoca, Quito (Ecuador) 1978
- 35) FAUST, F.X.:
Medizinische Anschauungen und Praktiken der Landbevölkerung im andinen Kolumbien.
Inaug. Diss. Phil. Fak. Univ. München 1983
- 36) FILLIPETTI, H.; TROTTEREAU, J.:
Zauber, Riten und Symbole: Magisches Brauchtum im Volksglauben.
(Französische Originalausgabe Paris 1978). Bauer, Freiburg im Breisgau, 1979
- 37) FOX, J.R.:
Witchcraft and Clanship in Cochiti Therapy.
In: Magic, Faith and Healing
Ed.: A. Kiev
Free press, New York 1974 p.174-200
- 38) FRISANCHO, P.D.:
Medicina Indígena y Popular.
Lytograf, Lima, 1978

- 39) FRISANCHO, P.D.:
Curanderismo y brujería en la costa peruana.
2a Edición, Baca, Lima 1986
- 40) GAREIS, I.:
Religiöse Spezialisten des zentralen Andengebietes zur Zeit der Inka und während der spanischen Kolonialherrschaft.
Münchener Beiträge zur Amerikanistik Bd.19
1. Aufl., Renner, Hohenschäftlarn 1987
- 41) GIESE, G.:
Traditionelle Spezialisten für Heilung und Magie (Religion) in der südlichen Sierra Perus.
Magisterarbeit Phil. Fak. Univ. Berlin, 1983
- 42) GIESE, C.:
"Curanderos", der traditionelle Heiler in Nord-Peru (Küste und Hochland).
Inaug. Diss. Phil. Fak. Univ. Berlin 1987
- 43) GILLIN, J.:
Moche - A peruvian coastal community.
U.S. Govt. Print. Off., Washington 1947
- 44) GILLIN, J.:
El temor mágico. Cultura indígena de Guatemala.
Seminario de integración social Guatemalteca.
Editorial del ministerio de educación pública, Guatemala 1956
- 45) GOLTE, J.:
La racionalidad de la organización andina.
2a Edición, Instituto de Estudios Peruanos, Lima (Perú) 1981
- 46) GREIFELD, K.:
Die Heilslehre der Maya (Nordwest-Mexico). Widerstand und Anpassung am Beispiel des medizinischen Systems.
Europäische Hochschulschriften, Reihe 19 B, Bd.XIII. Frankfurt 1985a
- 47) GREIFELD, K.:
"Susto": Kulturspezifisches Syndrom oder ethnologisches Konstrukt?
Curare 8 (1985b)4 273-288
- 48) GUMÁN POMA DE AYALA, F.:
La nueva crónica y buen gobierno.
Editorial Cultura, Dirección de Cultura, Arqueología e Historia del Ministerio de Educación Pública del Perú, Lima 1956
- 49) GUSHIKEN, J.J.:
Tuno, el curandero.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Seminario rural Andina, Lima 1977

- 50) GUSHIKEN, J.J.:
Investigación sobre Curanderimo en el Perú. Informe final.
Instituto Peruano de Estudios Psiquiátrico-Sociales.
Lima 1978
- 51) HAHOLD, A.:
Krankheit, Hausbehandlung und Heilinstitution in den südlichen Anden Perus.
Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung und Vorschläge zur Verbesserung der
medizinischen Versorgung in der Provinz Espinar, Dep. Cusco, Peru.
Inaug. Diss. Med. Fak. Univ. Heidelberg 1986
- 52) HAHOLD, A.; KROEGER, A.:
Krankensbewältigung im Andenhochland Perus. Medizin in Entwicklungsländern.
Schriftenreihe zur Medizin und zu Gesundheitsproblemen in der dritten Welt,
Bd.XXIII. Frankfurt 1987.
- 53) HARGOUS, S.:
Beschwörer der Seelen. Das magische Universum der Südamerikanischen Indianer.
1. Aufl., Spinx, Basel 1976
- 54) HINOSTROZA, G.L.:
Adivinación andina. Estudio de la antropología medicina aplicada en el Perú.
1a Edicion, CEPAC (Centro de Est. Prom. Y Apoyo Pop.), Lima 1988
- 55) HOLZAPFEL, A.:
Gesundheit und Krankheit in San Pedro de Casta (Perú).
Magisterarbeit Phil. Fak. Univ. Köln 1983
- 56) HOLZAPFEL, A.; ZWAGA, F.:
El sistema informal para la atención de la salud en la XI región de salud (Cusco,
Apurímac y Madre de Dios).
Ministerio de salud, cooperación técnica alemana (GTZ), Cusco 1985
- 57) IBERICO MAS, L.:
Folklore Médico de Cajamarca.
Centro de Investigaciones Folklóricas de la Universidad Nacional de Cajamarca.
O.J., Cajamarca (Perú) 1984
- 58) INEI
INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática),
Perú: Censo Nacional de Perú 1992.
1a Edición, Lima 1992
- 59) INEI
INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática),
Perú: Censo Nacional de Población Jul. 1993
1a Edición, Lima 1993

