

Thure von Uexküll zum Gedächtnis: Wie die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin von seinen Konzepten profitieren könnte.

LUDGER ALBERS

Zusammenfassung Anlässlich des Todes von Thure von Uexküll wird gefragt, wie seine Ideen und Konzepte zum ethnomedizinischen Anliegen passen könnten. Seine Begriffe *Metabeobachter*, *Selbstverborgenheit*, *Passung* und *sensomotorisches Schema* sowie sein Modell des *Situationskreises* werden diskutiert und in ihren kongruenten Anteilen beleuchtet. Es wird die Frage gestellt, ob die durch von Uexküll entwickelten Ansätze einer Biosemiotik, in der Leben, Stoffwechsel und Körper-Umwelt-Beziehung als ein komplexer Interpretationsvorgang verstanden wird, hilfreich für ethnomedizinisches Arbeiten sein könnte. Bruno Latours These der gleichzeitigen Mobilisierung natürlicher und kultureller Zeichen in allen Kollektiven wird aufgegriffen und mit der Begriffswelt Thure von Uexkülls verknüpft. Es wird deutlich, dass Natur und Kultur von Menschen unterschiedene hybride Zeichensysteme darstellen, die sie zu Meisterung ihres Lebens einsetzen.

To remember Thure von Uexküll—How the AGEM might gain by his concepts

Abstract Thure von Uexküll's death gives me reason to ask how medical anthropology could make use of his ideas and concepts. His terms "Metabeobachter", "Selbstverborgenheit", "Passung", "sensomotorisches Schema" and his "situation circle" model ("Situationskreis") are being discussed and their congruent parts are shown. It is asked if Uexküll's biosemiosis could be helpful for ethnomedical work because it understands life, metabolism and body-Umwelt-relation as a complex process of interpretation (translation). Bruno Latour's hypothesis of the simultaneous mobilisation of nature and culture in all human groups is related to Thure von Uexküll's world of concepts and ideas. It becomes clear that nature and culture can be described as different sign systems discriminated by human beings that are used to solve life problems.

Keywords (Schlagwörter) Thure von Uexküll – Bruno Latour – biocultural models (bio-kulturelle Modelle) – sign theory (Zeichentheorie) – Situationskreis – Passung – Metabeobachter – psychosomatic medicine (Psychosomatische Medizin)

Thure von UEXKÜLL starb 96-jährig im September 2004 in Freiburg. Die Welt hat einen grossartigen Internisten, Medizinteoretiker und Anthropologen verloren. Von seiner Geburtsstadt Tartu in Estland erhielt er die Ehrendoktorwürde, welche er besonders schätzte. An der dortigen Universität gibt es eine lange Tradition der zeichentheoretischen Diskussion. In den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde sie in der Umweltlehre des Biologen Jakob von UEXKÜLL aufgegriffen. Sein Sohn Thure von Uexküll hat diese Konzeption bis zu seinem Lebensende unermüdlich weiter entwickelt und für die Medizin aus einer anthropologischen Perspektive fruchtbar gemacht. Diese Arbeit von Vater und Sohn an einem gemeinsamen Thema kann als ganz besonders ertragreicher Vorgang der biologischen und kulturellen „Vererbung mit Umweltadaptation“ betrachtet werden. Von ihren Ideen möchte ich in Form des folgenden Echos etwas an die Leser von Curare weitergeben und mit Fragen und Hoffnun-



gen für die Zukunft der Diskussionen in *curare* und AGEM verbinden.

Thure VON UEXKÜLL hat sich immer wieder und erst recht nach seiner Emeritierung 1977 mit Neugier und Wachheit allen alten und neuen Themen der Medizintheorie, der Psychosomatischen Medizin und im weitesten Sinne einer Medizinischen Anthropologie zugewandt. Wichtig war ihm zuletzt insbesondere die *Akademie für Integrierte Medizin*, die seit 1992 besteht. Sie wurde u. a. in der Hoffnung gegründet, sich von der Schwerfälligkeit psychosomatischer Institutionen zu befreien. Ziel der Akademiegründung war es, neuen Schwung in die Diskussion um Zeichentheorie, biokulturelle Realitätskonstruktion und deren Bedeutung für die klinische Medizin zu bringen. Die wichtigsten Publikationen des Kosmopoliten Thure von Uexküll waren die *Theorie der Humanmedizin* (gemeinsam mit Wolfgang Wesiack, 3. Aufl.), das Lehrbuch *Psychosomatische Medizin* (6. Aufl.) und zuletzt die *Integrierte Medizin* (2. Aufl.). Dass er diese Werke mit vielen anderen Koautoren verfasste, zeigt seine lebendige Bewegung in verschiedenen Gruppen auf. Als Motiv für seine Vielseitigkeit gab er an: „Unstillbare Neugier“.

1. Der Metabeobachter

Als Zeichen für Thure von Uexkülls ärztliches Ethos kann seine Definition des *Metabeobachters* gelten, die wir in einem Lehrbuchbeitrag als metaphorische „Teezeremonie“ entwickelt haben (ALBERS 2002: 90): Aus Ärzten oder Ethnologen werden erst dann Metainterpreten, wenn sie „ausser der Bedeutung, welche die beobachteten Phänomene für sie und ihre manipulatorischen Möglichkeiten haben, die Bedeutungen erforschen, die sie für das beobachtete Lebewesen besitzen.“ Das Problem ist aber: Bedeutungen sind wie Gefühle, Vorstellungen und Phantasien unsichtbar. Sie lassen sich nur indirekt erschließen und haben in unseren westlichen Kulturen oft einen niedrigen Stellenwert, obwohl sie ubiquitär sind und wirken.

