

# curare

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

hrsg. von/edited by: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM

## MANAGEMENT OF MADNESS PAST AND PRESENT



Kultur, Medizin und Psychologie im Dialog II  
– Beiträge zum 100. Geburtstag von Georges Devereux  
& 30 Jahre Transkulturelle Psychiatrie  
und Psychotherapie in der Zeitschrift *Curare*

**Zum Titelbild:** Ausschnitt aus der ersten Seite des Prospekts (8 S.) zum Film "Management of Madness. Past and Present" von Alexander BOROFFKA (1973, 29 min.), in Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch, in dem der psychiatrische Pluralismus in Nigeria in den 1970er Jahren dokumentiert wird.

**Cover Illustration:** Part of the 1<sup>st</sup> page of the prospectus of Alexander BOROFFKA

Madness. Past and Present" on Nigerian psychiatric pluralism in the 1970<sup>th</sup> (1973, 29 min.) in English, German, French and Spanish..

**Das letzte Heft / The last issue:**

**Curare 32(2009)1+2:** Kultur, Medizin und Psychologie im Dialog I – Bilanzen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin. Beiträge zur 21. Fachkonferenz Ethnomedizin 2008 in Remscheid; hrsg von MARKUS WIENCKE, ULRIKE KLUGE & EKKEHARD SCHRÖDER

**Die nächsten Hefte / forthcoming issues:**

**Curare 33(2010)1:** gemischtes Heft mit Beiträgen von HUBERTA VON WANGENHEIM: *medium unidada* in der Dominikanischen Republik; MATHIEU BUJOLD: Der Patient als Integrator, Analyse eines integrierten Behandlungszentrums in Kanada; SOPHIE KOTANYI: Anwendungen von Georges Devereuxs Theorien in Mosambik; sowie weitere Beiträge.

**Curare 33(2010)2:** Zur Ethnobotanik und Ethnopharmakologie

**Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – AGEM, Herausgeber der**

*Curare, Zeitschrift für Medizinethnologie • Curare, Journal of Medical Anthropology* (gegründet/founded 1978)

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)



**Zeitschrift für Medizinethnologie  
Journal of Medical Anthropology**



**Herausgegeben im Auftrag der / Edited on behalf of:**

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM  
von Ekkehard Schröder, auch verantwortlich im Sinne des Presse-  
rechtes Vi.S.d.P. / Editor-in-chief

**Geschäftsadresse / office AGEM:** AGEM-Curare  
c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany  
e-mail: ee.schroeder@t-online.de, Fax: +49-[0]331-704 46 82  
www.agem-ethnomedizin.de

**Herausgeberteam /Editorial Board Vol. 31(2008) - 35(2012):**

Hans-Jörg Assion (Detmold) info@gpz-lippe.de // Ruth Kutalek  
(Wien) ruth.kutalek@meduniwien.ac.at // Kristina Tiedje (Lyon)  
kristina@tiedje.com // Anita Zahlen-Hingurange (Basel) azahlen  
@yahoo.de

**Beirat /Advisory Board:** John R. Baker (Moorpark, CA, USA) //  
Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // An-  
nette Leibing (Montreal, CAN) // Armin Prinz (Wien) // Hannes  
Stubbe (Köln)

**Begründet von / Founding Editors:**

-  
burg) – Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Schiefenhövel  
(Adechs) – Ekkehard Schröder (Potsdam)

**Ehrenbeirat / Honorary Editors:** Hans-Jochen Diesfeld (Starn-  
berg) – Horst H. Figge (Freiburg) – Dieter H. Frießem (Stuttgart)  
– Wolfgang G. Jilek (Vancouver) – Guy Mazars (Strasbourg)

**IMPRESSUM 32(2009)3+4**

**Verlag und Vertrieb / Publishing House:**

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster  
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany  
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36  
e-mail: info@vwb-verlag.com  
http://www.vwb-verlag.com

**Bezug / Supply:**

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemein-  
schaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte können  
beim VWB-Verlag bezogen werden // *Curare* is included in a  
regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at  
VWB-Verlag.

**Abonnementspreis / Subscription Rate:**

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet  
unter // Valid subscription rates you can find at the internet under:  
www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html

**Copyright:**

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2009

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-758-2

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren  
unterzogen // This journal is peer reviewed.



