



*Die yunāni-Heilpraxis im medizinischen und
gesellschaftlichen Kontext des
kolonialzeitlichen Südasien:
Eine Analyse der diskursiven Verflechtungen
vierer Werke Iḥsan ʿAlis*

von

Arian Hopf

WORKING

PAPERS IN

MODERN

SOUTH ASIAN

LANGUAGES

AND

LITERATURES

No. 4

*Edited by
Hans Harder*

Die *yūnānī*-Heilpraxis im medizinischen und
gesellschaftlichen Kontext des kolonialzeitlichen Südasien

Eine Analyse der diskursiven Verflechtungen vierer Werke Iḥsān ‘Alī

Arian Hopf

یہ اس شکم آزار عقیدے کے مبلغ و موید ہیں کہ کھانا جتنا پھیکا سیٹھا ہوگا، صحت کے لیے اتنا ہی مفید ہوگا۔ یہاں یہ بتانا بے محل نہ ہوگا کہ ہمارے ملک میں دواؤں کے خواص دریافت کرنے کا بھی یہی معیار ہے۔ جس طرح بعض خوش اعتقاد لوگوں کا ابھی تک یہ خیال ہے کہ ہر بد صورت عورت نیک چلن ہوتی ہے، اسی طرح طبِ قدیم میں ہر کڑوی چیز کو مصفیٰ خون تصور کیا جاتا ہے۔ چنانچہ ہمارے ہاں انگریزی کھانے اور کڑوے قدح اسی امید میں نوش جان کیے جاتے ہیں۔

مشتاق احمد یوسفی، پڑیئے گریہار، چراغ تلی

Sie sind Verteidiger und Unterstützer dieser Magenschmerzen verursachenden Ansicht, dass das Essen je fader es sei, umso gesünder sei. An dieser Stelle ist es wohl nicht unpassend anzumerken, dass in unserem Land zur Ermittlung der Eigenschaften von Medikamenten folgender Maßstab angelegt wird: So wie einige gutgläubige Leute bis heute meinen, jede hässliche Frau sei guten Charakters, wird in der alten Medizin-Tradition auch jeder bittere Stoff als blutreinigend angenommen. Daher wird bei uns englisches Essen und bittere Medizin in ebendieser Hoffnung eingenommen.

Muštāq Aḥmad Yūsufī, *Paṛī'e gar bīmār* in *Cirāg tale*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Geschichte des <i>yūnānī</i>	6
1. Griechisch-römische Zeit.....	6
2. Übernahme des <i>yūnānī</i> durch die Araber.....	7
3. <i>Yūnānī</i> in Südasien.....	11
A. Persische Tradition.....	11
B. Wechsel zum Arabischen.....	13
C. Auftreten der Briten in der medizinischen Versorgung.....	16
D. <i>Yūnānī</i> im 19. Jahrhundert.....	18
I. Reformislam.....	18
i. Šāh Valīallāh.....	19
ii. <i>Ašrāf</i> -Kultur.....	21
iii. Auswirkungen des Buchdrucks.....	22
II. Das „neue <i>yūnānī</i> “.....	23
III. Reaktion der Traditionsfamilien.....	26
Grundlagen der <i>yūnānī</i>-Heilpraxis	28
1. Theorie.....	28
2. Diagnose.....	29
3. Behandlung.....	30
Iḥsān ‘Alī	31
1. Darstellung der behandelten Werke.....	31
2. Biographie.....	32
3. <i>Ṭibb-i Iḥsānī</i>	35
A. Islamisierung.....	35
I. Islamisierung in „Islam and Healing“.....	35
II. Die Rolle des Islam im <i>Ṭibb-i Iḥsānī</i>	38
III. <i>Yūnānī</i> im Südasien des 19. Jahrhunderts im Lichte Foucaults.....	46
B. Relation Praxis – Theorie.....	47
I. Die Theorie der Medizin im <i>Ṭibb-i Iḥsānī</i>	47
II. Die Praxis der Medizin im <i>Ṭibb-i Iḥsānī</i>	53

4. <i>Tahzīb-i Iḥsānī</i>	61
A. Religiöses Verhalten im <i>Tahzīb-i Iḥsānī</i>	62
B. Verschränkung von Religion und Medizin.....	66
Schluss	74
Literaturverzeichnis	84
Anhang	89

Einleitung

Die medizinische Tradition des *yūnānī* trägt ihren Ursprung im antiken Griechenland und verbreitete sich auch in der islamischen Welt. Über mehrere Jahrhunderte war es hier die vorherrschende medizinische Praxis. Das *yūnānī* zeichnet sich durch eine rationale Beschreibung von Krankheit aus. Anstatt Krankheit auf göttliches Wirken zurückzuführen, sahen die Ärzte dieser Tradition die Gründe hierfür in einem Ungleichgewicht der vier Körpersäfte, die in jedem menschlichen Körper vorhanden seien. Jeder Mensch besitze ein individuelles Verhältnis dieser Säfte, das es aufrecht zu erhalten gelte, um die Gesundheit zu bewahren. Eine Behandlung, die sich dem individuellen Gleichgewicht anpasst, wird betont, sodass eine universale Medikation negiert wird.¹

In vorliegender Arbeit soll die Tradition des *yūnānī* im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext des kolonialzeitlichen Südasien untersucht werden. Im Vordergrund steht hierbei die Nachzeichnung von Verstrickungen der Medizin mit dem gesellschaftlichen und religiösen Kontext des 19. Jahrhunderts. Wenngleich mit dem *yūnānī* von einer Tradition ausgegangen wird, die ihre Wurzeln bis ins antike Griechenland zurückverfolgen kann, so handelt es sich hierbei keineswegs um ein fixiertes System, das seither unverändert bestünde. Insbesondere das 19. Jahrhundert in Südasien spiegelt diese diskursiven Überschneidungen sehr deutlich wider.