Ausgangspunkt der Teezeremonie ist die folgende Zen-Geschichte:

Eine Tasse Tee

Nan-in, ein japanischer Meister der Meiji-Zeit (1868 bis 1912), empfing den Besuch eines Universitätsprofessors, der etwas über Zen-Buddhismus

erfahren wollte. Nan-in servierte Tee. Er goss die Tasse seines Besuchers voll und hörte nicht auf, weiterzugießen. Der Professor beobachtete das Überlaufen, bis er nicht mehr an sich halten konnte. „Es ist übergullt. Mehr geht nicht hinein!“ „So wie diese Tasse“, sagte Nan-in, „sind auch Sie voll mit Ihren eigenen Meinungen, Spekulationen, Vorstellungen und Interpretationen. Wie kann ich Ihnen Zen zeigen, bevor Sie Ihre Tasse geleert haben?“

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

Für den ärztlichen Meta-Interpreten hat diese Erwartung des Patienten folgende Konsequenzen:

- Der Arzt muss die Haltung einer gemeinsamen Teezeremonie einnehmen, zu der jeder Patient seinen eigenen Tee mitbringen und mit dem des Arztes mischen kann.
- Zur Mischung kommen Teesorten aus völlig verschiedenen Anbaugebieten: Der Tee des Arztes ist auf dem Boden standardisierter wissenschaftlicher Anbaumethoden in westlichen Kulturen gewachsen und verströmt das Aroma einer wissenschaftlichen Medizin.
- Der Tee des Patienten ist in dessen persönlichem „Schrebergarten“ gewachsen und erzeugt für den Arzt z. T. ungewöhnliche, „exotische“ Aromata.
- Die Teezeremonie läuft so ab, daß die beiden Kommunikationspartner das Aroma des Tees schmecken, den der andere zubereitet hat. Danach mischen sie den eigenen Tee mit dem Tee des anderen und bieten ihn dem Gegenüber erneut zur Geschmacksprobe an usw.

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

2. Der Situationskreis: Lebewesen und ihre Zellen als Interpretieren von Zeichen ihrer Umwelten und Innenwelten

Als wichtigstes der Konzepte, die Thure von Uexküll entwickelt hat, verstehe ich den *Situationskreis*, der auf dem biologischen *Funktionskreis* seines Vaters beruht. Thure von Uexküll hat immer wieder den engen Zusammenhang zwischen der Biologie eines Lebewesens und den Interaktionen mit seiner Umwelt betont. In seinem Situationskreis wird sichtbar, dass er stofflich *Unsichtbares* zum zentralen Gegenstand seiner Betrachtungen macht: Die Phantasie, das Probehandeln, die Bedeutungserteilung, die Merk- und Wirkvorgänge in Lebewesen, je nach Ausstattung mit Merk- und Wirk- Organen. Zentrale Annahme ist die lebenslange, situativ spezifische Interpretation von Sinneswahrnehmungen zu Zeichen für einen individuellen Interpretieren. Aus der Verknüpfung sensorischer Qualitäten mit Reaktionen erlernt der Interpret in seiner Lebensgeschichte immer mehr „senso-motorische Schemata“ (SMS).

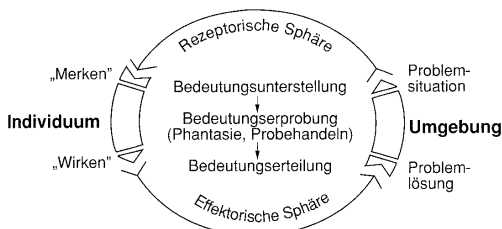


Abb. 1: Der Situationskreis aus VON UEXKÜLL & WESIACK: Theorie der Humanmedizin

Als erster hat Jean PIAGET den Begriff des senso-motorischen Schemas aus Zeichenprozessen entwickelt, in denen Kinder ihre Wahrnehmungen mit Hilfe ihrer angeborenen Interpretationsfähigkeit in Reaktionen übersetzen. Thure von Uexküll hat den Begriff des SMS für seinen Situationskreis übernommen. Alle Lebenssituationen erfordern zur Bewältigung „Merk- und Wirkvorgänge“, die durch Interpretationen miteinander verkoppelt werden müssen: Aus sensorischen Merkzeichen an Rezeptoren werden durch Übersetzung (Interpretation) verschiedenste Wirkzeichen an motorischen, hormonellen, immunologischen und anderen Effektoren.

Diese Annahme des Situationskreises lässt sich schon an den Rezeptoren einer einzelnen Zelle verifizieren. Das zugkräftigste Beispiel für die angeborene Interpretationsfähigkeit des menschlichen Organismus ist die Übersetzung von „DNA“ in Stoffe namens „Eiweissmoleküle“. Den zellulären Interpretieren nennen wir üblicherweise „Ribosom“: Ein spezifisches Medium (Mittel) mit einer biologischen Interpretationsfunktion.

Sowohl für die Zelle als auch für den Gesamtorganismus können Sinnesphänomene zu Zeichen werden. Die Definition von Charles S. PEIRCE (1955) ist zwar nicht biologisch gemeint gewesen, lässt sich aber mit Hilfe des Situationskreises mühelos auch auf Zellen anwenden. Die Definition von Peirce lautet: „Ein Zeichen ist etwas, das für jemanden in einer Hinsicht oder Eigenschaft für etwas anderes steht.“ Biologisch formuliert: Die Körperzelle nimmt die mRNA als Zeichen für die Möglichkeit, mit dem Medium des Ribosoms Eiweiße daraus zu übersetzen.