- 60) INEI
INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática)
Mapa política del Perú.
1a Edición, Lima 1995 a
- 61) INEI
INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática)
Mapa provincial de Huarochiri
1a Edición, Lima 1995 b
- 62) INEI
INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática),
Perú: Salud Reproductiva Estado de la Población 1997
1a Edición, Lima 1997
- 63) Instituto de Desarrollo y Medio Ambiente:
Estadísticas del Medio Ambiente 1997
1a Edición, Lima, 1997 p.29-49
- 64) IRARRÁZAVAL, D.:
Medicina Campesina. Sabiduría y Eficacia.
Boletín de Estudios Aymaras. **15**(1983)42-58
- 65) JOHNSON, S.C.:
Hierarchical clustering schemes.
Psychometrika **32,3** (1967)241-254
- 66) KOHNEN, N.:
Ethnomedizin in der Bundesrepublik Deutschland.
Dtsch. Ärztebl. **87**(1990)C: 17-21
- 67) KOHNEN, N.:
Traditionelle Medizin auf den Philippinen. Angstbewältigung und Kognition bei
Krankheiten. Beiträge zur Südasiensforschung Bd.154, Steiner-Verlag, Stuttgart 1992
- 68) KOHNEN, N.:
Kognition und Mythen: Anatomie bei den Bankun-Kankanaey-Igorot (Philippinen)
Curare **19** (1996)1 35-46
- 69) KOHNEN, N.:
Kognition- Krankheit- Kultur Bd.1.1 Ethnomedizin
1. Aufl., Verl. für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997
- 70) KROEGER, A.:
Health Care in a cross cultural prospective. An epidemiological study in rural Ecuador.
Habil. Schrift Univ. Heidelberg 1981

- 71) LADWIG, D.; WAGNER, H.U.:
Krankheit als Kulturphänomen. Ethnomedizinische Beobachtungen in Zentral Nigeria.
Inaug. Diss. Med. Hochschule Hannover 1979
- 72) MAC LEE, L.:
Ethnomedical treatment of children's diarrheal illness in the highlands of Ecuador.
Social science and medicine XXV, **10**(1987)1147-1155
- 73) MARISCOTTI DE GÖRLITZ, A.M.:
Pachamama Santa Tierra. Contribución al estudio de la región autóctona en los Andes
centro-meridianes.
Mann, Berlin 1978
- 74) MEDINA CÁRDENAS, E.:
Curanderismo Chiapaneco: Relato de las actividades de Don Javier (I).
Medicina tradicional II **7**(1979)17-35
- 75) Ministerio de Salud:
Atención Primaria de Salud en el Perú.
1a Edición, Lima 1981
- 76) MORALES, E.:
Patrones socio-culturales que influyen en la salud del niño del antiplano.
IIDSAs, Univ. Nac. Tec. del Altiplano, Puno (Perú) 1982
- 77) MOSCOSO CASTILLA, M.:
Secretos medicinales de la flora peruana y guía de la maternidad.
4a Edición, Cusco (Perú)1997
- 78) NEWALL, V.:
An egg at eastern. A folklore study.
Routledge & Paul, London 1971
- 79) ORTEGA, P.F.:
Nutrición, cultura y salud. Una experiencia en San Pedro de Casta.
Lytograf, Lima, 1980
- 80) OSSIO, J.M.:
Ideología mesiánica del mundo andino.
2a Edición, Pedro Pastor, Lima (Perú) 1973
- 81) PULGAR VIDAL, J:
Synopsis sobre regiones y regionalización del Perú.
Boletín de Perú. **4**(1980)41-53
- 82) REICHEL, A.; DALMATOFF, G.:
The people of Aritama: The cultural personality of a colombian mestizo village.
Routledge & Paul, London 1961