Als das *yūnānī* nach den Eroberungen der Muslime im siebten und achten Jahrhundert übernommen wurde, gelangte es auf diesem Wege auch nach Südasien, wo es bis heute praktiziert wird.² Im südasiatischen Kontext bildeten sich einige bedeutende Familien von *yūnānī*-Ärzten (*ḥakīm*) heraus, die eine Monopolstellung dieser Tradition errichtet hatten und ihr Wissen fast ausschließlich in der Familie wahrten.³ Im 19. Jahrhundert jedoch erstarkte der Buchdruck, welcher dieses Monopol

-
- 1 Vivian Nutton, „Medicine in the Greek World, 800-50 BC“, Lawrence I. Conrad [u.a.] (Hrsg.), *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995, S. 11-38 [im Folgenden: Vivian Nutton, „Medicine in the Greek World“]; hier S. 23 f.; Guy Attewell, „Yunani *Tibb* and Foundationalism in Early Twentieth Century India“, Peregrine Horden, Elisabeth Hsu (Hrsg.), *The Body in Balance. Humoral Medicine in Practice*, (Epistemologies of Healing; Vol. 13), New York, Oxford: Berghahn, 2013, S. 129-148 [im Folgenden: Guy Attewell, „Yunani *Tibb* and Foundationalism in Early Twentieth Century India“]; hier S. 142ff.
 - 2 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, (Der Nahe und der Mittlere Osten; Ergänzungsband 6), Leiden, Köln: Brill, 1970 [im Folgenden: Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*]; hier S. 25; Seema Alavi, *Islam and Healing, Loss and Recovery of an Indo-Muslim Medical Tradition, 1600-1900*, New York: Palgrave Macmillan, 2008 [im Folgenden: Seema Alavi, *Islam and Healing*]; hier S. 25.
 - 3 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 30.

infrage stellte und zur Bildung einer neuen Strömungen des *yūnānī*⁴ führte.⁵ In diesem Kontext entstanden auch die vier in den 1860er und 1870er Jahren verfassten Werke Iḥsān ‘Alī, die in vorliegender Arbeit diskutiert werden sollen.

Leider liegen nicht alle vier Bücher in ihrer Erstauflage vor. Zahlreiche Neuauflagen lassen auf eine große Nachfrage und Beliebtheit schließen. Den Werken ist jedoch kein Hinweis auf Veränderungen infolge dieser Neuauflagen zu entnehmen. Weiterhin wird der Autor bereits in einem Werk, das 1879 erschienen ist, als *marḥūm* („dem vergeben wurde“), einer üblichen Formel für Verstorbene, erwähnt.⁶ Die Neuauflagen reichen hingegen bis zum Jahr 1935. Damit liegt ein großer Zeitraum zwischen der Entstehung der Werke und ihren Neuauflagen, während dessen zahlreiche Entwicklungen stattgefunden haben, auf die der Autor nicht mehr antworten konnte. Daher sollen die Werke in vorliegender Arbeit in ihrem Entstehungskontext der 1860er und 1870er behandelt werden.

Die Beliebtheit der Werke Iḥsān ‘Alī hat ihnen auch einen Platz in der wissenschaftlichen Sekundärliteratur gesichert.⁷ Dennoch beläuft sich dies nur auf wenige Seiten. An gegebener Stelle soll das vorhandene Material in der Sekundärliteratur genauer diskutiert werden.

Zunächst wird die Geschichte des *yūnānī* dargestellt werden, anhand derer die Entstehung verschiedener Strömungen dieser Tradition, die im 19. Jahrhundert nebeneinander existierten, ausgeführt werden soll. Dabei soll der historische und soziale Kontext des kolonialen Südasien im 19. Jahrhundert genauer diskutiert werden. Insbesondere reformislamische Bestrebungen und die *ašrāf*-Kultur spielen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle und gehen eine starke Verquickung mit dem *yūnānī* ein.⁸

Zur Beschreibung der verschiedenen Strömungen und des beständigen Wandels des *yūnānī* soll Michel Foucaults Ansatz einer Diskursanalyse herangezogen werden. Dieser Ansatz befasst sich

4 Neben *yūnānī* existieren noch weitere Bezeichnungen für diese Tradition: Die im Arabischen übliche Bezeichnung war schlicht *tibb* oder *ḥikmat*; auch im Südasien des 19. Jahrhunderts war die Bezeichnung *tibb* üblich; erst Ende dieses Jahrhunderts kamen die Begriffe *yūnānī* bzw. *tibb-i yūnānī* auf; Anfang des 20. Jahrhunderts wurde schließlich infolge der Instrumentalisierung des *yūnānī* für eine muslimische Identität die Bezeichnung *tibb-i islāmī* geläufig, vgl. Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb, Plural Healing in Late Colonial India*, (New Perspectives in South Asian History; 17), New Delhi [u.a.]: Orient Longman, 2007 [im Folgenden: Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*]; hier S. 2.

