

**Zeitschrift:** Ethnologica Helvetica  
**Herausgeber:** Schweizerische Ethnologische Gesellschaft  
**Band:** 17-18 (1993)

**Artikel:** Schmerz, Individuum und Gemeinschaft  
**Autor:** Hsu, Elisabeth  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1007599>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 28.03.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## Schmerz, Individuum und Gemeinschaft

«C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses» (Augé 1984: 36). Augé beschreibt das Kranksein als eine Phase der Regression, der Bedrohung durch den Tod. Es ist ein Zustand, der ebenso wie sterben und geboren werden, in erster Linie die Körperlichkeit eines einzelnen Individuums betrifft. Doch zugleich, so Augé, ist das Kranksein des Individuums normalerweise eine Gelegenheit für eine starke soziale Mobilisierung: Man spricht nun (a) vermehrt über das betroffene Individuum, man spricht auch (b) über die Gesellschaft, die soziale Ordnung, bestehende Werte und bezieht sich dabei (c) auf die «Fakten» seiner Beobachtung, die die jeweilige Situation des Kranken und seiner Umgebung betreffen (Augé 1984: 40).

Sich krank zu erklären mit der Begründung, das körperliche Wohlbefinden habe sich verändert, bewirkt zugleich eine Veränderung der sozialen Position: eine «Krankenrolle» wird angenommen. Diese Rolle legitimiert Verhalten, das sonst als asozial eingestuft würde. Kranksein stellt somit eine Abweichung von den normalen, sozialen Verhaltensweisen dar<sup>1</sup>.

Es ist bestimmt ein Verdienst der Medizinethnologie, das Kranksein des einzelnen als Teilaspekt einer Gemeinschaft anzusehen und es als Störung der sozialen Ordnung oder als Abweichung von der sozialen

<sup>1</sup> Lewis (1976) hat eindrücklich beschrieben wie bei den Gnau in Neu Guinea ein Mann, der sich *neyigeg* erklärt und vom Alltagsleben zurückzieht (Erkrankung, die die ganze Person betrifft), sich in den Staub einer dunklen Hütte legt, oft mit Asche beschmiert, sich vieler Arten Essen verwehrt, auch keine Genussmittel wie Tabak und Betelnuss zu sich nimmt und, bei einer Verschlechterung seines Zustandes, schliesslich auch das Phallokrypt abnimmt, dessen man sich sonst nicht einmal beim Waschen entledigt. Solange sein Körper von Schmerzen gepeinigt ist, verharrt er allein am Rande des Dorfes, im Dunkeln der Hütte, nackt und wegen den vielen Taboos, die er sich auferlegt, ohne die Nahrung, die einem Erwachsenen gebührt. Doch in seiner Familie und in der Nachbarschaft ist reges Hin und Her. Viele Leute kommen und bezeugen Anteilnahme.

Norm aufzufassen. Begriffe wie Norm und Ordnung verweisen auf Moral und Ästhetik. Sie geben, im Gegensatz zur Biomedizin, Auskunft über die Rolle und Stellung des Kranken in seiner Gemeinschaft ohne auf die Körperlichkeit seines Zustandes Bezug zu nehmen. Die folgenden Ausführungen sind, ohne diesen Ansatz in Frage zu stellen, darauf ausgerichtet, das Kranksein auch aus der Perspektive eines sehr häufig simultan auftretenden Phänomens zu beleuchten, des Schmerzes.

Es ist auffallend, wie oft Kranke über ihre körperlichen Schmerzen sprechen, unabhängig davon, ob das Gegenüber Schamane, Heiler, Medium oder Biomediziner ist. Kein Zufall, dass der Schmerz in vielen Medizinsystemen eine wichtige Kategorie ist, auch in der Biomedizin<sup>2</sup>. Ungeachtet dessen ist der Schmerz als zentrales Phänomen des Krankseins in der medizinethnologischen Literatur eigentlich recht wenig thematisiert worden.