Zeitschrift für Medizinethnologie  
Journal of Medical Anthropology



hrsg. von/ed. by Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM)

**Inhalt / Contents**  
Vol. 32 (2009) 3+4  
Doppelheft / Double Issue

**Kultur, Medizin und Psychologie im Dialog II:  
Beiträge zum 100. Geburtstag von Georges Devereux (\*1908)  
& 30 Jahre Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie  
in der Zeitschrift *Curare***

Herausgeber / Editors:

ULRIKE KLUGE, EKKEHARD SCHRÖDER & MARKUS WIENCKE

ULRIKE KLUGE: Georges Devereux: Ein Wegbereiter der Transkulturellen Psychiatrie auf einer Reise zwischen den wissenschaftlichen Welten. Editorial . . . . . 163

**Beiträge zum 100. Geburtstag von Georges Devereux (\*13. September 1908)**

DIETER H. FRIESSEM: Devereux und die Psychiatrie. Gedanken beim Wiederlesen von „Angst und Methode“ (Reprint aus *Curare*-Sonderband 2/1984, Georges Devereux zum 75. Geburtstag. Eine Festschrift) . . . . . 173

PETER MÖHRING: Ein Beitrag zur Psychoanalytischen Anthropologie der Angst. „Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften“ von Georges Devereux eingedenk . . . . . 178

VOLKER FRIEDRICH & GERALD SCHLECHT: Das Geheimnis des Himba-Hirten M. Eine ethnopsychanalytische Fallgeschichte aus Namibia. Teil I: Kontext, Begegnungen und Gesprächsprotokolle (V. Friedrich); Teil II: Bemerkungen zum Fallbericht von V. Friedrich unter Rückgriff auf Gedanken von Georges Devereux (G. Schlecht) . . . . . 189

WOLFGANG SCHREIBER: Die Aktualität von Georges Devereux für die heutige Suchttherapie – Fallstudien . . . . . 203

RONNY KRÜGER & ULRIKE KLUGE: Untergang einer Kultur? Oder: Was ist eigentlich aus der DDR geworden? Anmerkungen zur deutsch-deutschen kulturellen Entwicklung nach der „Wende“ . . . . . 210

**Beiträge zur Transkulturellen Psychotherapie im interdisziplinären Arbeitsfeld Kultur, Medizin und Psychologie – 30 Jahre Transkulturelle Psychiatrie in der Zeitschrift *Curare***

BERND RIEKEN: Wertvorstellungen der Aufklärung und Romantik als ideengeschichtliche Grundlagen der Psychoanalyse . . . . . 231

M. BILGIN SAYDAM: Imitation oder Integration: Westliche Psychotherapie für die türkische Psyche? 237

ECKHARDT KOCH: Wolfgang M. Pfeiffer zum 90sten Geburtstag . . . . . 249

Ein persönlicher Reisebericht von WOLFGANG M. PFEIFFER über seine psychiatrische Tätigkeit in Patjet, Java, Indonesien 1957 (bearbeitet von Eckhardt Koch) . . . . .	252
DIETER H. FRIESSEM: Emil Kraepelin und die vergleichende Psychiatrie. Marginalien zu einer Wiederveröffentlichung [Kraepelin 1904: Vergleichende Psychiatrie, hier Faksimile-Nachdruck. <i>Curare</i> 3(1980)4] . . . . .	260
EMY KOËN: Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: Ein Vergleich. [Reprint aus <i>Krankheit und Migration in Europa. Curare</i> 9(1986)2] . . . . .	265
EKKEHARD SCHRÖDER: Anmerkungen zur Geburt der deutsch-sprachigen Transkulturellen Psychiatrie zwischen Freud und Marx in den 1960er und 1970er Jahren [mit integriertem Reprint des Nachrufs auf E.D. Wittkower von W. JILEK, <i>Curare</i> 6(1983)1 auf S. 276-77] . . . . .	274
<b>Dokumentationen</b>	
30 Jahre <i>Curare</i> : Dokumentation Ausgewählte Titelseiten V (Transkulturelle Psychiatrie): Emil Kraepelin – Arzt und Forscher [Reprint <i>Curare</i> 3(1980)4] S. 271 // Schwerpunktthema: Krankheit und Migration in Europa. Zeichnung von I. Tuncay [Reprint <i>Curare</i> 9(1986)2] S. 285 // A Descent into African Psychiatry. Anmerkung der Redaktion [Reprint <i>Curare</i> 12(1989)3-4] S. 284 // Zum Titelbild: Touristen-Trance im Senegal [Reprint <i>Curare</i> Vol. 13(1990)2] S. 285 // Emuron Losinyono erklärt das Prinzip des Sandalenorakels [Reprint <i>Curare</i> 7(1984)4] S. 285 . . . . .	284
30 Jahre Transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in <i>Curare</i> . Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie (1978 – 2007) . . . . .	287
Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in <i>Ethnomedizin</i> . Zeitschrift für interdisziplinäre Forschung / <i>Ethnomedicine</i> . Journal for Interdisciplinary Research I(1971/72) – VII(1981/82) . . . . .	297
<b>Berichte / Reports</b> . . . . .	299
HANS-JÖRG ASSION: Sektion Transkulturelle Psychiatrie der AEP. Bericht über das Treffen in Lissabon im Januar 2009 – 299 // CHRISTIAN POSTERT: Bericht über den II. Weltkongress der (trans)kulturellen Psychiatrie in Norcia, Italien, September 2009 – 300 // RUTH KUTALEK: “Medical Anthropology at the Intersections: Celebrating 50 Years of Interdisciplinarity.” An International Conference of the Society for Medical Anthropology of the AAA, Sept. 24–27, 2009, Yale University – 301 // ASSIA MARIA HARWAZINSKI: Bericht zum Wiener ImPulsTanz-Festival 2009. Neuer Schwerpunkt „Tanzmedizin“ – 303	
<b>Buchbeprechungen / Book Reviews</b> . . . . .	307
JOSEF DREXLER 2009. Ressourcenkrisenmanagement am Beispiel der Nasa (Paez) von Tierradentro, Kolumbien. // THEDA BORDE, MATTHIAS DAVID & INGRID PAPIES-WINKLER (Hg) 2009. Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere	
<b>Résumés des articles <i>Curare</i> 32(2009)</b> . . . . .	310
<b>Index <i>Curare</i> 31(2008) – 32(2009)</b> . . . . .	316
Die Autorinnen und Autoren in <i>Curare</i> 32(2009)3+4 . . . . .	320
Zum Titelbild . . . . .	U2
Impressum . . . . .	U2

Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER, MARKUS WIENCKE & ÜLRIKE KLUGE  
 Redaktionsschluss: 30.11.2009

Die Artikel in diesem Heft wurden einem Reviewprozess unterzogen / The articles of this issue are peer-reviewed

## Ein persönlicher Reisebericht von WOLFGANG M. PFEIFFER über seine psychiatrische Tätigkeit in Patjet, Java, Indonesien 1957

(bearbeitet von Eckhardt Koch)

Ein bisher unveröffentlichter Bericht Pfeiffers, den er wenige Monate nach Beginn seiner Tätigkeit als Direktor eines psychiatrischen Krankenhauses in Patjet auf Java/Indonesien im Herbst 1956 an Freunde und Kollegen in Deutschland geschickt hatte, wird unter Auslassung ganz persönlicher Mitteilungen erstmalig vorgelegt<sup>1</sup>. Dieser Bericht und ausgewählte Fotos aus einem liebevoll angelegten Album, die Wolfgang Pfeiffer selber bei seiner Forschungsreise nach Nias/Indonesien 1971 gemacht hatte, ermöglichen einen sehr persönlichen Blick auf den Menschen Wolfgang M. Pfeiffer und seine tief im Humanismus wurzelnde Grundhaltung. Die Dokumente wurden freundlicherweise von seiner Familie zur Verfügung gestellt. (ECKHARDT KOCH)

### A Personal Report (1957) from Wolfgang M. Pfeiffer on his Work as Psychiatrist in Patjet, Java (1957-1960), selected by Eckhardt Koch.

The following not yet published letter is a personal report for friends, colleagues, and his family, in which Pfeiffer in autumn 1956. The document is softly shortened from more personal notes. This report together with a selection publication by his family. (ECKHARDT KOCH)

Ihr Lieben Leut',

Dieser Schilderung unseres häuslichen Lebens möchte ich nun eine Skizze meines Arbeitsbereiches anfügen. Vier Wochen nach unserer Ankunft in Indonesien war ich also plötzlich „Doktor Pemiayin“ (leitender Arzt) des Bumsh Skit Urat Siarat (Nervenkrankenhaus) Patjet. Das ist eine Situation, die an sich nicht ohne Probleme ist: Ich war unmittelbar auf mich allein gestellt, fremd mit dem Land und seinen Sitten, verstand kaum etwas von der Sprache

Hinzu kam, daß das Haus früher Lungenanatorium war (das Personal also größtenteils keinerlei Er-

und schon zwei Jahre lang nur gelegentlich einen Arzt zu sehen bekam. Im übrigen stand es unter der Regierung eines tatkräftigen Verwalters und eines

gers, für die der neue Doktor möglicherweise ein unlieber Eindringling und Störenfried sein konnte.

#### **Ein ehemaliges Lungenanatorium**

Schnell zeigte sich aber, daß all dies keine ernstlichen Schwierigkeiten mit sich brachte, sogar eine Reihe von Vorteilen enthielt. Ehemaliges Lungena-

natorium, das bedeutet: lockere, luftige Bauweise, nicht den gefängnisartigen Charakter der Nervenanstalten alten Stils. (Das Haus ist damit auch freilich nicht zur Verwahrung schwer erregter Personen etc. geeignet). Das bedeutet weiterhin, daß die unge-

mit den Patienten umzugehen; das allein ist ja schon so wichtig und kaum mehr zu erreichen, wenn einmal die gegenteilige Haltung eingefahren ist. Der Mangel an Tradition hat schließlich den Vorteil, daß alles noch plastischer ist, besser für einen Neuanfang geeignet.