5 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 205f.

6 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, Lakhna’ū: Naval Kišor, 1878 [im Folgenden: Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*]; hier S. 63.

7 Vgl. hierzu Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 205f., S. 222-228; Guy Attewell, „Yunani Tibb and Foundationalism in Early Twentieth Century India“, S. 133f., 145f.; Anna Vanzan, „Medical Education of Muslim Women in Turn-of the-Century India, The 9th Chapter of the *Bihishtī Zewar*“, *Journal of the Pakistan Historical Society*, Vol. XLVIII, No. 1, S. 3-8 [im Folgenden: Anna Vanzan, „Medical Education of Muslim Women in Turn-of the-Century India“]; hier S. 6; Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 10.

8 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 205ff.

stark mit dem historischen Wandel eines Themenkomplexes. Foucault beschäftigte dazu sich unter anderem mit der Geschichte des Wahnsinns und dem sich wandelnden Verständnis von und den Umgang mit Wahnsinn.⁹ Derartige Themenkomplexe wie die Geschichte des Wahnsinns und die sich darin wandelnde Machtverteilung der Sprecher begreift Foucault als Diskurs und nennt die historische Beschäftigung mit diesen Diskursanalyse.¹⁰ Er geht schließlich davon aus, dass sämtliche Zusammenhänge aus Diskursen bestehen.¹¹

Im Laufe seiner Arbeit entwickelte Foucault verschiedene Definitionen für den Diskursbegriff, die in der Wissenschaft häufig parallel verwendet werden.¹² In vorliegender Arbeit kann jedoch nicht näher auf diese Problematik eingegangen werden. Diskurs soll hier als sämtliche Äußerungen verstanden werden, die zu einem bestimmten Thema gesagt werden können. Der Diskurs sei „eine regulierte Praxis, die eine bestimmte Anzahl von Aussagen betrifft“.¹³ Was Teil eines Diskurses sein könne, was also sagbar sei, sei durch Regeln festgelegt. Jedem Diskurs seien spezifische Regeln zu eigen, die jedoch alle gemäß folgender Prinzipien zu beschreiben seien: Einerseits existierten bestimmte Ausschlussmechanismen, die einen Diskurs regulierten und Aussagen, die nicht Teil des Diskurses sein könnten, ausgrenzten. Andererseits könnten neue Tendenzen affirmativ bzw. subversiv auf einen Diskurs einwirken. Ein subversives Einwirken habe die Bildung eines Gegendiskurses zur Folge, während eine affirmative Wirkungnahme zur Erweiterung eines Diskurses führe.¹⁴ Bei letzterem handele es sich um das Prinzip des Kommentars. Dabei sei der Kommentar keineswegs als reine Bestätigung der in einem Diskurs bereits enthaltenen Aussagen zu verstehen. Vielmehr könne ein Kommentar durchaus kritisch sein und somit verändernd und erweiternd auf einen Diskurs einwirken.¹⁵

Ein Diskurs sei folglich kein fixiertes System, sondern unterliege ständigem Wandel. Dieser entstehe aus den beiden konkurrierenden Prinzipien des Ausschlusses und des Kommentars, die jedem Diskurs inhärent seien. So finde einerseits eine Eingrenzung, andererseits eine Erweiterung des Diskurses statt, durch welche derselbe im Wandel der Zeit fortbestehen könne.¹⁶

Mithilfe dieses Ansatzes soll in den folgenden Kapiteln die Entwicklung und insbesondere die

9 Michel Foucault, *Die Ordnung des Diskurses*, Übers.: Walter Seitter, 11. erweiterte Aufl., Frankfurt: Fischer, 2010 [im Folgenden: Michel Foucault, *Die Ordnung des Diskurses*]; hier, S. 7.

10 Sara Mills, *Der Diskurs, Begriff, Theorie, Praxis*, Tübingen: A. Francke, 2007 [im Folgenden: Sara Mills, *Der Diskurs*]; hier S. 51f.

11 Oliver Jahraus, *Literaturtheorie, Theoretische und methodische Grundlagen der Literaturwissenschaft*, Tübingen, Basel: A. Francke Verlag, 2004 [im Folgenden: Oliver Jahraus, *Literaturtheorie*]; hier S. 131.

12 Sara Mills, *Der Diskurs*, S. 1.

13 Ebd., S. 7.

14 Ebd., S. 51, 72; Michel Foucault, *Die Ordnung des Diskurses*, S. 11; Oliver Jahraus, *Literaturtheorie*, S. 331.

15 Michel Foucault, *Die Ordnung des Diskurses*, S. 17f.

16 Ebd., S. 17f.; Sara Mills, *Der Diskurs*, S. 72.

Verflechtung des *yūnānī* mit anderen Diskursen im Südasiens des 19. Jahrhunderts untersucht werden.