Die häufig zitierten Studien von Zborowski (1952) und Zola (1966) untersuchten, wie bei gleichem klinischen Befund die Schmerzesäußerung systematisch in verschiedenen ethnischen Gruppen variierte. Diese Studien gingen von der Einsicht aus, dass Schmerz nicht allein ein Sinneseindruck (*sensation*), sondern eine Empfindung (*perception*) ist, ein Sinnes- und Gefühlserlebnis. Sie zeigten, dass dessen Äußerungsform kulturell erlernt ist. Andere Autoren haben betont, dass das Schmerzerlebnis nicht nur durch das allgemeine körperliche und emotionale Befinden des Individuums und dessen persönliche Erfahrungen bedingt ist, sondern vor allem auch durch kulturspezifische Erwartungen und Ängste (Lewis 1981, Kohnen 1992).

Kleinman (1988) gibt dem Schmerz vor allem die Bedeutung von Leiden («suffering as moral experience»). Verschiedenste Ansätze zum Schmerz finden sich in einem Sonderband der Zeitschrift *Curare*, herausgegeben von Greifeld, Kohnen und Schröder (1989)<sup>3</sup>. Helman

<sup>2</sup> Im Standardwerk Harrison's steht im Band I, Teil I, Sektion I, erster Satz: «Pain is the most common symptom of disease. Although the nature, location, and etiology of pain differ in each case, approximately half of all patients who visit a physician have a primary complaint of pain.»

<sup>3</sup> Im modernen, deutschen Sprachgebrauch wird zwischen seelischem Schmerz, «Leid», und neurophysiologischem, körperlichem Schmerz, «Schmerz», unterschieden. Wörter wie Abschiedsschmerz, Liebesschmerz, etc. weisen aber darauf hin, dass die kartesianische Zweiteilung in Körper und Seele, die so bestimmend für die Biomedizin ist, nicht Allgemeingültigkeit hat. Ursprünglich bezog sich das Wort Schmerz auf körperlichen und seelischen Schmerz zugleich.

(1992) widmet ein ganzes Kapitel dem Schmerz. Er bespricht den Schmerz vor allem als ein Phänomen, dessen Erfahrung in vieler Hinsicht mit der kulturellen Konstruktion von Kranksein vergleichbar ist; manchmal ist Schmerz ein Aspekt des Krankseins und manchmal nicht (z.B. Gebärschmerz). In allen diesen Studien wird wenig auf die soziale Bedeutung des Schmerzes, der doch eine zentrale Erfahrung der meisten körperlich Erkrankten ist, eingegangen.

Es kann ein analytisch sinnvolles Vorgehen sein, Schmerz und Erkrankung als zwei getrennte Phänomene zu untersuchen. Es ist aber auch möglich, dass bei uns – wie in vielen anderen Gesellschaften – dem seelischen Leid, nicht aber dem körperlichen Schmerz Ausdruck verliehen werden darf (Thiel 1989); schon gar nicht unter Männern, aber auch nicht unter Frauen (z.B. Zola 1966: 619). Könnte es sein, dass dem körperlichen Schmerz als zentralem Aspekt der Erkrankung daher weniger Aufmerksamkeit zuteil wurde?

Was ist die soziale Relevanz der Schmerzen eines Kranken in dieser «Phase der Regression», die Anklänge an die «liminale Phase» in Übergangsriten hat<sup>4</sup>? Mit andern Worten, wenn eine «Phase der Regression» wie das Kranksein zugleich mit grossen Schmerzen verbunden ist, hat das irgendwelche bedeutsamen Folgen für den Kranken und die Gemeinschaft, in der er lebt? Dies sind Fragen, die auch schon von Ethnologen gestellt wurden.