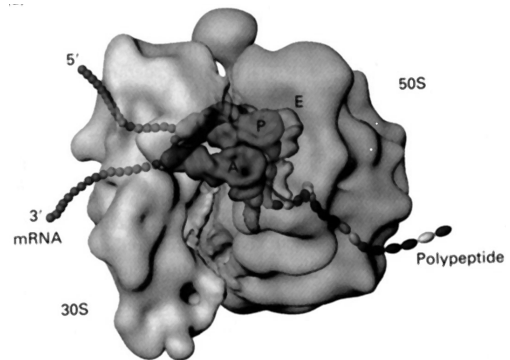


Abb. 2: Das Ribosom als Interpret
 – mRNA (=Negativkopie der DNA des Zellkerns): Die mRNA kann als „Zeichenvehikel“ betrachtet werden, das ein Medium für die metaphorische Übertragung eines biologischen Codes ist, der vom Ribosom interpretiert werden kann, – P, A, E: Bestandteile des Ribosoms, – Polypeptid: „Eiweiss“ objekte als Interpretationsergebnis (Übersetzungsprodukt).

Um den Situationskreis Thure von Uexkülls in seiner anthropologischen Tiefe ausloten und verstehen zu können, wäre eine gemeinsame Diskussion zwischen Ärzten, Biologen, Semiotikern, Ethnologen, Neurowissenschaftlern, Psychologen und Psychosomatikern hochspannend. Denn eine solche

Diskussion würde die in unserer wissenschaftlichen Kultur seit langem getrennt geführten Begriffe von „Natur“ und „Kultur“ auf eine gemeinsame Grundlage stellen können. Dem ärztlichen und dem ethnologischen Blick sind gemeinsam, dass von ihrem jeweiligen biologischen Körper nach kulturellen Schemata Zeichen interpretiert werden, die wiederum Folgen für Natur und Kultur sowohl des eigenen Körpers als auch fremder Körper besitzen: Insbesondere unser Kopf–Gedächtnis ist biologischer und kultureller Vorratsspeicher und Weltkonstrukteur zugleich.

3. Bedeutung des Situationskreises für die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin

Wir sollten deshalb als Arbeits-Gemeinschaft überlegen, ob eine *biologisch fundierte Zeichentheorie*, die den Blick des Arztes und den des Ethnologen mit gleichen Mitteln und Modellen beschreiben kann, hilfreich sein könnte. Ziel einer solchen Zeichentheorie wäre, unsere kulturellen Konzepte von „Natur“ und „Kultur“ entsprechend ihrer Untrennbarkeit in unserem Körper einander anzunähern.

Hierzu hat Thure von Uexküll entscheidende Anregungen geliefert (1997). Die wichtigste Anregung aus seiner *Biosemiotik* ist, dass wir an unserem biologischen Körper als Medienspeicher (Mittelspeicher) und Medienerzeuger nicht vorbeisehen können, denn *wir sind dieser Körper*.

Eine entscheidende Frage in dieser Diskussion muss die Frage nach den Beschränkungen unseres Körpers sein: „Wie können wir sehen, was wir nicht sehen?“ oder, wie Heinz VON FOERSTER es formuliert hat: „Wir sehen nicht, dass wir nicht sehen.“ Als Beispiel sei nur der blinde Fleck unserer Netzhaut genannt. Thure von Uexküll hat die blinden Flecken uns selbst gegenüber als *Selbstverborgenheit* charakterisiert. Sie wird unmittelbar anschaulich, wenn wir zum Beispiel versuchen, unsere eigene Verdauung mit dem Verstand zu organisieren.

Die zeichentheoretische Diskussion findet andernorts nur in Ansätzen und nicht mit der übergreifenden Perspektive des Situationskreises statt. Die wissenschaftskritische Perspektive von Bruno LATOUR (s.u.) wird zwar bei Soziologen diskutiert, aber noch nicht in der Medizin. Ich frage mich deshalb, ob die AGEM sich an dieser Diskussion nicht viel mehr als sonst beteiligen sollte? Will sie vielleicht nur „transkulturell psychiatrisch“ bleiben?

Oder will sie sich den in allen Wissenschaften zentralen erkenntnistheoretischen Fragen zwischen Biologie und Kultur gezielt zuwenden und daraus eine Synthese versuchen? Statt „transkulturell psychiatrisch“ wäre dann eine Erweiterung zu „transkulturell biologisch-ökologisch“ notwendig.

Thure von Uexküll hätte sicherlich gefragt, warum die AGEM denn diese Diskussion nicht führen sollte. Die AGEM ist doch ein Sammelbecken für Spezialisten, die sich für theoretische und praktische Fragen der Medizin interessieren. Gerade die Verbindung von Medizin und Ethnologie könnte *allen* Wissenschaften neue Impulse geben. Gerade in der *Medizinischen Anthropologie* kann der Blick auf die „Natur“ der Menschen geworfen werden, wie sie in ihren spezifischen Umwelten „Medizin“ als kulturelles System mit kulturellen Mitteln (Medien) organisieren. Und dabei als Akteure in Netzwerken „Wirklichkeiten“ entstehen lassen, indem sie innere und äussere „Objekte“ interpretieren und zur Befriedigung innerer Bedürfnisse einsetzen. Die Wirklichkeit entsteht dann als Gewebe wie der Stoff der Kleider, mit denen wir uns umgeben.