Anschließend sollen knapp die Theorie des *yūnānī* und seine Begrifflichkeiten, wie beim prominentesten Vertreter des *yūnānī*, Abū ‘Alī Ibn Sīnā, dargestellt, behandelt werden. Im zweiten Teil sollen unter diesem Hintergrund die Bücher Iḥsān ‘Alī untersucht werden. Zwei davon sollen im Detail behandelt und durch die übrigen ergänzt werden. Zunächst wird mithilfe der Angaben, die den Werken zu entnehmen sind, der Versuch unternommen, eine grobe Biographie des Autors anzufertigen. Die Behandlung der Texte selbst gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil beschäftigt sich mit der Theorie des *yūnānī* und wie Iḥsān ‘Alī sie in seinen Werken darstellt. Dabei soll Seema Alavis Darstellung des „neuen *yūnānī*“, welches sie stark mit Heilmethoden des Sufismus und der Volksmedizin verwoben sieht, Ausgangspunkt der Diskussion sein.¹⁷

Der zweite Teil soll sich demgegenüber mit dem Verhältnis zwischen dem praktischen Teil der Medizin, insbesondere den Behandlungsmethoden und der Art der Medikation, und dem theoretischen Teil des Buches befassen. Dabei soll untersucht werden, in welchem Maße sich die Theorie tatsächlich in der Praxis widerspiegelt. Guy Attewells Artikel „Yunani Tibb and Foundationalism in Early Twentieth-Century India“, in dem er die Relevanz der Theorie des *yūnānī* für die Praxis infrage stellt und vorrangig als Distinktionsmerkmal begreift, soll als Grundlage dienen.¹⁸

Der dritte Teil beschäftigt sich schließlich mit dem von Iḥsān ‘Alī unternommenen Versuch, Medizin mit gutem Benehmen und religiös rechtem Verhalten zu verknüpfen. Vor allem die Rolle der im südasiatischen Kontext entstandenen reformislamischen Bewegungen soll in diesem Zusammenhang untersucht werden. Zwar können die verschiedenen reformislamischen Strömungen nicht im Einzelnen behandelt werden. Doch weisen deren grundlegenden Bestrebungen Überschneidungen auf, welche in vorliegender Arbeit als Basis angenommen werden sollen. So wird innerhalb dieser verschiedenen Bewegungen infolge des Wegfalls eines islamischen Staates, der eine islamische Gesellschaftsordnung gewährleistete, die individuelle Verantwortung des Gläubigen betont.¹⁹ Dies spiegelt sich auch in Iḥsān ‘Alīs Werken wider. Er plädiert für ein religionskonformes Leben, das er mit medizinisch begründeten Argumenten untermauert. Darüber hinaus wird nun auch die Medizin als ein Teil der Religion betrachtet und ihre Aneignung zur Pflicht. Diese Entwicklung der Medizin von einem elitären Wissen zur religiösen Pflicht soll in

17 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 216f.

18 Guy Attewell, „Yunani Tibb and Foundationalism in Early Twentieth Century India“, S. 142.

19 Francis Robinson, *Islam and Muslim History in South Asia*, 2. impression, New Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 2001 [im Folgenden: Francis Robinson, *Islam and Muslim History in South Asia*]; hier 123ff.

diesem Kapitel untersucht werden.

Da in vorliegender Arbeit auf verschiedene Sprachen mit jeweils eigenem Transliterationssystem Bezug genommen wird, kann die Umschrift mancher Begriffe je nach Kontext variieren. So taucht im Zusammenhang mit persischen Quellen der Begriff *ahlāq* auf, der im Kontext von Urdu-Quellen zu *ahlāq* wird. Manche Begriffe erleben eine Anpassung an die jeweilige Sprache, sodass das arabische *ṭibb an-nabawī* zu *ṭibb-i nabawī* im Persischen bzw. *ṭibb-i nabavī* im Urdu wird. Teilweise tauchen diese verschiedenen Transliterationen auch nebeneinander auf und werden je nach Bezug verschiedenartig verwendet. Bei Begriffen, die auch im Deutschen eine gebräuchliche Entsprechung haben, wurde auf eine Transliteration verzichtet. So soll anstelle von *qur'ān* Koran oder statt *ṣūfi* Sufi verwendet werden.

Geschichte des *yūnānī*

Um die Entstehung der verschiedenen Strömungen des *yūnānī*, die im kolonialen Südasien des 19. Jahrhunderts nebeneinander existierten, nachzuvollziehen, soll zunächst die Entwicklung des *yūnānī* dargestellt werden. Betrachtet man nun zunächst die Grundbedeutung des arabischen Wortes *yūnānī*, so werden bereits die ersten Etappen der Entwicklung deutlich. *Yūnān* ist die arabisierte Form für Ionien und bedeutet zunächst einmal nur Griechenland. Die Wurzeln dieser Tradition liegen damit im antiken Griechenland und führen dann weiter zu den Arabern.