#### **Mit der Verständigung ging es überraschend gut**

Mit der Verständigung ging es überraschend gut: Der Verwalter spricht ausgezeichnet holländisch,

verstehen einige wenigstens ein paar Brocken. Von den Patienten aber kann sogar die Hälfte mehr oder minder gut holländisch, so daß sogar tieferegehende Aussprachen gleich möglich waren. Bei den Anderen musste ich mir zunächst dolmetschen lassen; jetzt geht es mit der Bahasa Indonesia aber doch schon soweit, daß es zur üblichen Erhebung einer

Anamnese und für einen größeren psychischen Befund ausreicht. Weit mühseliger ist es in dieser Beziehung mit den Leuten aus den benachbarten Kampongs bestellt, denn die sprechen sundanesisch, was vom Malaiischen etwa soweit entfernt ist, wie das Holländische vom Deutschen; und es ist nie klar, wie viel sie eigentlich malaiisch verstehen. Sie hören geduldig zu, was ich Ihnen erzähle, nicken auch

überhaupt nichts begriffen haben. Immerhin kamen solche Leute bisher nie mit seelischen Leiden, sondern mit handfesteren Sachen, die keine übermäßigen Sprachkünste erfordern.

Der Verwalter – gleichaltrig mit mir und von gleicher Statur – ist ein intelligenter, beweglicher Mensch, der den ganzen administrativen Kram gut in Schwung hält und (mit Konzept) geradezu elegante Briefe schreibt, wobei deutlich wird, daß man mit der malaiischen Sprache ebenso schöne Büroschnörkel, wohl sogar noch blumigere pinseln kann, wie mit der deutschen („und wir vergessen nicht, davor und danach viel Dank auszudrücken für die Hilfe und die Herzensmilde des ehrwürdigen Herren“). Und da prangt dann mein Name

ich bei ihm nichts gemerkt; er ist sehr genau, bis an die Grenze des Pedantischen, sicher auch in allen geschäftlichen Dingen. Uns gegenüber ist er immer hilfsbereit, erfüllt jeden Wunsch, ehe er noch richtig ausgesprochen ist. Freilich ist er auch etwas schwer zu durchschauen, wie die gebildeten Menschen hier allgemein. Ich habe doch den Eindruck, daß ich nicht immer alles erfahre, was vor sich geht, besonders daß auch direkte Kontakte zur vorgesetzten Stelle bestehen. Genauer gesagt, daß er etwas als Aufsichtsperson für mich zu walten hat und über mein Tun und Lassen befragt wird. Vielleicht könnte das einen Anderen grämen, mich nicht, denn ich kann es zu gut verstehen: Er ist der lang bewährte -  
mand kennt; zudem mahnen die Erfahrungen mit ausländischen Ärzten – nicht zuletzt mit Deutschen – zur Vorsicht. (Am Rande sei bemerkt, daß man auch in Deutschland einen solchen direkten Kontakt des Verwalters – unter Ausschaltung des Chefarztes

so wie bisher auch in Zukunft immer wirklich gut zusammenarbeiten werden, denn uns liegt beiden das Krankenhaus wie der Kampong am Herzen, wir haben gewisse weltanschauliche Übereinstimmun-

gen (er ist überzeugter Islamit – sein Name Hamballie bedeutet: Diener Allahs –; er zeigt den Angeestellten des Hauses gegenüber eine ausgesprochen soziale Einstellung). Hinzu kommen die privaten Beziehungen: Sowohl die Frauen wie die Kinder haben sich rasch angefreundet; ich habe das Amt des Hausarztes bis in die weitesten Verzweigungen seiner Familie und es gelang mir sogar, einer älteren Verwandten aus einer aussichtslos erscheinenden Erkrankung – Alhamdulillah – herauszuhelfen.

### Das Pflegepersonal

In mancher Beziehung schwieriger war für mich der

ich erwartete. Schon in seiner stillen, ernsten und nachdenklichen Art unterscheidet er sich von den Menschen hier. Er ist zwar auch Sundanese, stammt aber aus dem Javanischen Grenzgebiet und sein (indischer) Name Darma weist auf den javanischen

alt, Vater von 12 Kindern und vielfacher Großvater, ein herzensguter Mensch von schlichter Weisheit, der von allen – auch von mir – nur mit „Pa’Darma“, „Vater Darma“ angesprochen wird. Das ist sehr schön, aber wie sollte ich einem solchen Menschen beibringen, daß im Labor ein arges Durcheinander herrscht und daß die von ihm verwaltete Apotheke in einer wirklich unmöglichen Weise verlottert ist. Aber auch dieses Problem hat sich inzwischen von selbst gelöst, wenn auch auf eine etwas traurige Weise. Pa’Darma begann, wie schon früher einmal, Blut zu husten und musste ins Lungensanatorium ziehen. Er schrieb uns von dort einen lieben Brief, in dem er – der eifrige Islamit – uns seiner ständigen Fürbitte im Gebet versicherte. Er wird nun mindestens ein halbes Jahr im Sanatorium bleiben, und ich kann derweil mit den jüngeren Kräften das Krankenhaus überholen.