4. Bedeutung des Situationskreises für den ärztlichen Alltag

Eine entscheidende Frage in einer solchen Diskussion ist aber: Wie könnte eine Verbindung zwischen dem ethnologischen und dem ärztlichen Blick im medizinischen Alltag aussehen, wo doch der ärztliche Blick so wenig selbstkritisch und so wenig kulturkritisch ist? Wo Naturwissenschaft als „real“ und „objektiv“ vorausgesetzt und nicht als „hybride Konstruktion“ zwischen Natur und Kultur (Bruno LATOUR) hinterfragt wird? Wo Zeit und Raum als „Tatsachen“ in Experimenten manipuliert werden können, aber die Voraussetzungen ihrer biologischen Entstehung im menschlichen Körper übersehen werden?

Robert A. HAHN hat eine Analyse ärztlicher Tätigkeit gegeben, die uns helfen könnte, unseren ärztlichen Blick für die Parallelität von Natur und Kultur in unseren Aktivitäten zu schärfen: „... *Ohne es zu wissen*, praktizieren Ärzte eine Form der Anthropologie in ihrer Arbeit. So wie sie ihre Patienten treffen, untersuchen und beeinflussen, führen Ärzte implizit ethnographische Untersuchungen durch“ (Hahn 1995: 269). Für diese ethnographische Haltung gilt ein Grundsatz, den die Ethnologin Maja

NADIG so beschreibt: „Subjektivität [des Patienten] ist nicht messbar, nur erlebbar und mit Hilfe der eigenen Subjektivität interpretierbar“ (NADIG 1986: 36).

Dies könnte für die ärztliche Tätigkeit heißen: Mehr als bisher sollte es um *qualitative Aspekte subjektiven Erlebens, subjektiver Bedürfnisse und Empfindungen* unserer untersuchten Patienten gehen. Diese Untersuchung kann klären, wie das subjektive „Merken“ der untersuchten Patienten (s. Situationskreis) innerhalb ihrer Weltbilder und Begriffssysteme (innen) beschaffen ist. In einem zweiten Schritt sollte dann geklärt werden, wie die Interpretationen, die auf dem Boden innerer Bedürfnisse, Weltbilder und Begriffssysteme entstehen, in kulturelle Formen auf natürlichen Grundlagen – innen und außen – übersetzt werden. Im Situationskreis werden diese Übersetzungen „Wirken“ genannt und nicht nach „Natur“ oder „Kultur“ unterschieden. Wirkungen korrelieren nicht nur mit der Lebensgeschichte und den Gedächtnisformen, sondern auch mit den Umwelten der einzelnen Patienten.

5. Der Situationskreis zwischen Kultur, Wahn und Neurowissenschaften

Meine erste persönliche Begegnung mit Thure von Uexküll fand in seinem Zuhause in Freiburg statt. Gemeinsam mit Dorothea Sich aus Heidelberg diskutierten wir über *kulturgebundene Syndrome*. Ihm war sehr wichtig, in Deutschland in der eigenen Arbeit kulturgebundene Syndrome zu identifizieren. Später hat er dann die „kulturgebundenen Syndrome“ der Medizinischen Anthropologie als „funktionelle Syndrome“ der Psychosomatischen Medizin beschrieben (siehe 1991: Are functional syndromes culture-bound?).

Ganz besonders bemerkenswert fand ich damals seine Vorstellungen zu Wahn und Realität, die mich in meiner Arbeit motiviert haben, immer wieder begrifflich zu arbeiten, Definitionen zu formulieren und wieder zu hinterfragen. Seine Neugier hatte mich – wie viele andere auch – angesteckt.

Damals wurde für mich als angehenden Psychiater erkennbar, dass Realitätskonstruktionen von Ärzten und Ethnologen, Patienten und Klienten immer zwei verschiedene gewichtete Anteile mobilisieren: „natürliche“ und „kulturelle“. Beim Wahnkranken (als Extrembeispiel) steht im Vordergrund der auffälligen Merkmale sein Verlust an kultureller

(„psychosozialer“) Kommunikation. Formale und inhaltliche Denkstörungen (Grammatik- und Bedeutungsverzerrungen) behindern ihn darin, innerhalb seiner kulturellen Begriffskategorien realitätsgerecht zu reagieren und mit anderen zu kommunizieren. Gleichzeitig ist jedoch auch das Fundament dieser kulturellen Symptome, das biologische Gehirn in seinen nicht zugänglichen, „selbstverborgenen“ Ebenen, an bestimmten Strukturen und in bestimmten Funktionen schwer in Mitleidenschaft gezogen.

Ein Beispiel: Mittlerweile lassen sich beim akut halluzinierenden, Stimmen hörenden Patienten mit der funktionellen Kernspintomographie Stoffwechselaktivitäten in beiden Hörzentren (Temporallappen) nachweisen, obwohl die Ohren nichts hören.

In der *Schmerztherapie* ist heute bekannt, dass ein Schmerz umso eher chronisch wird, als er unbehandelt und damit weiterhin wahrnehmbar bleibt. Das plastische Gehirn reagiert nach einer Grundregel: Je länger ein Reiz andauert oder wiederholt wird, desto mehr verfestigt sich die Bindung der daran beteiligten Synapsen und desto grösser wird die Zahl der Neuronen, die sich mit diesem Reiz auseinandersetzen.

Ein Beispiel: Beim Klavierspieler wächst die Zahl der Nervenzellen, die sich mit seinem Tun beschäftigen, und deren synaptische Verbindung wird umso fester, je länger er trainiert. Gleiches gilt für das Kind, das Ball spielen oder sprechen lernt. Dieses Grundprinzip ist auf alle Lernvorgänge übertragbar, jetzt und lebenslang (sog. Hebb'sche Regel von 1941). Auch Lesen oder Diskutieren verändert Synapsen, auch jetzt.