1. Griechisch-römische Zeit

Das *yūnānī* hat seinen Ursprung in Hippokrates' (460-372 v. Chr.) Humoraltheorie bzw. der Theorie der vier Körpersäfte.²⁰ Krankheit wird hier wie jedes andere Phänomen auf der Welt als rational beschreibbar begriffen. Der Zustand der Gesundheit wurde als ein Gleichgewicht der vier im Körper vorhandenen Säfte verstanden, während Krankheit als die Folge eines Ungleichgewichts derselben gesehen wurde.²¹ Diese auch als Säftelehre bezeichnete Theorie gründet sich auf der aristotelischen Vorstellung vom Abbild des Makrokosmos im Mikrokosmos des menschlichen Körpers. Die antike Elementlehre, die von vier Elementen – Feuer, Erde, Wasser, Luft²² –, aus der die Welt bestehe, ausgeht, spiegele sich im menschlichen Körper mit seinen vier Körpersäften wider. Diese korrelierten mit den vier Elementen in ihren Eigenschaften. Als Behandlungsmethode wurde vor allem die Diätetik betont. Dabei wurde den Nahrungsmitteln, die selbst als eine Verbindung der Grundelemente betrachtet wurden, bestimmte Wirkungsweisen auf den menschlichen Körper und das Gleichgewicht der Körpersäfte zugeschrieben.²³

Später fand diese Tradition auch im antiken Rom Anwendung und brachte hier einen ihrer herausragendsten Vertreter neben Hippokrates hervor: Der griechische Arzt Galen (129-216) war ein Verfechter des Rationalismus und begriff die Welt in all ihren Bereichen als geordnet und mit

20 Bei den Schriften des Hippokrates handelt es sich jedoch um einen Corpus, der nicht nur einen Verfasser trägt, sondern von mehreren Autoren unter dem Namen Hippokrates verfasst wurde, vgl. Vivian Nutton, „Medicine in the Greek World“, S. 19ff.

21 Vivian Nutton, „Medicine in the Greek World“, S. 23f.

22 Die Elementlehre durchlief während der Antike einen Wandel von der Annahme nur eines Urelements, aus dem die übrigen Elemente hervorgingen – Vertreter dieser Ansicht waren Thales, Anaximenes und Heraklit, allerdings unterschieden sie sich in der Annahme des jeweiligen Urelements; Empedokles ging als erster von der Gleichwertigkeit der Elemente aus, was später Aristoteles aufgriff und dahingehend erweiterte, dass er den Elementen bestimmte Eigenschaften zuordnete; vgl. hierzu das Kapitel Theorie der *yūnānī*-Heilpraxis; vgl. auch O.P. Jaggi, *History of Science and Technology in India, Medicine in Medieval India*, Bd. 8, Delhi, Lucknow: Atma Ram & Sons, 1981 [im Folgenden: O.P. Jaggi, *Medicine in Medieval India*]; hier S. 36.

23 Vivian Nutton, „Medicine in the Greek World“, S. 26f.

dem Verstand erfassbar. Er kritisierte die Juden und Christen seiner Zeit für deren Wunderglauben und sah keinen Platz für mystische oder magische Elemente in der Medizin.²⁴ Ein weiterer typisch galenischer Aspekt war seine Erkenntnis über bestimmte Muster der einzelnen Krankheiten, auf deren Basis er Prognosen über den weiteren Krankheitsverlauf stellte. Dies war eine Praxis, die auch spätere Ärzte gerne anwendeten, um das Vertrauen des Patienten durch ihre Kenntnisse zu gewinnen.²⁵

2. Übernahme des *yūnānī* durch die Araber

Die Medizin der Araber der vorislamischen Zeit besaß keine theoretische Basis und kannte nur wenige Behandlungsmethoden wie das Schröpfen und Ausbrennen. Die Magie machte einen entscheidenden Teil der Medizin aus.²⁶ Krankheiten wurden auf das Wirken von *ḡinn*, übernatürlichen Wesen, zurückgeführt. Auch der Islam brachte in dieser Hinsicht keine großen Veränderungen mit sich. An die Stelle der *ḡinn* trat nun Gott, dessen Strafen sich u.a. in Krankheit manifestierten.²⁷ Äußerungen des Propheten Muhammad zu verschiedenen medizinischen Themen wurden in der *ḥadīṭ*-Überlieferung bewahrt und sollten einige Jahrhunderte später eine große Bedeutung erlangen.²⁸

Die griechisch-römische Medizin fand bis in die byzantinische Zeit Anwendung und übte von dort auch Einfluss auf umliegende Regionen wie Syrien und Persien aus. Infolge der arabischen Eroberungen von Syrien, Persien und Ägypten bereits zu Beginn der Herrschaft der Umayyāden (661-750) kamen die Araber in Kontakt mit der griechisch-römischen Medizin. Ein direkter Zugang hierzu blieb ihnen jedoch aufgrund der Sprachbarriere zunächst noch verwehrt. Kenntnisse über diese Medizin beliefen sich nur auf mündliche Mitteilungen.²⁹

Bald schon übernahmen die Araber die griechisch-römische Medizin mit ihrer über mehrere Jahrhunderte tradierten Theorie und verwarfen ihre traditionelle medizinische Praxis.³⁰ Begünstigt wurde dies weiter durch die Möglichkeit, diese Tradition sehr leicht in den Islam zu implizieren. Denn durch die betont rationale Weltauffassung spielten die Götter der Antike keine oder kaum eine

24 Vivian Nutton, „Medicine in the Greek World“, S. 64.

25 Ebd., S. 65.

26 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 15ff.

27 Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“, Lawrence I. Conrad [u.a.] (Hrsg.), *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995, S. 93-138 [im Folgenden: Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“]; hier S. 95ff.

28 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 19.