- 83) REICHWALD, C.:
Ethnomedizinische Untersuchungen bei emigrierten Burmesen über Vorstellungen zur menschliche Anatomie und zu Krankheiten. Kognitionsstrukturen und Kulturwandel.
Inaug. Diss. Med. Fak. Univ. Düsseldorf 2003
- 84) ROESING, I.:
Der Blitz. Drohung und Berufung. Glaube und Ritual in den Anden Boliviens.
1. Aufl., Trickster, München 1990
- 85) ROSE, K.:
Traditionelle Geburtsheilkunde im soziokulturellen Wandel: Eine ethnologische Untersuchung in einem peruanischen Andendorf.
Inaug. Diss. Med. Fak. Univ. Bonn 1983
- 86) SAL Y ROSAS, F.:
El mito de Jani o Susto de la medicina indigena del Perú.
Revista de la sanidad de Policía **183**(1958)167-210
- 87) SAL Y ROSAS, F.:
Mitología Médica y Prácticas Mágicas en el Callejón de Huaylas.
Archivos de criminología, neuro-psiquiatría y disciplinas conexas XIX, **55**(1966)365-387
- 88) SAL Y ROSAS, F.:
El mal corazón (Sonco nanay) del folklore psiquiátrico del Perú.
Acta psiquiátrica y psicológica de América latina **13,1**(1967)165-179
- 89) SAL Y ROSAS, F.:
Obsevaciones en el folklore psiquiátrico del Perú.
Folklore Americano XIX-XX, **17**(1970)249-262
- 90) SAL Y ROSAS, F.:
La Epilepsia en el Folklore del Callejón de Huaylas.
Revista de artes, ciencias y humanidades.
Universidad Nacional de San Marcos (1975)13-38
- 91) SCHEUCH, E.K.:
Auswahlverfahren in der Sozialforschung.
In: Handbuch der empirischen Sozialforschung.
Hrsg.: R. König, Bd.I
1. Aufl., Enke, Stuttgart 1967 p.309-347
- 92) SCHEUCH, E.K.:
Auswahlverfahren in der Sozialforschung.
In: Handbuch der empirischen Sozialforschung.
Hrsg.: R. König
Bd.3a: Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung.
3. Aufl., Enke, Stuttgart 1974 p.1-96

- 93) SCHIEFENHÖVEL, S.:
Medicina tradicional. Ergebnisse einer ethnomedizinischen Feldstudie in
Huasihuasi im Andenhochland Perus.
Inaug. Diss. Med. Fak. Univ. Bonn 1983
- 94) SCHIEFENHÖVEL, W.:
Vorläufiger Symptomenkatalog für ethnomedizinische Feldforschung.
Ethnomedizin **I**, 1(1971)123-127
- 95) SCHOLZ, D.:
Kognition in einem traditionellen Medizinsystem. Anatomie bei einer tibetanischen
Gruppe (Dharamsala, Nordindien).
In: Kognition-Krankheit-Kultur Bd.1.1 Ethnomedizin
Hrsg.: N. Kohnen
1. Aufl., Verl. für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997 p.81-92
- 96) SCHÜBO, W.; UELINGER, H.-M.; PERLETH, CH.; SCHRÖDER, E. ;
SIERWALD, W.:
SPSS. Handbuch der Programmversionen 4.0 und SPSS-X 3.0
Fischer, Stuttgart, New York 1991
- 97) SCHUPP, J.M.:
Alternative Medizin in Lima, Peru.
Lit. Verl., Münster 1991
- 98) SCHWEIZER, T.:
Regressions- und Faktorenanalyse ethnologischer Daten.
Zeitung für Ethnologie **105/1-2** (1980)1-31
- 99) SHARON, D.:
El Chamán de los Cuarto vientos.
1a Edición, siglo XXI editores, México 1980
- 100) SIEBERT, U.; DILCHERT, S.:
Kognition und Lebenswelt. Anatomie in Boca do Acre.
In: Kognition-Krankheit-Kultur Bd.1.1 Ethnomedizin
Hrsg.: N. Kohnen
1. Aufl., Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997 p.57-68
- 101) SIEBERT, U.; KOHNEN, N.:
Untersuchungsmethoden. Clusteranalyse und multidimensionale Skalierung.
Hrsg.: N. Kohnen
In: Kognition-Krankheit-Kultur Bd.1.1 Ethnomedizin
1. Aufl., Verl. für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997 p.29-41
- 102) SIMMONS, O.:
Popular and modern medicine in mestizo communities of costal Peru and Chile.
Journal of American Folklore **68** (1955)57-71