Clastres (1973) hat auf die ungeheuren Torturen während der liminalen Phase in Initiationsriten hingewiesen. Sein geistreicher, beinahe poetischer Artikel gibt einen Gedankengang wider, der das Gesetz mit der Schrift, die Schrift mit dem Körper, den Körper mit der Tortur, die Tortur mit dem Gedächtnis und das Gedächtnis mit dem Gesetz verbindet. Die Gesetze der Gemeinschaft werden in den Körper eines jeden einzelnen eingraviert. Der Schmerz ist hier nicht als «kulturelle Konstruktion» in seiner kulturell bedingten Äusserung bedeutsam,

<sup>4</sup> Der Zustand von *neyigeg* ist in vieler Hinsicht vergleichbar mit dem, was von Arnold van Gennep in Übergangsriten als «liminale Phase» bezeichnet worden ist. Der Mensch ist in Gefahr, in einer Krise, ausgegrenzt vom Alltagsleben in einem Zustand, der unbedingt nach einer Transformation verlangt, ob das Tod oder Rückkehr in den Alltag sei. Lewis (1976) bemerkt, dass bei der Rückkehr in die Gemeinschaft der soziale Status des Individuums nicht verändert werde, jedenfalls nicht bei den Gnaus. Bei den Gnaus ist somit, trotz der bemerkenswerten Ähnlichkeiten, die strukturelle Ähnlichkeit mit Übergangsriten nur bedingt gegeben.

sondern die Schmerzempfindung als Mittel «Kulturkonstrukte» der Gemeinschaft dem einzelnen einzuprägen.

«Nur durch Schmerzen lernt man», «ein gebranntes Kind scheut das Feuer», alte Spruchweisen. Schmerzen werden mit einem Lernprozess verbunden. Doch stimmt das überhaupt? Tauben jedenfalls lernen besser, wenn sie mit Körnern belohnt als wenn sie mit Elektroschlägen bestraft werden. Und doch besteht, nichtsdestoweniger, in unserer Gesellschaft die Überzeugung, dass Schmerz und Leid den Menschen erst näher zu sich selbst bringen und er erst dadurch sein eigentliches Wesen entdecke.

Die Ausführungen des Theologen Wriedt über das Leid in der abendländischen Theologie lassen die Vermutung aufkommen, dass Sprichwörter und Poesie allenfalls mehr Zeuge unserer kulturellen Werte als allgemeingültige Wahrheiten sind. «Für den alttestamentlichen Frommen», so Wriedt (1989: 158), «ist der Schmerz ein unvermeidliches Konstituens seiner Gottesbeziehung.» Durch die Schmerzerfahrung, gegen die er sich zwar zuerst auflehnen mag, kann der Mensch sich letzten Endes Gott nähern. An der christlichen Religion könne man schon gar nicht teilhaben, ohne am Kreuz Christi Anteil zu nehmen.

Die Vorstellungen, dass das Leid den Menschen wesentlich macht und dass die Krankheit läutern kann, erinnern also stark an christliche Leidenstheorien. Sie haben ihre Wurzeln wohl schon in der alttestamentarischen Theologie. So allgemeingültig sie heutzutage selbst einem Agnostiker erscheinen mögen, müssen sie vorerst als kulturspezifisch eingestuft werden<sup>5</sup>.

Clastres (1973) assoziiert zwar Tortur mit Gedächtnis (Lernprozess?), doch unter dem Aspekt, dass das Gesetz der Gemeinschaft dem einzelnen Initianden in den Körper eingraviert wird. Dazu waren die Schmerzen unerlässlich. Wie während der Phase des Krankseins, geht es bei der Initiation um eine Beziehung zwischen Individuum und Gemeinschaft. Dabei ist in beiden Fällen, während der liminalen Phase der Initiationsriten wie auch des Krankseins, das Individuum von Schmerzen geplagt.

Einerseits ist es für das Individuum kaum möglich, die Erfahrung seiner Schmerzen einem andern in Worten zu schildern. Das mag wohl

<sup>5</sup> Dazu Helman (1992: 166): «One could hypothesize that cultures characterised by a pervasive sense of guilt are also those that value "painful" rituals of atonement and prayer, including fasting, abstinence, isolation, poverty and even self-flagellation.»

ein Aspekt sein, der das Kranksein nach Augé zu «la plus individuelle des choses» macht. Wie Good (1990: 30) nach seinen Interviews mit Patienten, die an chronischem Schmerz litten, feststellte, war es manchmal «indeed like witnessing the birth of language, as that person struggles to put into words an experience that resists language, a primal experience of the body that is at once ultimately real and ultimately indescribable, a force that so shapes the world that sufferers often describe themselves as inhabiting a world that others can never know»<sup>6</sup>.