Diese Befunde der *Neurowissenschaften* passen gut zum Situationskreis Thure von Uexkülls, obwohl er sich mit der modernen Neurowissenschaft nicht beschäftigt hat. Im Situationskreis wird das grundlegende sensomotorische Schema dargestellt, mit denen Ethnologen und Ärzte – wie alle Menschen und Lebewesen – leben, arbeiten und Gedächtnisse erzeugen.

6. Realität als Passung zwischen Individuum und Umwelt

Die Dekompensation erlernter sensomotorischer Schemata führt zum mehr oder minder starken Realitätsverlust: jeder Angstkranke, jeder Traumatisierte, jeder Gemobbte, jeder Depressive, jeder Ge-

kränkte und jeder Schizophrene leidet darunter, dass erlernte Bewältigungsstrategien (Sprache oder Hände) nicht mehr zur Umgebung passen. Und zwar auf der zerebralen Ebene im Kopf, auf der vegetativen Ebene in den Eingeweiden (zweites Gehirn) und auf der selbstwahrnehmenden Ebene (Propriozeption) in Knochen, Muskeln und Bindegewebe. In der Sprache des Situationskreises ist ein Realitätsverlust eine Passungsstörung zwischen „Merken“ und „Wirken“. Hauptthema aller sogenannten „seelischen“ Störungen!

Thure von Uexkülls *Begriff von Realität* stützt sich auf den „ersten Fundamentalsatz“ der Umweltlehre seines Vaters, Jakob von Uexküll. Er lautet: „Alle *Tiersubjekte*, die einfachsten wie die vielgestaltigsten, sind mit der gleichen Vollkommenheit in ihre Umwelten eingepasst. Dem einfachen Tier entspricht eine einfache Umwelt, dem vielgestaltigen eine ebenso reich gegliederte Umwelt.“ (Jakob von UEXKÜLL 1956/70: 11). Nach dieser Definition sind nicht nur psychische Erkrankungen, sondern alle Erkrankungen sogenannte *Passungsstörungen zwischen Individuum und Umwelt*. Auch auf Teilelemente des Körpers selbst (die Innenwelt) lässt sich diese Definition beziehen: Wenn die insulinbildenden Zellen der Bauchspeicheldrüse beim Diabetes nicht mehr arbeiten, gerät die Passung aller übrigen Körperzellen aus dem Gleichgewicht, so dass aus dieser Passungsstörung lebensbedrohliche Gefahren resultieren.

Differenziert man den Begriff „Erkrankung“ (sickness) mit Hilfe der Unterscheidung von Arthur KLEINMAN zwischen „disease“ und „illness“, so kann man eine Akzentuierung formulieren: „Illness“ (Kranksein) ist eher geprägt vom subjektiven körperlichen und psychosozialen Empfinden, das Ausdruck biologischer sensomotorischer Schemata ist. „Disease“ (Krankheit) ist dagegen eher von den kollektiven Begriffskategorien bestimmt, die wir sprachlich (ebenfalls senso-motorisch) erarbeitet und in kulturellen Gedächtnissen gespeichert haben.

7. Natur und Kultur – innen und außen

Kultur ist nach dieser Vorstellung ein Instrument bzw. ein Medium zur Einpassung menschlicher Lebewesen in ihre natürlichen und immer mehr modifizierten Umwelten. Dies geschieht insbesondere über „Bewegungen“ nach außen (Muskeln) oder nach innen (Denken, Hormone, vegetative Reaktio-

nen, Immunsystem ...). Medizinische Technik kann dann als ein Instrument bzw. ein Medium zur Ergänzung und Potenzierung der beschränkten Fähigkeiten menschlicher Sinnesorgane und Hände verstanden werden.

Es wird so deutlich, dass die *begriffliche Trennung von Kultur und Natur eine Fiktion* ist, die mühsam beschreibt, was eng miteinander verstrickt ist. Insofern nahm Jakob von Uexküll vorweg, was heute Bruno LATOUR als „symmetrische Anthropologie“ beschreibt und vorschlägt (s. u.). Unsere individuell-biographischen Gedächtnisse (Nervensysteme, Antikörper usw.) und unsere kollektiv-kulturellen Gedächtnisse (Bibliotheken usw.) enthalten untrennbar miteinander verbundene senso-motorische Schemata, die in historischen Prozessen entstanden sind und immer weiter entwickelt wurden.

Bemerkenswert ist für unsere Diskussion aus medizinischer Sicht, dass unser Gehirn offenbar schon vor jeder sprachlich-kulturellen Kategorie begriffliche Felder von allen Sinneseindrücken und allen Reaktionsformen zu erzeugen imstande ist. Das bedeutet nichts anderes als: Die sensomotorischen Interpretationsprozesse des Menschen in der Interaktion mit seiner natürlichen Umwelt hinterlassen zwei Arten kultureller Felder: die äußeren, von denen das Wort „Kultur“ in der lateinischen Sprache stammt, und die inneren Felder, die an der Hirnoberfläche abgrenzbare Begriffseinheiten darstellen – sowohl sprachlicher als auch nicht-sprachlicher Art.