- 103) SOURKUP, J.:
Vocabulario de los nombres vulgares de la flora peruana.
1a Edición, Colegio Salesina, Lima 1970
- 104) STEIN, W.:
Modernización y retroceso del mito: Diagnósis por medio de la magia y curación en el pueblo de Vicos, Peru.
América Indígena **37,3** (1977)671-747
- 105) TAYLOR, G.:
Ritos y Tradiciones de Huarochiri del siglo XVII.
Versión paleográfica, interpretación fonológica y traducción al castellano.
1a Edición, IEP, Lima 1987
- 106) TELLO, J.C.; MEJIA XESSPE, T.:
Paracas (Segunda Parte)
Cavernas y Necrópolis.
Universidad Nacional de San Marcos, Lima 1979
- 107) TRIMBORN, H.; KELM, A.:
Francisco de Avila. Quellenwerke zur alten Geschichte Amerikas.
Bd.8, Gebr. Mann, Berlin, 1967
- 108) TSCHOPIK, H.:
Magia en Chucuito. Los Aymara del Perú.
Instituto Indigenista Interamericano, México 1968
- 109) URTON, G.:
Orientation in Quechua and Incaic Astronomy.
Ethnology **17**(1978)157-168
- 110) VALDÍVA PONCE, O.:
Historia de la psiquiatría peruana.
Lima 1964
- 111) VALDIZÁN, H.; MALDONADO, A.:
La medicina Popular Peruana.
Contribución al Folklore Médico del Perú, Bd.I-III.
Imprenta Torres Aguirre, Lima 1922
- 112) VOSSEN, R.; KELM, A.; DIETZE, K.:
Ostereier-Osterbräuche. Wegweiser zur Völkerkunde.
Wegweiser zur Völkerkunde Bd.25
4. Aufl., Christians, Hamburg 1987

-
- 113) WALDECKER, P.:
Kognition und innere Wahrnehmung. Krankheitsklassifikation von Singhalesen in Kalubowila (Sri Lanka).
In: Kognition-Krankheit-Kultur Bd.1.1 Ethnomedizin
Hrsg.: N. Kohlen
1. Aufl., Verl. für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997 p.121-133
- 114) WENDORF DE SEJAS, M.:
Die Rolle der Curanderos im medizinischen Versorgungssystem des Valle Alto, Cochabamba/Bolivien.
Inaug. Diss. Med. Fak. Univ. Heidelberg 1982
- 115) WHO
WHO-Report of the international Conference on Primary Health Care:
Primary Health Care, Alma Ata, 6.-12.09.1978 (WHO, Genf)

11 Anhang

11.1 Literatur zu bestimmten Departments in Peru

(SCHUPP 1991, p.50)

Department Cajamarca

- R Ablaßmeier 1985 p.103 f., 110-137 f.
- J.J. Gushiken 1978 p.22
- L. Iberico Mas o.J. p.52, 79 ff.,157, 169, 189, 196, 207 ff., 224 f., 227
- H. Valdizán, A. Maldonado 1922, I p.65 f.

Department Ancash

- F. Sal y Rosas 1966 p.374-377;1967a p.166-170; 1970 p.249-262 (Callejón de Huaylas/Huaráz)

Department Lima

- A. Holzapfel 1983 p.173 ff., 180 (San Pedro de Casta-Huarocharí)

Department Junin

- A.B. de Carlier 1981 p.86 f. (Valle del Canipaco / Huancayo)
- J.J. Gushiken 1978 p. 37 f. (Jauja)
- S. Schiefenhövel 1983 p. 103 f., 183-187, 199 f., 223-226 (Huasahuasi/Tarma)
- H. Valdizán, A. Maldonado 1922, I p.169-171 (Huancayo)

Department Huancavelica

- J.J. Gushiken 1978 p.39 (Salcabamba, Tayacaja)

Department Cusco und Apurimac

- E. Cáseres Ch. 1988 p.55, 65, 76, 81 (Dep. Cusco)
- A. Hahold 1986 S.81; A. Hahold, A.Kroeger 1987 S.60 (Dep. Cusco)
- A. Holzapfel 1985 S.34, 51, 53 (Dep. Cusco, Apurímac)
- H. Vadizán, A. Maldonado 1922, Bd.I p. 68f., 171 f. (Dep. Apurimac)