29 Ebd., S. 20.

30 Ebd., S. 25.

Rolle. So ist es auch nicht verwunderlich, dass gerade Galen als strengster Verfechter der Rationalität und Kritiker magischer und mystischer Elemente in der Medizin für die Araber zur zentralen Quelle des *yūnānī* werden sollte.³¹ Während der Herrschaft der Abbasiden (750-1258) setzte daher im achten Jahrhundert schließlich eine Epoche der Übersetzungen aus dem Griechischen ins Arabische ein, die ihren Höhepunkt im neunten Jahrhundert fand. Auch indische Texte wurden übersetzt und rezipiert, hatten jedoch nur auf einzelne Aspekte Einfluss.³²

Grundlage für diese Entwicklung legte die Baḥtīšū-Familie. Diese Familie stammte aus Gondišāpūr, das sich im sechsten Jahrhundert zu einem medizinischen Zentrum entwickelt hatte, in dem Einflüsse aus der griechischen, aber auch persischen und indischen Medizin zusammentrafen, und medizinische Schulen entstanden.³³ Mehrere Generationen dieser Familie waren Leibärzte der Kalifen in Bagdad oder bekleideten andere hohe Ämter. Während ihrer Tätigkeit am Hofe verfassten sie zahlreiche medizinische Werke zunächst noch auf Syrisch, in den späteren Generationen jedoch auf Arabisch. Damit leiteten sie den Übergang von einer syrischen zu einer arabischen medizinischen Tradition ein.³⁴

Auf der Grundlage einer entstehenden arabischen Medizin wurde die Akademie *bait al-ḥikma* (Haus der Weisheit) gegründet, deren Aufgabe in der Sammlung und Übersetzung griechischer medizinischer Texte bestand. Eine herausragende Figur dieser Epoche war Ḥunain ibn Ishāq (808-877). Er allein übersetzte mehr als einhundert Schriften griechischer Ärzte, trat darüber hinaus noch als Kommentator auf und erstellte zum leichteren Verständnis Kompendien der übersetzten Texte. Darüber hinaus verfasste er auch eigenständige medizinische Werke, darunter einige Einführungsschriften.³⁵

Parallel zu dieser Übersetzungstätigkeit entstanden auch Texte zu einzelnen Teilbereichen der Medizin. Darunter sind vor allem Werke zur Hygiene, Diätetik, Ophthalmologie, Tierheilkunde und zu einzelnen (*muḥradāt*) und zusammengesetzten (*murakkabāt*), sowie durch Erfahrung bewährten Heilmitteln (*muḡarrabāt*) zu erwähnen. Da auch die meisten griechischen Werke keine umfassenden Kompendien waren, wuchs das Bedürfnis nach einer Systematisierung und Zusammenfassung des übersetzten medizinischen Wissens. Dies leitete die zweite Epoche ein, die Phase der Sammlung und Strukturierung des zuvor durch Übersetzung übertragenen Wissens.³⁶

31 Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“, S. 103; Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 67.

32 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 25, 103.

33 Ebd., S. 21.

34 Ebd., S. 108.

35 Ebd., S. 115ff.

36 Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“, S. 110.

Während dieser Epoche wuchs auch der Einfluss persischer Ärzte, die ihre Werke jedoch noch auf Arabisch verfassten. Auch die zwei bedeutendsten Vertreter dieser Epoche waren Perser. Ar-Rāzī (865-925) verfasste das voluminöse, aus 25 Bänden bestehende Werk *al-Ḥāwī*, das jedoch erst nach seinem Tod veröffentlicht wurde und eigentlich nur aus seinen Notizen aus zahlreichen medizinischen Werken zu verschiedenen Themen und seinen Anmerkungen dazu sowie eigenen klinischen Erfahrungen bestand.³⁷

Die zweite herausragende Person dieser Epoche war Abū ‘Alī Ibn Sīnā (980-1037). Während sich ar-Rāzī vor allem durch seine praktische Erfahrung als Arzt auswies, lag Ibn Sīnās Schwerpunkt auf der theoretischen Medizin, die er stark mit der Philosophie verwoben sah. Sein fünfbandiges Werk *al-Qānūn fī aṭ-Ṭibb* gilt als das wichtigste Werk des *yūnānī*. Durch seinen im Vergleich zum *al-Ḥāwī* relativ kleinen Umfang gewann es schnell an Popularität und blieb lange Zeit unangefochten. Zwar wurde der *al-Qānūn fī aṭ-Ṭibb* immer wieder kommentiert, doch die Epoche der Kompendien endete zugleich mit diesem Werk.³⁸

Johann Christoph Bürgel beschreibt diese unangefochtene Stellung als Stillstand in der Medizin, die er im arabischen Verständnis von Wissenschaft begründet sieht. Demnach gebe es keinen Fortschritt und kein neues Wissen. Es gelte nur, das vorhandene Wissen neu zu strukturieren und die Art der Darstellung zu verbessern. Zum anderen trugen aber auch die Eroberungen der Mongolen unter Dschingis Khan im 13. Jahrhundert hierzu bei, da in deren Folge zahlreiche Bibliotheken zerstört wurden.³⁹ Attewell hingegen bestreitet eine Fixierung auf der Grundlage des *al-Qānūn fī aṭ-Ṭibb*, auch wenn dieser eine herausragende Stellung eingenommen habe. Die Darstellung des *yūnānī* als eine kohärente Einheit sei vielmehr ein Produkt der Kolonialzeit.⁴⁰

Im zehnten Jahrhundert erstarkte allmählich die Strömung des *ṭibb an-nabawī*, die Medizin des Propheten, die im 13. und 14. Jahrhundert an großer Popularität gewann und sich als Gegenreaktion auf das galenische, rational geprägte *yūnānī* seitens orthodoxer muslimischer Kreise darstellte. Das *ṭibb an-nabawī* entwickelte sich aus der Frage heraus, ob die Anwendung von Medizin nicht eine Flucht vor dem Willen Gottes und seiner durch die Krankheit vollzogenen Strafe sei. Krankheit erhielt damit einen religiösen Charakter und ihre Behandlung wurde als Verstoß gegen islamische

37 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 128ff.