Die *kulturellen Felder*, auf denen Menschen die Erde „beackern“, haben ihre Entsprechung in den *biologischen Themenfeldern* der plastischen Hirnoberfläche (rechter Teil der Abb. aus SPITZER 1996). Die zentrale zeichentheoretisch fundierbare Forderung, Natur und Kultur der untersuchten Menschen in ihren Realitätskonstruktionen immer gleichzeitig als hybrides Phänomen zu beobachten, klingt für die Ethnomedizin fast selbstverständlich. Wie sehr die konkrete Ausgestaltung kultureller Erscheinungsformen von den Umweltbedingungen abhängt, wird beispielsweise bei den „Buschmännern“ deutlich, die sich an die Extrembedingungen der Kalahariwüste *angepasst* haben. Die Entwicklung ihrer kulturellen Verfahren ist Ergebnis historischer *Passungsprozesse* zwischen Umwelt und menschlichen Körpern. Die kulturellen Verfahren sind einerseits materialisiert in äusseren Objekten, andererseits in inneren sensomotorischen Schemata, den immerwährenden Kreisläufen zwischen „Sin-

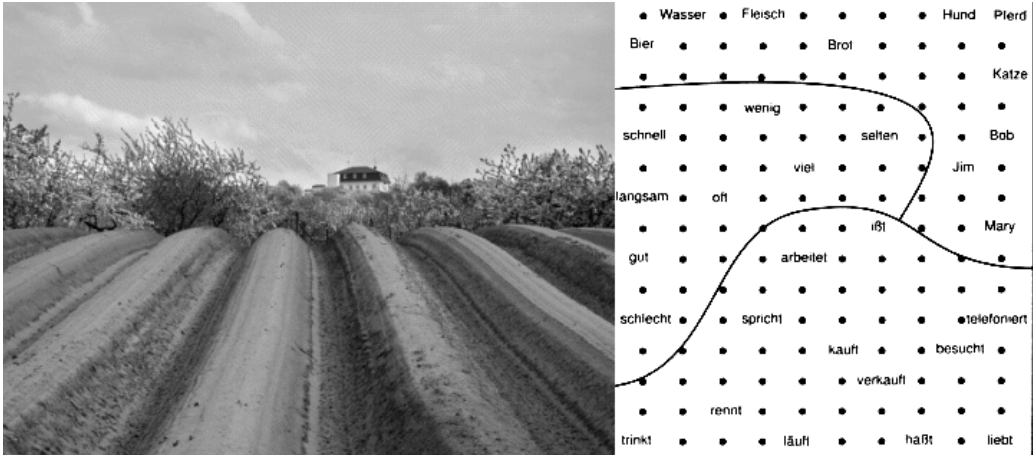


Abb. 3: Spargelfeld und Felder der Hirnoberfläche.

nesorganen“ und „Händen“. Sie werden abgestimmt durch Beobachtung, Nachahmung und Kommunikation. So entstehen immer neue, modifizierte Formen von Wirklichkeit.

Im beruflichen Alltag ist die Beobachtung der Interaktion natürlicher und kultureller Anteile menschlichen Lebens oft sehr schwierig:

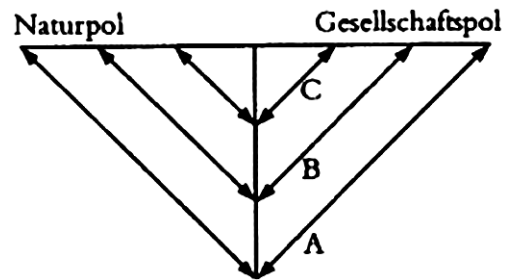
- für den einzelnen Ethnologen, wenn er nicht auch Arzt ist und über Interpretationsmodelle für den Körper verfügt
- für den praktischen Arzt, wenn er nicht auch über ethnologische Interpretationsmodelle im Sinne der „Teezeremonie“ verfügt
- für den Psychosomatiker oder Psychiater, solange er sich noch nicht zur Ebene des Metabeobachters von Natur und Kultur seiner Patienten entwickelt hat.

8. Bruno Latour und seine „Symmetrische Anthropologie“

Sehr hilfreich ist in diesem Zusammenhang ein einfaches, aber erhellendes und im ärztlichen Alltag hilfreiches Schema, das der Soziologe Bruno LATOUR aus seiner wissenschaftskritischen Perspektive vorgeschlagen hat. Er nennt es „Symmetrische Anthropologie“.

Die Diskussion dieses Schemas als zentrale Arbeitsperspektive könnte und sollte in der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin erhebliche Unruhe, vielleicht Faszination auslösen. Denn es beinhaltet den

schwierigen Spagat zwischen der Beobachterperspektive, die wir als Ärzte und Ethnologen einnehmen, und der sprachlich-kulturellen Aufteilung von Sinnesphänomenen in „Natur“ und „Kultur“. Diese Weise der Welterzeugung ist uns so sehr in Fleisch und Blut übergegangen, dass wir die beständigen Wechsel, die wir im Alltag zwischen diesen Perspektiven vornehmen, in der Regel nicht mehr bemerken – geschweige denn beschreiben können.



SYMMETRISCHE ANTHROPOLOGIE

Alle Kollektive bilden Naturen und Kulturen; allein die Dimension der Mobilisierung variiert

Abb. 4: Symmetrische Anthropologie aus Bruno Latour: Wir sind nie modern gewesen (1998).

Wer erinnert denn den Arzt im Alltag daran, dass seine *ärztlichen Diagnosen begriffliche Kulturkonstrukte sind*, die als mediale akustische oder optische Hilfsmittel wirken sollen? Oder wer erinnert den Ethnologen daran, dass ohne unser Gehirn als „Regelextraktionsorgan“ (Manfred Spitzer) weder gezielte äussere Bewegungen noch Sprache und Denken als „internalisierte Formen von Bewegung“ (Wolf Singer) möglich wären?