Department Puno

- D. Frisancho Pineda 1978 p.65 f.
- H. Tschopik 1968 p.187 (Chucuito)

11.2 *Literatur zu bestimmten geographischen Regionen in Peru*

(SCHUPP 1991, p.13)

Costa

- D. Frisacho Pineda 1986, p. 39 f., 47, 77
- E. Calderón, D. Sharon 1978, p.34 f.; J.J. Gushiken 1977, p.31 f.
- G.E. Chavez Romero 1966, p. 39 f.; J.J. Gushiken 1978, p.3;M. Silva Tuesta u.a. 1979, p.130 f., 137, 139

Sierra

- R. Ablaßmeier 1985, p.106 f.; L. Iberico Mas o.J., p. 82 f., 107 f., 136 ff., 220
- S. Schiefenhöfel 1983, p.225
- A. Holzapfel 1983, p.100, 119
- J.J.Gushiken 1978, p.40

11.3 *Übersetzung eines Interviews zum Thema Pulsdiagnose*

(Interviewpartner: Floran Solan Manco)

Originaltext auf Spanisch

- “Primero se toca el pulso para saber que tipo de persona es:
Personas cálidas: si tú tienes pulso normal y estás normal no puedes tomar la misma agua que toma una persona que tiene mucha caloría, eso afecta. Estas son personas con sangre agitada, tienen más calorías, se les dá agua echa de yantén, cevada, matico, manzana, coca y 6 granos de maiz. Eso se hierve y se toma. Personas muy frías, como yo, no puede comer melocotón, palta ni cerveza... Por eso hay que conocer a la persona, el pulso te dice:
Sí el pulso es fuerte es una persona cálida.
Sí el pulso es normal es una persona fría.
Gente cálida se cura con hierbas frías y gente fría con hierbas calientes.
Ser caliente o frío sólo depende de la persona. No es malo ser caliente o frío.”
(A6)

Deutsche Übersetzung

- ”Zuerst fühlt man den Puls um zu wissen, um welche Art Person es sich handelt:
Heiße Personen: Wenn man einen normalen Puls hat und normal ist darf man nicht die gleichen Tees nehmen wie Personen mit viel Hitze; es würde schädigen. Dies sind Personen mit auf bewegtem Blut, sie haben viel Hitze. Man gibt ihnen Tee aus Yanten, Cevada, Matico, Manzana, Coca und sechs Maiskörner. Dies wird erhitzt und man gibt es zu trinken.
Kalte Personen, wie ich dürfen keine Pfirsiche, Avocado oder Bier zu sich nehmen...
Deshalb muss man die Person kennen:
Wenn der Puls stark ist handelt es sich um eine warme Person. Wenn der Puls normal ist handelt es sich um eine kalte Person. Warme Personen werden mit kalten Pflanzen, kalte Personen mit warmen Pflanzen behandelt. Eine warme oder kalte Person zu sein hängt von der Person ab. Es ist nicht schlecht warmer oder kalter Natur zu sein.“

11.4 Lebenslauf

Name:	Mirco Kuhnigk	
Geburtsdatum:	07.09.1970	
Geburtsort:	Köln	
Familienstand:	verheiratet	
Kinder:	Valeria 21.07.2003 Camilo 24.05.2005	
Schulbildung:	1977-1981	Grundschule Erftstadt-Lechenich
	1981-1990	Städtisches Gymnasium Erftstadt-Lechenich
Studium:	1992-2001	Studium der Humanmedizin Universität zu Köln
	1996	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
	1998	Einjähriger Südamerikaaufenthalt zur Durchführung einer ethnomedizinischen Feldforschungsstudie im Andenhochland Perus im Rahmen der Promotionsarbeit
	1999	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
	2001	Ärztliche Prüfung
Berufliche Weiterbildung:	1990-1992	Zivildienst im Pflegebereich einer internistischen und chirurgischen Station des Marien-Hospital Frauenthal in Erftstadt-Liblar
	1994-1999	Nachdiensttätigkeit als studentische Hilfskraft in der internistisch / chirurgischen Notfallambulanz des Sankt Vinzenz Hospitals in Köln-Nippes
	1996	Sechswöchige Famulatur in der pädiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Köln
	1997	Sechswöchige Famulatur in einer internistischen / berufsmedizinischen Praxis in Brühl
	1998	Zweimonatige Famulatur in Form eines Rotationsprogramms im Tropenmedizinischen Institut „Alexander von Humboldt“ in Lima, Peru
	1998	Zweimonatige Mitarbeit in einer Medizinstation im Andenhochland Perus
	2001- 2003	Arzt im Praktikum der Abteilung für Kinderheilkunde des St. Marien-Hospitals Düren-Birkesdorf
	2003	Assistenzarzt der Pädiatrie im städt. Krankenhaus Düren
	seit 6/2003	Assistenzarzt der Pädiatrie im Elisabeth-Krankenhaus Essen