38 Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“, S. 123.

39 J.C. Bürgel, „Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine“, Chalres Leslie (Hrsg.), *Asian Medical Systems, A Comparative Study*, Berkeley [u.a.]: University of California Press, 1976, S. 44-62 [im Folgenden: J.C. Bürgel, „Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine“]; hier S. 53; Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 2.

40 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 3.

Vorschriften konzipiert. Darüber hinaus wurde Krankheit nun sogar positiv betrachtet. Durch das Erleiden von Krankheit würden dem Betroffenen Sünden vergeben werden:⁴¹

„[S]uffering was a religious virtue and disease a sign of holiness.“⁴²

Gott wurde als Verursacher aller Dinge betrachtet. Seine Entscheidungen müsse der Gläubige annehmen und dürfe nicht versuchen, diesen durch medizinische Behandlung zu entfliehen. Diese äußerst fatalistische Haltung konnte sich jedoch nicht in Gänze durchsetzen. Stattdessen beriefen sich die Vertreter des *ṭibb an-nabawī*, die zumeist selbst keine Ärzte, sondern religiöse Gelehrte (*‘ulamā’*) oder Historiker waren, auf die *ḥadīṭ*-Überlieferungen, in denen medizinische Themen behandelt wurden. Der Schwerpunkt lag hier auf Prävention und Behandlung mit Diätetik. Medikamente wurden abgelehnt oder zumindest vermieden. Dagegen wurden aber magische und mystische Elemente, die in Verbindung mit dem Islam standen, wie die Behandlung durch Amulette oder Koran-Verse, in die Medizin implementiert.⁴³

Obwohl das *ṭibb an-nabawī* als eine religiöse Reaktion auf das *yūnānī* zu sehen ist, ist es gleichwohl auch ein Zweig des *yūnānī*. Denn trotz aller Ablehnung der galenischen Medizin griff das *ṭibb an-nabawī* die Begriffe und teils auch Konzepte des *yūnānī* auf. Allerdings traten die griechischen Ärzte nicht mehr als Autoritäten auf, diese Funktion wurde alleine dem Propheten zugesprochen. Weiterhin ging der theoretische Anteil stark zurück. Die Betonung lag auf der Anleitung zur Praxis. Damit sprach das *ṭibb an-nabawī* ein anderes Publikum als *yūnānī* an, welches parallel hierzu weiterbestand.⁴⁴

Hatte bis zum 10. Jahrhundert Arabisch alleine die Stellung als Wissenschaftssprache inne, so wandelte sich dies nun und medizinische Werke wurden auch auf Persisch verfasst. Einige Jahrhunderte später erschienen schließlich in nahezu allen wichtigen islamischen Sprache medizinische Werke.⁴⁵ Diese Entwicklung soll im folgenden Kapitel nachgezeichnet werden.

41 Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“, S. 124f.; Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 185; Emille Savage-Smith: *History of Arab: Medicine*, S. 927.

42 J.C. Bürgel, „Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine“, S. 55.

43 Ebd., S. 57f.

44 Emille Savage-Smith, „Medicine“, Roshdi Rashed (Hrsg.), *Encyclopedia of the history of Arabic science*, London [u.a.]: Routledge, 1996, S. 903-962 [im Folgenden: Emille Savage-Smith, „Medicine“]; hier S. 927ff.; J.C. Bürgel, „Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine“, S. 58f.; Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 188.

45 J.C. Bürgel, „Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine“, S. 44f.; Edward G. Browne, *Arabian Medicine, Being the Fitzpatrick Lectures Delivered at the College of Physicians in November 1919 and November 1920*, Cambridge: Cambridge University Press, 1921 [im Folgenden: Edward G. Browne, *Arabian Medicine*]; hier, S. 92.

3. *Yūnānī* in Südasien

Die weitreichende Verbreitung des *yūnānī* in Südasien setzte im 12. und 13. Jahrhundert nach den Eroberungen durch die Muslime ein. Alavi sieht den Beginn des *yūnānī* in Südasien jedoch bereits deutlich früher und begründet dies mit regem Handel im gesamten islamischen Gebiet (*dār al-islām*⁴⁶). Indien sei zwar nicht im direkten Einflussgebiet islamischer Herrschaft und damit direkter Teil des *dār al-islām* gewesen, habe aber hinsichtlich des Handelsverkehrs durchaus in starkem Kontakt mit den muslimischen Gebieten gestanden. Daraus folgert sie eine Art erweiterten *dār al-islāms*, dem auch Indien zuzurechnen sei. Weiter argumentiert sie, dass im Rahmen dieser Beziehungen nicht nur Waren ausgetauscht wurden, sondern gleichermaßen Ideen und Konzepte und damit auch medizinische Theorien.⁴⁷ Obgleich ein reger Handelsaustausch nicht zu leugnen ist, ist doch die Argumentation eines erweiterten *dār al-islām*, das Indien mit einschloss, zweifelhaft.