Was Good (1992) über chronische Schmerzen sagt, hat durchaus allgemeine Gültigkeit, für akute wie auch chronische Schmerzen: Schmerzen lassen sich ändern kaum mit Worten mitteilen. Allerdings, wenn sie auch verbal nicht mitteilbar sind, so würde ich meinen, dass gerade der Schmerz, vor allem der akute Schmerz, sich unmittelbar und extrem effektiv dem Mitmenschen mitteilt. Der Schrei, wenn jemand zu Boden stürzt, das Verziehen des Gesichtes, wenn man sich auf die Zunge beisst, Weinen und Stöhnen oder die Verkrümmungen und Windungen des Körpers bei inneren Schmerzen machen, dass Mitmenschen unverzüglich ihre Tätigkeiten unterbrechen. Sie rufen Zuwendung hervor, lassen oft empathische Gefühle aufkommen, ganz abgesehen von der enormen Aufmerksamkeit, die sie im Mitmenschen erwecken – ohne Worte. Die Mitteilung des einen und die Bewegtheit des andern ist unmittelbar und unmissverständlich. Zwischenmenschliche Grenzen verschwinden, das Individuum und seine Umgebung sind für einen Moment ganz und gar vom selben Ereignis eingenommen.

Man denke an Momente der Ekstase, wo ein Novize die Vereinigung mit Gott erfährt – das sind auch Momente von Schmerz (Stewart 1992: 111-113) – oder an die Momente der Liebe, wo Grenzen verfließen wie bei der Ekstase. Akuter Schmerz erscheint als Zustand des Seins, wo der einzelne seine Persona (ganz im Sinne einer aufgesetzten «Maske») fallen lässt und sein gewohntes Zentrum des Ichs aufgibt.

<sup>6</sup> Good machte «chronischen Schmerz» zum Gegenstand ihrer Untersuchung, eine Kategorie biomedizinischer Diagnose oder richtiger, nicht-Diagnose, da «chronischer Schmerz» eine Bezeichnung für gewisse Leiden ist, die als Ausdruck der Resistenz gegenüber biomedizinischer Diagnostik und Therapie gedeutet werden können (Kleinman 1992). Es ist eine Kategorie der Biomedizin, die den Finanzhaushalt der Krankenkassen in industrialisierten Gesellschaften zunehmend belastet. Aber wieder wurden die Schmerzen, die ganz allgemein ein Aspekt des Krankseins sind, nicht thematisiert.



Ein eingeklemmter Finger in der Türangel: Plötzlich steht der im Zentrum der Welt und, momentan überwältigt vom Schmerz, vergisst man sich selbst. Ist diese gegenseitige Bereitschaft, sich selbst von sich selbst wegzuzuschieben, die der Schmerz im Kranken wie auch in seiner Umgebung bewirkt, ein Aspekt dessen, was das Kranksein zugleich zur «la plus sociale des choses» macht?

Das folgende Beispiel deutet dahin, dass auch der Zustand von leichten Schmerzen den Kranken für Einflüsse von aussen öffnet. In diesem Zustand von körperlichem Schmerz ist die Aufnahmebereitschaft des Kranken, Impulse von den andern zu empfangen, erhöht.

In den Akupunkturkliniken in der Volksrepublik China wurde mir immer wieder versichert, dass Nadeln nur dann eine therapeutische Wirkung hätten, wenn man sie an den Akupunkturpunkten so in den Körper stecke, dass sie «das Qi erreichen» (*de qi*)<sup>7</sup>. Man erklärte mir, dass die Schmerzen (*tong*) und die Krankheiten (*bing*) durch Stauungen und Ansammlungen des Qi, das ständig und überall am Fließen sein sollte, hervorgerufen würden. «Wenn Verbindungen bestehen, dann schmerzt es nicht» (*tong bu tong*).