11.5 Abstract

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer ethnomedizinischen Feldforschungsstudie im Distrikt Lahuaytambo im peruanischen Andenhochland vor. Es wurden insgesamt 36 medizinische Laien und sechs ortsansässige Heiler zur Wahrnehmung menschlicher Anatomie und Krankheit sowie ihrer kultureigenen Ordnung von Körper- und Krankheitsbegriffen untersucht.

Die Untersuchung stützt sich auf eine dreimonatige Feldforschung im Andengebiet von März bis Mai 1998, in der qualitative Interviews und Ähnlichkeitsdaten von anatomischen Begriffen und Krankheitsbegriffen erhoben wurden. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und später niedergeschrieben. Die Auswertung der Ähnlichkeitsdaten erfolgte anhand computergestützter Untersuchungsmethoden (Multidimensionale Skalierung -MDS-, und Clusteranalyse), anhand derer Aussagen über Klassifikationsschemata von Krankheiten bzw. anatomischer Begriffe gewonnen wurden.

Ziel der Untersuchung war die Erstellung einer Ethnographie zum medizinischen Wissen der Bevölkerung und die Offenlegung der Klassifikationsschemata von Krankheiten und menschlicher Anatomie.

Als Ergebnis zeigte sich, dass anatomische Begriffe primär nach den topographischen Grunddimensionen *oben-unten* und *innen-außen* kognitiv strukturiert werden, was der in der Literatur genannten Denkstruktur der andinen Bevölkerung in Form von Gegensatzpaaren entspricht. Die Begriffe Blut, Blutgefäße, Herz, Lunge und Nerven nehmen in der Wahrnehmung der untersuchten Bevölkerung eine besondere Stellung ein, weil diese Organe und der Fluss von Körperflüssigkeiten in indigenen Körperkonzepten mit dem „hydraulischen“ System der Wasserverteilung in der Natur, das im Weltbild der Andenbewohner eine besondere Rolle spielt, wie mit der künstlich angelegten Wasserverteilung der Felder verglichen wird.

Bei der Auswertung der Ordnung von Krankheitsbegriffen wurden die topographischen Dimensionen *oben-unten* und *innen-außen* als Grunddimensionen der kognitiven Strukturierung der Wahrnehmung von Krankheiten identifiziert und als weitere Dimension die Kontrollüberzeugung, die die Handlungsdimension darstellt. Die kognitive Ordnung der Krankheiten erhält eine praktische Dimension, die sich bei medizinischen Laien im Gesundheits- und Krankheitsverhalten widerspiegelt. Als besondere kulturspezifische Dimension der Strukturierung von Wahrnehmung fand sich eine mythologische Dimension, die auf den Herzmythos *sonko-nanay* (Herzweh) zurückgeht.

Bei der Frage nach intrakulturellen Unterschieden der Strukturierung von Krankheitswahrnehmung zwischen medizinischen Laien und den Heilern besteht trotz vieler Ähnlichkeiten, bei den Heilern ein differenzierteres, vor allem funktionell erweitertes Verständnis von Krankheiten. Zudem haben die Heiler ein detaillierteres Wissen über kulturspezifische Krankheiten. Diese besitzen gegenüber „natürlichen Krankheiten“ eine höhere Wertigkeit. Die kulturspezifischen Krankheiten sind Schlüsselbegriffe, denen andere Krankheiten oder Symptomkomplexe zugeordnet werden. Die Krankheitswahrnehmung ist durch die kulturspezifischen Krankheiten maßgeblich beeinflusst. Es wird deutlich, dass kognitive Klassifikationsschemata durch Ausbildung und Lernen erweitert und umstrukturiert werden.