Ich will Euch nun nicht mit einer eingehenden Schilderung all meiner Mitarbeiter ermüden. Da ist

rinnen (Mantris). Diese sind übrigens überraschend gut ausgebildet, länger und umfassender als unsere

Ärztmangel ist der Aufgabenbereich eines Mantris wesentlich größer, als er in Deutschland wäre. Sie sind sämtlich jung, wohl noch unter 30; in der menschlichen Qualität bestehen natürlich erhebliche Unterschiede, aber sie sind alle brauchbar, zwei sogar auffallend intelligent und eine große

Hilfe. Und dann kommt das zahlreiche Volk der ungelerten Wärter und Wärterinnen. Von der Medizin haben sie natürlich keine Ahnung, die Älteren ebenso wenig von Lesen und Schreiben, auch habe ich noch niemand von ihnen allzu intensiv der Arbeit hingegeben gesehen. Aber sie sind lieb und nett und wohl auch einigermaßen zuverlässig, und das ist schon viel.

### Die Patienten

Nun die Patienten. Unser Haus hat 71 Betten, von denen bisher 45 belegt sind. Eigentlich war es als „Neurosenzentrum“ für Indonesien (d.h. hier wohl vor allem: für Djakarta und Bandung) gedacht, wie es sich halt für einen modernen Staat gehört. Bis jetzt hat sich aber noch keine Neurose hierher verirrt; vielleicht ändert sich das, wenn bekannt wird, daß ein Doktor hier oben sitzt, vielleicht schrecken aber auch die ansehnlichen Kosten. So sind also meine Patienten vorwiegend ruhige Psychosen, und zwar diente das Haus bisher vor allem als Ablageplatz für ausgebrannte schizophrene Defektzustände und alte Epilepsien. Jetzt allerdings beginnt sich das Bild zu wandeln: Einige Patienten von geradezu strahlender Lebhaftigkeit haben uns heimgesucht. Zum Einarbeiten war die etwas einseitige Zusammensetzung und die geringe Patientenzahl natürlich günstig. Übrigens war ich verblüfft, wie sehr das Bild einer solchen Psychose übereinstimmt mit dem, was wir in Deutschland zu sehen gewohnt sind. Da sind feixende Hebephrene, versteinerte Katatone, Menschen, die völlig in ihrem Wahn versponnen

gleichen Formen von Halluzinationen. Und auch an Kuriositäten, wie sie das langjährige Leben in der Abgeschlossenheit erzeugt, fehlt es nicht. Da ist z.B. eine Patientin, die den ganzen Tag einen Stuhl quietschend auf dem Fußboden hin- und herschiebt und dazu durchdringend kreischt; sagt man etwas, so verbirgt sie sich kichernd in ihrem prächtigen Umhang.

### Die Krankheitsbilder

In einem Punkt besteht freilich ein wesentlicher Unterschied zu den Krankheitsbildern in Deutschland: bei den Patienten malaiischer Abkunft sind depressive Verstimmungen verhältnismäßig selten; die Stimmungslage ist meist heiter getönt, oft bis zur Ausgelassenheit; die Alternative dazu ist eine stumpfe Apathie, was der Stimmung im Alltags-

leben durchaus entspricht. Bei den Chinesen sind dagegen mürrisch-gereizte oder echt traurige Ver- über den heiteren doch wohl weit überwiegen. Die Wahnideen sind z.T. ganz die Gleichen wie bei uns.

Flugzeug und einen neuartigen Lift für Hochhäuser ausgeheckt hat. Oder ein überschäumender Paralytiker stellt sich als Präsident Sukarno vor. Mitunter werden aber auch die Auswirkungen östlicher Kultur deutlich. Etwa, wenn ein Patient behauptet, er habe 60 Frauen oder wenn ein javanischer Lehrer

Freilich kann ich nur das Größere erfassen und manche feineren qualitativen Unterschiede werden mir entgehen. Hierfür bedürfte es eben einer viel tieferen Kenntnis der Sprache, ja eigentlich der Muttersprache des jeweiligen Patienten – ein unerreichbares Ziel. Denn das macht nun gerade mein Krankenhaus so bunt: die vielfältige Herkunft der Patienten.