Man war sich einig, dass das «Qi erreicht wurde», wenn der Patient eine leichte Empfindung von Schmerzen verspürte. Diesem leichten Schmerz, einem Schmerz zwischen Pein und Lustempfinden<sup>8</sup>, verlieh der Patient Ausdruck, indem er mit dem Kopf nickte, leicht stöhnte, eine Reflexreaktion von sich gab (z.B. ein Zucken des Knies) oder aufgeregt «*dele, dele*» («genug, es ist erreicht») ausrief. Der Arzt mochte dann ein zustimmendes «mmh» murmeln oder grunzen, befriedigt, dass die Nadel richtig sass. Er sprach meist noch ein paar ermunternde Worte, nahm sich unter Umständen auch einer Frage des Patienten an oder ermahnte ihn, gewisse Lebensgewohnheiten einzuhalten, ehe er ihn für etwa zwanzig Minuten sich selber und der Wirkung der Nadeln überliess.

Die Zeitspanne, während der Arzt und Patient auf das «Erreichen des Qi» warteten, war gekennzeichnet durch erhöhte Aufmerksamkeit für einander. Sie wurde beendet durch ein Moment von gegenseitigem

<sup>7</sup> *Qi* ist eine Substanz, Kraft und Energie, die das Universum ausmacht. Zur Praxis chinesischer Medizin in der Volksrepublik China siehe Ots (1987).

<sup>8</sup> Auf chinesisch bezeichnete man diesen spezifischen Schmerz als *zhang* (es schwillt auf), *ma* (es kribbelt), *suan* (es ist sauer). «Es schmerzt» heisst *teng*, «Schmerzen» sind *tong*.

Einverständnis. Es schien, als würde in der Akupunkturtherapie das Induzieren eines Schmerzzustandes systematisch für therapeutische Zwecke genutzt, denn in diesem Zustand, wo das Selbst des Kranken dezentralisiert war, war die Kommunikation zwischen Therapeut und Klient viel unmittelbarer. Es erschien als der Moment, den ein guter Therapeut bewusst oder unbewusst für suggestive Interventionen nutzen konnte.

Obwohl im obigen Beispiel ein Aspekt einer Therapie besprochen wurde, lassen sich auch allgemeinere Schlüsse ziehen: Dem Schmerz kommt als zentralem Phänomen des Krankseins eine wichtige soziale Funktion zu. Man kann den Schmerz als einen Zustand des Seins deuten<sup>9</sup>, der einerseits individuell erfahren wird, andererseits aber ohne Worte andern vermittelt werden kann. Dieser Zustand löst innerlich die gewohnheitsmässige Ich-Zentriertheit des Kranken auf und löst äusserlich Zuwendung bei andern aus. Gegenseitiges Einander-Zuwenden und Empathie sind bekanntlich der Heilung zuträglich. Der Schmerz erscheint somit als ein Zustand des Kranken, der nicht nur die Kommunikation zwischen ihm und seinen Mitmenschen mobilisiert, sondern auch erleichtert.

Ich habe versucht darzustellen, wie die individuelle Erfahrung des Schmerzes sozial bedeutsam werden kann: als Medium, das in Initiationsriten die Übertragung der Gesetze der Gemeinschaft auf das Individuum erleichtert, oder als Medium der Vermittlung zwischen dem Kranken und seinen Mitmenschen, das die Heilung und seine Wiederaufnahme in die Gemeinschaft erleichtert.

<sup>9</sup> Geht man davon aus, dass der Schmerz einer körperlich erkrankten Person als Zustand des Seins sozial relevant wird, könnte man dem Problem der Dichotomie zwischen Geist und Körper, die bezeichnend für die Biomedizin und zum Teil auch die Medizinethnologie ist, begegnen. Erkrankungen, ob das die Geistes- oder die meist schmerzhaften, körperlichen Krankheiten betrifft, würden dann beide durch eine Veränderung des Seins gekennzeichnet sein.