Bruno Latour hat weltweit Beachtung gefunden, als er gemeinsam mit seinem Kollegen Steven WOOLGAR einen Bericht über die ständige Vermischung von Natur und Kultur in einem modernen Forschungslabor erstellte (LATOUR & WOOLGAR 1979). Das Bemerkenswerte ist aus heutiger Sicht, dass Latour aus seiner wissenschaftssoziologischen Perspektive ähnlich argumentiert wie Thure von Uexküll: In Begriffen der Systemtheorie, der interaktionellen Metamorphose von Beziehung und Bedeutung, in Begriffen biologischer Regelkreismodelle, in zeichentheoretischen Modellen. So enthält die 6. Auflage der Psychosomatischen Medizin erstmals auch ein Kapitel über die Zeichenlehre von Charles SANDERS PEIRCE.

Von Uexküll befand sich als deutscher Hochschullehrer aber – im Vergleich zu Latour - in einer ungleich schwierigeren Position: Er musste in den 1970er Jahren die deutschen Hochschulen erst einmal davon überzeugen, dass in der Medizin Fächer wie Soziologie und Psychologie überhaupt einen Sinn machen. Sein Verdienst ist es, dass diese Fächer Eingang in die ärztliche Approbationsordnung gefunden haben. Erst dreißig Jahre später haben seine theoretischen Modelle auf vielfältige Weise auch Eingang in den Reformstudiengang Medizin an der Berliner Charité genommen.

9. Thure von Uexküll und Bruno Latour

Auf den Ebenen des Metabeobachters, der im Sinne der „Teezeremonie“ gleichzeitig Natur und Kultur seines Patienten/Informanten beobachtet, stoßen die Konzepte von Thure von Uexküll und Bruno Latour, die sich gegenseitig nicht kannten, passend zusammen und stellen etwas Neues her, was wir in der AGEM unbedingt aufgreifen und weiterverfolgen sollten:

Erstens stellen wir in der begrifflichen Unterscheidung von Natur und Kultur die grundlegenden orientierenden Filter unserer Interpretationen her.

Dabei ist zu beachten, dass begriffliche Unterscheidungen nur Interpretationen, aber keine „Wahrheiten“ sind. Ganz im Sinne Heinz VON FOERSTERS, der Wahrheit als Erfindung eines Lügners bezeichnet hat.

Zweitens imitiert die begriffliche Unterscheidung die historische Entwicklung menschlicher Kultur *nach* dem Vorhandensein menschlicher Natur in natürlichen Umwelten.

Drittens verschaffen wir uns damit die Möglichkeit, die biologischen und kulturellen Zeichensysteme in menschlich wirksamen Interpretationen zu beschreiben und in ihrer gegenseitigen Verflechtung zu verstehen

- Wo ist der Übergang im Nervensystem von der Natur der neuronalen Netze zur Bedeutungserteilung in Natur und Kultur? Und umgekehrt?
- Wie erhalten Teile des Körpers kulturelle Funktionen (Sprechen, Hände, ...)?
- Wie prägt das konkrete tägliche Angebot der natürlichen und kulturellen Umgebung die plastische Beschaffenheit der neuronalen Netze schon bei Kleinkindern?
- Wie werden sie dadurch zu körperlich und kulturell „gesunden“ Gruppenmitgliedern?
- Welche Passungen müssen dabei hergestellt bzw. beachtet werden?

Viertens verschaffen wir uns Klarheit über die Art und Weise, wie wir unsere menschliche Wirklichkeit selbst erzeugen, welchen inneren und äußeren Einflüssen sie unterliegt und wie wir sie im Sinne einer gesunden zukünftigen Welt gezielt weiter entwickeln können.

Thure von Uexküll hat immer wieder aus der Umweltlehre seinen Vater zitiert, der eines der ersten Modelle beschrieben hat, wie Lebewesen durch Zeicheninterpretation mit ihrer Umwelt interagieren. Sein Wirklichkeitskonzept ist für die AGEM wertvoll, da es eine gemeinsame Gewichtung natürlicher und kultureller Faktoren bei der Erzeugung menschlicher Wirklichkeiten ermöglicht:

„Für den *Physiologen* ist ein jedes Lebewesen ein Objekt, das sich in seiner Menschenwelt befindet. Er untersucht die Organe der Lebewesen und ihr Zusammenwirken, wie ein Techniker eine ihm unbekannte Maschine erforschen würde. Der *Biologe* hingegen gibt sich davon Rechenschaft, daß ein jedes Lebewesen ein Subjekt ist, das in einer eigenen Welt lebt, deren Mittelpunkt es bildet. Es darf daher nicht mit einer Maschine, sondern nur mit