Das weiße Element ist durch drei Mischlinge ver- sischem und neuerdings ein Mann mit englischem Blut. Des Weiteren habe ich zwei Araber aufzuweisen, davon ist der eine in Singapur wohnhafter Händler, der aus Hadramauth gebürtig ist. Die Hälfte der Patienten sind Chinesen (einfache Gleichung: teures Krankenhaus – überwiegend chinesische Patienten). Ihre unterschiedlichen Typen kann ich noch nicht differenzieren, das ist wohl eine Wissenschaft für sich. Und dann das Inselvolk: Sundanesen, Javanen, Leute von der Ost- und Westküste Sumatras, zwei hellhäutige Minahassa Frauen und ein Ambonese, bei dem Kraushaar und Hautfarbe die Papua-Ahnen nicht verleugnen lassen.

Die ersten Wochen ließ ich alles laufen, wie es lief, beschäftigte mich nur damit, die Patienten einmal zu untersuchen, ihre Namen zu lernen, (was mir bei den Chinesen bis heute noch nicht völlig gelun-

genheiten hineinzutasten.

### Behandlungspläne

Die nächste Phase bestand in der Einführung einer dem heutigen Stil entsprechenden medikamentösen Behandlung (in Indonesien werden zwar auch alle europäischen und amerikanischen Moden mitgemacht, aber doch mit einiger Verzögerung; und



Patjet liegt erst recht abseits). Dazu nahm ich erst mit verschiedenen Apotheken Verbindung auf, denn z.T. sind die Medikamente etwas mühsam zu bekommen. Die eine zeitlang in Vergessenheit geratenen Fieberkurven wurden vorgeholt. Und dann musste ich dem Personal natürlich auch Zeit lassen, sich in die ihnen neuen Methoden einzuarbeiten. Ich

begann also mit peroralen Serpasil- und Megaphen-Kuren, dann nahm ich Injektionen hinzu und jetzt habe ich bereits vier Schlafkuren (eine schon über eine Woche) laufen (Megaphen).

Verwunderung erregte, daß ich bisher keinen Gebrauch von Elektrokonvulsionen machte, die hier in der Therapie meist noch an erster Stelle ste-



KATATONER IM KÄFIG (SA'UA)



PARANOID (GG-SITOLI)



SPASTIKERIN (BOTOHILI)



HEBEPHRENE (BOTOHILI)

hen. Aber einmal bin ich kein besonderer Freund dieser etwas rigorosen Methode und zum anderen war sie bei den meisten meiner Patienten schon im Übermaß durchexerziert worden. Immerhin werde ich in den nächsten Tagen nun doch bei zwei Patienten damit beginnen.

Meiner Ansicht nach kommt der medikamentösen Behandlung gerade bei meinen chronischen, weitgehend stationären Fällen nur eine untergeord-

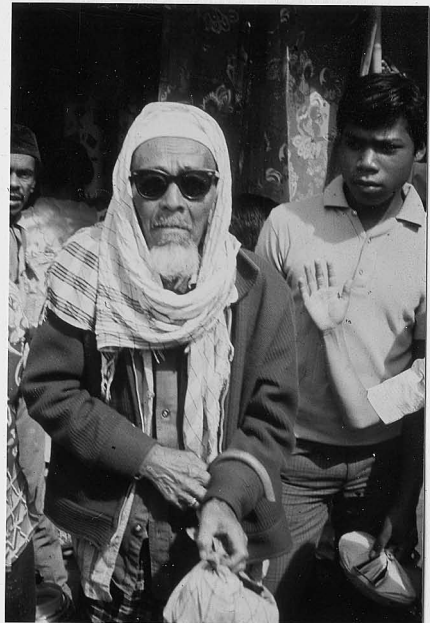
nete Bedeutung zu. Die Aufgabe ist, die Menschen mit dem Defekt, den sie durch den Krankheitsschub erlitten haben (und der m.E. unabänderlich, wenn vielleicht auch kompensierbar ist) soweit wie möglich wieder ins Leben zurückzuführen. In der oft langjährigen Absperrung ist es über die eigentliche

völligen Verlust des Kontaktes zur Welt (so auch zur Familie) und zu erlebnisbedingten Fehlhaltungen



ADAT - hAGIS

M  
I  
D  
A  
N  
G  
K  
A  
B  
A  
U



PA hATI

gekommen. Meist hat sich der Pat. derart abgekaps-

nicht überhaupt unmöglich ist. Da kann nun die medikamentöse Behandlung (z.B. ein Dauerschlaf) helfen, die Abkapselung zu durchbrechen und einen Neuanfang zu ermöglichen. Freilich ist dann nötig, daß jeder Ansatzpunkt zugleich genutzt wird, daß möglichst die ganze Umwelt auf diese Wandlung eingestellt wird. Dies bringt natürlich hohe An-

eigentlich bedürfte es einer schon gut eingearbeiteten Gruppe, die evtl. Mitpatienten umfassen sollte. Aber man muss sich halt mit dem Möglichen begnügen und versuchen langsam weiter zu kommen.