## Zusammenfassung

Dieser Aufsatz bezieht sich vorerst auf einige Arbeiten, die zum Repertoire der medizinethnologischen Literatur über den Schmerz gezählt werden. Im Zentrum der Ausführungen steht dann die Frage, wie die individuelle Erfahrung des Schmerzes sozial bedeutsam werden kann. Dabei bilden Augé (1984) und Clastres (1973) den Ausgangspunkt eines Gedankenganges, der mit einem ethnographischen Beispiel aus der Feldarbeit in chinesischen Akupunkturkliniken endet.

## Résumé

Cet article porte sur quelques travaux d'ethnomédecine appartenant au répertoire de la littérature consacrée au thème de la douleur. Comment l'expérience individuelle de la douleur devient-elle socialement significative? Telle est la question au centre des réflexions proposées ici, qui prennent comme point de départ les analyses de Clastres (1973) et d'Augé (1984) et s'achèvent sur un exemple ethnographique tiré d'un travail de terrain effectué dans des cliniques chinoises d'acupuncture.

## Literatur

AUGÉ Marc

1984. «Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement», in: Marc AUGÉ et Claudine HERZLICH (éds), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, S. 35-91. Paris: Editions des archives contemporaines. 278 S.

BRAUNWALD Eugene, Kurt J. ISSELBACHER, Robert G. PETERSDORF [et al.] (eds.)

1987. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. New York: MacGraw-Hill Book Company. 2118 S.

CLASTRES Pierre

1973. «De la torture dans les sociétés primitives». *L'Homme* (Paris) 13/3: 114-120

GOOD Byron J.

1992: «A body in pain: the making of a world of chronic pain», in: Mary-Jo DELVECCHIO GOOD, Paul E. BRODWIN, Byron J. GOOD and Arthur J. KLEINMAN (eds), *Pain as human experience: an anthropological perspective*, S. 29-48. Berkeley: University of California Press. 214 S.

GREIFELD Katrin, Norbert KOHNEN und Ekkehard SCHRÖDER (eds)

1989. «Schmerz: interdisziplinäre Perspektiven». *Curare* (Braunschweig), Sonderband 6. 191 S.

HELMAN Cecil. G.

1992. *Culture, health and illness*. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann. 344 S.

KLEINMAN Arthur

1988. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books. 284 S.

1992. «Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds», in: Mary-Jo DELVECCHIO GOOD, Paul E. BRODWIN, Byron J. GOOD and Arthur J. KLEINMAN (eds), *Pain as human experience: an anthropological perspective*, S. 169-197. Berkeley: University of California Press. 214 S.

KOHNEN Norbert

1992. *Traditionelle Medizin auf den Philippinen: Angstbewältigung und Kognition bei Krankheiten*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. 396 S.

LEWIS Gilbert

1976. «A view of sickness in New Guinea», in: J.B. LOUDON (ed.), *Social anthropology and medicine*, S. 49-103. London: Academic Press. 600 S.

1981. «Cultural influences on illness behavior: a medical anthropological approach», in: Leon EISENBERG and Arthur KLEINMAN (eds), *The relevance of social science for medicine*, S. 151-162. London: Reidel. 422 S.

OTS Thomas

1987. *Medizin und Heilung in China: Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag. 220 S.

THIEL Josef F.

1989. «Zur Sozialisierung des Schmerzempfindens bei den Bayansi, Zaire». *Curare* (Braunschweig) Sonderband 6: 75-80

STEWART Charles

1992. «Strategies of suffering and their interpretation(s)». *Culture, medicine and psychiatry* (Dordrecht) 16: 107-119. [Bookreview of L.M. DANFORTH, 1989. *Firewalking and religious healing: the anasthenaria of Greece and the American firewalking movement*. Princeton: Princeton University Press]

WRIEDT Markus

1989. «Solidarität mit dem Leidenden: Schmerz als Thema der Theologie: Ein historischer Überblick». *Curare* (Braunschweig) Sonderband 6: 153-172

ZBOROWSKI Mark

1952. «Cultural components in responses to pain». *Journal of social issues* (New York) 8/4: 16-30

ZOLA Irving K.

1966. «Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints». *American sociological review* (Washington) 31: 615-630