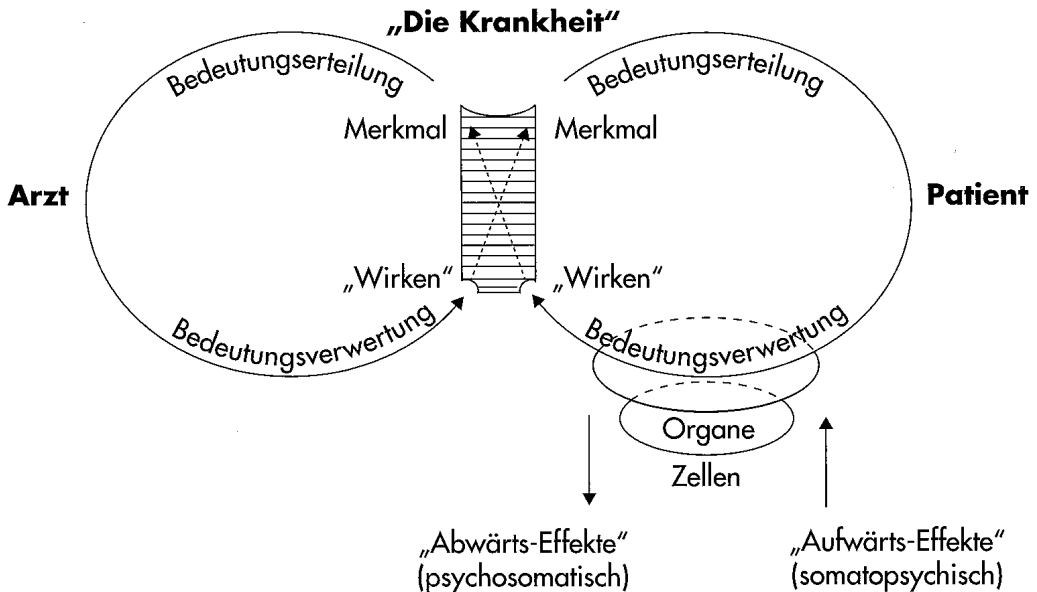


Abb. 5: *Gemeinsame Konstruktionen in der Bedeutungsrickkopplung zwischen Arzt und Patient (T. v. UEXKÜLL et al. 2002)*

dem die Maschine lenkenden Maschinisten verglichen werden.“ (Jakob VON UEXKÜLL 1933/56, 1983)

Meine Interpretation: Der *Physiologe* erzeugt eigene Interpretationen über Lebewesen. Der *Biologe* muss sich mit seinen Interpretationen in ständiger Rückkopplung mit den Interpretationen des beobachteten Lebewesens befinden – wie es auch von einem *Ethnologen* oder *Arzt* gefordert werden kann.

Die rückgekoppelte Realitätsfindung zwischen Arzt und Patient haben Thure VON UEXKÜLL *et al.* (2002) in der „Integrierten Medizin“ grafisch wie in Abb. 5 dargestellt.

Resümee

Die Abbildung zeigt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Gestaltungsprozess ihrer biologischen und kulturellen Natur. Dieses Modell von verschiedenen Seiten zu diskutieren war mein zentrales Anliegen.

Links

Arbeitsgruppe zu Thure von Uexkülls Themen: Forum für Integrierte Medizin Mainz/ Wiesbaden:
<http://www.forum-integrierte-medizin.info/> (dort weitere links zu Jakob und Thure von Uexküll).

Die Homepage von Bruno Latour: <http://www.ensmp.fr/~latour/>
 Über Bruno Latour: http://de.wikipedia.org/wiki/Bruno_Latour
 (dort Literaturliste, auch Sekundärliteratur).

Akademie für Integrierte Medizin: <http://www.int-med.de/>

Literatur:

- ALBERS L. 2002. Medizinische Kulturanthropologie. Die Kulturgebundenheit von Syndromen als Beleg für die Notwendigkeit, mit Patienten gemeinsame Evidenzen zu erarbeiten. In Thure VON UEXKÜLL (Hg). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg: 6. Auflage, Kap. 4.
- HAHN R. A. 1995. *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- LATOUR B. 1998. *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Frankfurt: Fischer.
- LATOUR B., WOOLGAR S. 1979. *Laboratory life. The social construction of scientific facts*. Beverly Hills: Princeton Book Company Publishers.
- NADIG M. 1986. *Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopsychanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko*. Frankfurt: Fischer.
- SPITZER M. 1996. *Geist im Netz*. Heidelberg: Spektrum.
- UEXKÜLL Th v. 1991. Are Functional Syndromes Culture-Bound? Lecture at the Conference “Anthropologies of Medicine”, Hamburg, 5.12.88. In PFLEIDERER B. & BIBEAU G. (Eds). *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*. (Curare-Sonderband 7/1991). Braunschweig: Vieweg: 13-22.
- 1997. Biosemiose. In POSNER *et al.* (Hg). *Semiotik. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur*. Berlin: Walter de Gruyter.

- 2002. Integrierte Medizin – ein lernendes (Geschichte bildendes) Modell einer nichtdualistischen Heilkunde. In UEXKÜLL Th. v., GEIGGES, W., PLASSMANN, R.: *Integrierte Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- & KRISZAT G. 1983 (1970): *Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen*. (Reihe *Conditio humana*). Frankfurt: Fischer.
- & WESIACK W. 1998: *Theorie der Humanmedizin*. (3. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- PEIRCE CH. S. 1955. What Is a Sign? Reprint in BUCHLER J. (Ed). *Philosophical Writings of Peirce*. New York: Dover Publications: 98-101.



Ludger Albers, Dr. med., Jg 1953, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Schwerpunkte psychosomatische Diagnostik, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 1975 Medizinischer Dokumentar (Ulm), dann Verlagsredakteur, ab 1978 Medizinstudium. 1982 Stipendium der Carl-Duisberg-Gesellschaft für einen halbjährigen Studienaufenthalt in Korea. Ethnographische Untersuchungen zum medizinisch-kulturellen System Koreas. 1986 Promotion über das kulturgebundene Syndrom Naeng in Südkorea und Deutschland am Institut für Tropenhygiene der Universität Heidelberg (Prof. Diesfeld, Prof. Sich). Ab November 1993 Fachbereich Psychosomatische Medizin der Deutschen Klinik für Diagnostik, Wiesbaden. Januar 2000: Mitbegründung des Forums Integrierte Medizin Mainz/Wiesbaden (Theorie der Humanmedizin, insbesondere das Verhältnis Biologie und Kultur in der Medizin), ab Mai 2005 Praxis für Integrierte Medizin, gemeinsam mit Soon-Ye Albers-Kim, Heilpraktikerin mit Schwerpunkt klassische chinesische Anamnese, Diagnostik und Therapie.

Taunusstr. 7, D-65183 Wiesbaden.
e-mail: dr.l.albers@t-online.de / www.forum-integrierte-medizin.info