#### Die Behandlungsatmosphäre

So versuchte ich zunächst, Kontakte zu den Angehörigen aufzunehmen. Dabei musste ich feststellen,

daß meist keinerlei Tendenz besteht, den Patienten wieder einmal nach Hause zu nehmen. Die meisten schämen sich, einen Geisteskranken in der Familie zu haben, sind froh, daß er fernab versorgt ist und

Zahlung der Krankenhausgebühren als abgegolten an. So haben viele Patienten schon monatelang keinen Besuch mehr gehabt, und meist blieb auch mein Anschreiben ohne Antwort. Auch der berühmte chinesische Familiensinn setzt in diesem Fall aus; neulich predigte ich Konfutse, um Kinder für ihren alten Vater zu interessieren, doch ohne jede Resonanz. Nun, es ist in Europa auch nicht viel anders; und vielleicht gehört auch ein großes Maß Individualismus – wie es hier nicht erwartet werden kann – dazu, um die geistige Erkrankung eines nahen Angehörigen nicht als einen Makel an sich selbst zu

Fällen doch zu gelingen, die familiären Beziehungen wieder etwas anzufachen.

Dann ist die Atmosphäre des Hauses so freundlich zu gestalten, daß es dem Patienten leicht wird, aus sich heraus zu kommen. Dafür sind die Voraussetzungen gut: Der herrliche Park, das lebensfrohe, aufgeschlossene Personal. Doch die Räume sind nicht recht wohnlich, also: schmücke dein Heim. Blumen, Wandschmuck. Eine Anregung, die von den Schwestern mit Begeisterung aufgenommen wurde. Und da sehe ich nun meine Patientinnen sticken, Mäuse und Frösche im Frack, die unter Blümchen einen Walzer drehen. Auch Mickymaus und Donald Duck feiern Auferstehung. Es ist jammervoll: so lang die Leute völlig in ihrer Tradition stehen, haben sie so viel Sinn für Schönes (was kann man da an Kleidung, Schmuck, auch an Alltagsgerät sehen!), aber sobald sie etwas heraustreten, fehlt ihnen jeder Maßstab und kann man den unglaublichsten Kitsch erleben.

Verblüffend ist, wie Patienten, die sich sonst den ganzen Tag mit ihren Halluzinationen unterhalten, bei einem Spaziergang 100 m von der Krankenhauspforte diese Beschäftigung vergessen und sich an der Landschaft freuen, um freilich bei Rückkehr zum Krankenhaus meist umgehend in ihr übliches Verhalten zurückfallen. Ebenso zeigten sich zwei meiner verschrobensten Patientinnen bei der Fahrt zum Zahnarzt in die Nachbarstadt dort geradezu normal, bewiesen lebhaftes Interesse für die Auslagen und waren den ganzen folgenden Tag noch aufgeschlossener als sonst. Es ist also sicher ange-

bracht, die Absperrung soweit wie irgend möglich zu lockern, auch auf die Gefahr hin, daß uns jemand ausreißt oder unliebsam auffällt. Wir machen deshalb jetzt einmal wöchentlich – möglichst mit jedem Patienten, auch den Schwerstgestörten – einen

mit den Lastautos des Krankenhauses. Und dann möchte ich die Patienten einzeln mit in die Stadt nehmen.

Schnell war das Personal, wie auch ein Teil der Patienten, für Sport zu haben. Schon immer wurde etwas Federball und Ping-Pong gespielt. Das wurde jetzt ausgedehnt: jeden Tag zur gleichen Stunde, auch bisher ablehnende Patienten werden mit sanfter Gewalt hinzugezogen. Federball ist in der hier gebräuchlichen Form immerhin schon ein Spiel der Vierergruppe. Es wären aber Spiele nötig, die noch mehr Patienten zum Zusammenspielt vereinigen. Ein Versuch mit dem hier verbreiteten Volleyball (ähnlich Faustball) war ziemlich erfolglos, es zieht die Leute mehr zum Fußball, der ist im Moment aber zu teuer.

Hier schließt sich an: Gesellschaftsspiele, Bücher, Zeitschriften. Vielleicht Diskussionen über aktuelle Themen. Das liegt alles noch recht im Argen, aber erste Anfänge sind gemacht.

### **Das berührt nun schon die Frage der Psychotherapie im engeren Sinne**

Das berührt nun schon die Frage der Psychotherapie im engeren Sinne. Freilich halte ich die Möglichkeiten für begrenzt und meine ich, daß es bei den Psychosen – im Gegensatz zu den Neurosen – nicht

Austragen zu bringen. Da die Wiedereingliederung in eine Gemeinschaft erreicht werden soll, wäre eine Gruppentherapie besonders angebracht (und vieles, was ich bisher erwähnte, gehört ja eigentlich schon zur Gruppentherapie). Um aber eine Therapie in Gesprächsform durchzuführen, sind meine malaiischen Sprachkenntnisse noch viel zu dürftig, denn hier geht es ja nun wirklich um Feinheiten. Vielleicht sollte ich es einmal mit einer holländisch sprechenden Gruppe versuchen.

Das Beste aber wäre eine vernünftige Arbeitstherapie, in der der Kranke erfährt, daß er noch eine Aufgabe erfüllen, einen Wert schaffen kann, in der

ner völlig ich-bezogenen Welt unter die Ordnung objektiver Maßstäbe zu treten. Der Versuch ist hier

schon verschiedentlich gemacht worden und zwar mit Gartenarbeit, die sich bei uns besonders anbietet – und völlig gescheitert. Dies erklärt sich daraus, daß unsere Patienten Schichten entstammen, die

die Chinesen, die sich ganz dem Handel widmeten). Bei mittelloser Landbevölkerung, wie sie in anderen Anstalten die Hauptzahl darstellt, macht das keine Schwierigkeiten. Aber unsere Leute sprechen ganz offen die Ansicht aus: Wir zahlen selbst, wozu sollen wir da auch noch arbeiten? Ich meine, die Sache mit dem Garten ist aussichtslos. Man müsste

leicht wäre das Flechten kleiner Geräte (Obstkörbe, Lampenschirme) aus Rotan das Richtige. Ich werde

geübt wird.

Auf der Frauenabteilung stand es etwas günstiger, hier werden seit jeher Handarbeiten gemacht. Allerdings ist mit Kaffeewärmern, Wandbehängen etc. ein ziemlicher Leerlauf erreicht. Und ich bemü-

überzeugen, daß Indonesien viel Besseres an Ornamentik aufzuweisen hat, als die europäischen Haushaltszeitschriften aus der Zeit vor 20 Jahren.

Ja, Arbeitstherapie, das ist das große Problem, das mich jetzt ständig bewegt; und ich glaube, von seiner Lösung wird abhängen, inwieweit meine Arbeit Erfolg hat.

### **Nun habe ich noch mancherlei andere Beschäftigung hier**

Nun habe ich noch mancherlei andere Beschäftigung hier. So habe ich das Personal, samt seinen ausgedehnten Familien ärztlich zu betreuen (d.h. also etwa: den ganzen Kampong). Früh wimmelt es vor meinem Arbeitszimmer von hustenden, rotz-näsigen Kindern, die sind meine Hauptkundschaft. Weiter Augen- und Hautkrankheiten, auch einzelne tropische Infektionen, so vor allem Amöbenruhr, gelegentlich auch Bazillenruhr, allerdings durchweg leichte Fälle. Viel Rachitis, auch Eiweißmangelschäden bis zum Hungerödem (Spiegel des Elends: Tagesverdienst eines Straßenarbeiters 6 Rp.; Preis von 1 kg Reis 4,5 Rp., 1 Liter Milch 6 Rp., 1 kg Fleisch 16 Rp.. Das ist eine Rechnung, die nicht aufgeht). Mir macht die Allgemeinpraxis viel Freude, besonders öffnet die uns auch den Zugang zu den Häusern des Kampongs, zu den Menschen. Und ich habe bisher eine glückliche Hand gehabt.



*Am Arbeitsplatz in Patjet*

Dann bin ich hier weitgehend mein eigener Apotheker. Eine Menge Materialien stehen hier auf Lager und ich kann sie nach meinem Belieben zu Arzneien verarbeiten. Da kann ich meinen alten Hang zur Giftküche austoben und ich habe schon merkwürdige Tränklein gebraut.

Auch die Verwaltung stellt mancherlei Ansprüche und ich habe sogar Interesse daran. Da sind Finanzfragen, die Auseinandersetzung um das Trinkwasser (ich hoffe sehr, daß das Krankenhaus nun bald ausreichend Quellwasser zur Verfügung hat, bisher müssen wir noch weitgehend Wasser vom Bach verwenden).

Nach dem Vorstehenden mag es wohl so aussehen, als ob ich wie ein Wilder an der Arbeit wäre. Nein, das tue ich wirklich nicht, ich habe so viel Muße, wie schon seit Jahren nicht mehr. So kann ich mir Zeit lassen, kann mit Traudel oder den Kindern spazieren gehen, nach Blumen und Insekten schauen und mit den Leuten im Kampong plaudern. Und das ist sicher nötig: Man darf nicht in Hast sein, wenn man ein bißchen zum Herzen des Landes hin-

(Bearbeitung: ECKHARDT KOCH)

### **Anmerkung**

1. Am 2. Kongress Wien wurden diese Dokumente bei der Laudatio erstmalig vorgetragen, vgl. KOCH E. 2009. Professor Dr. Wolfgang M. Pfeiffer – ein Leben für die Transkulturelle Psychiatrie. In GOLSABAHI S., STOMPE T. & HEISE T (Hg). *Jeder ist weltweit ein Fremder. Beiträge zum 2. Kongress des DTPPP in Wien 2008*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung: 23-27