Mit Gewissheit lässt sich jedoch eine stetige Verbreitung des *yūnānī* seit den muslimischen Eroberungen festhalten. Noch wichtiger aber als die Eroberung selbst war für diese Entwicklung die große Zahl muslimischer Einwanderer aus Zentralasien infolge der mongolischen Eroberungen zu Beginn des 13. Jahrhunderts sowie später aufgrund von Unruhen im safawidischen Iran. Dies hielt einen über mehrere Jahrhunderte währenden beständigen Strom von zentralasiatischen Einwanderern nach Südasien aufrecht. Die Einwanderer, unter denen zahlreiche Ärzte des *yūnānī* (*ḥukamāʾ*, Pl. von *ḥakīm*) waren, wurden durch Anstellungen an den Höfen der Mogul-Herrscher angezogen, sodass das *yūnānī* ca. ab dem 16. Jahrhundert auch in Südasien zu florieren begann.⁴⁸

A. Persische Tradition

Die medizinische Versorgung des Mogulreiches (1525-1857) teilte sich in mehrere Ebenen auf, an deren Spitze die eingewanderten *ḥukamāʾ* standen, die eine Anstellung an den Mogul-Höfen fanden. Durch die Vormachtstellung der vor allem Persisch sprechenden Einwanderer auf dieser Ebene entwickelte sich Persisch zur Sprache des *yūnānī*. Damit setzte sich die bereits im zehnten Jahrhundert beginnende „vernacularization“⁴⁹ des *yūnānī* fort und löste Arabisch als allgemeine Wissenschaftssprache – zumindest in Südasien – ab.⁵⁰

Die medizinische Versorgung des Volkes wurde jedoch nicht von diesen *ḥukamāʾ* übernommen.

46 *Dār al-islām* bezeichnet das Gebiet, in dem der Islam vorherrscht bzw. die Herrschaft von Muslimen ausgeübt wird, vgl. A. Abel, „Dār al-Islām“, P. Bearman (Hrsg.), *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, Bd. 2, Leiden: Brill, 1965, S. 127-128, hier S. 127.

47 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 18f.

48 Ebd., S. 30.

49 Edward G. Browne, *Arabian Medicine* S. 92.

50 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 30.

Dem widmeten sich *ḥukamā*’, die ihre Ausbildung in *madāris* (Pl. von *madrasah*) erhalten hatten. Das Curriculum dieser *madāris* verwendete jedoch nicht die persischen Texte der *ḥukamā*’ der Mogul-Höfe, sondern unterrichtete weiterhin die arabischen Texten. Daneben gewährleisteten aber auch *vaidyas* der *āyurveda*-Tradition sowie Sufis und Fakire die medizinische Versorgung.⁵¹

Die persischen *ḥukamā*’ gehörten einer hochgebildeten Elite an. Häufig traten sie selbst zugleich als Literaten auf. Ihre Konzeption von Gesundheit begriff daher einen gebildeten Körper als einen gesunden. Grundkenntnisse der Medizin waren ein integraler Teil des Wissens, das einen gebildeten und kultivierten Menschen auszeichnete, sodass sich auch Nicht-Mediziner gewisse Kenntnisse der Medizin aneigneten.⁵² Die Werke der persischen *ḥukamā*’ zeichneten sich durch einen sehr verzierten Stil aus, der Außenstehenden nicht oder nur schwer zugänglich war. Ohnehin war das Persische nicht weit verbreitet, sodass die höfischen *ḥukamā*’ ein Monopol schaffen konnten, das einerseits auf ihrem Sprachgebrauch des Persischen fußte.⁵³ Zum anderen wurde es jedoch auch durch die Patronage seitens der Herrscher gewährleistet, die die *ḥukamā*’ und ihre Ausbildung unterstützten. Bedingt durch das Selbstverständnis der *ḥukamā*’ als kultivierte Intellektuelle, widmeten sie sich auch einem Genre, das die Vermittlung von Sitten und dem Verhalten (*ahlāq*) eines kultivierten Menschen zur Aufgabe hatte. Die Darstellung der *ahlāq* stellten sie darüber hinaus in Anlehnung an griechische philosophische Konzepte in einen größeren Kontext. Da das *yūnānī* stark auf die griechische Tradition zurückgriff, fanden neben rein medizinischen Aspekten auch philosophische Vorstellungen der Griechen und Römer Eingang. In den vorangehenden Kapiteln wurde bereits dargestellt, dass die griechische Medizin die Vorstellung der Elemente und die Spiegelung des Makrokosmos im Mikrokosmos des menschlichen Körpers von Aristoteles entlehnt hatte. Aristoteles beschäftigte sich jedoch weniger aus medizinischen Gründen als vielmehr aus Interesse an einer politischen Theorie mit der Elementlehre. Über die Medizin fanden so auch seine Konzepte über das Staatswesen ihren Weg in die *ahlāq*-Literatur.⁵⁴

Die persischen *ḥukamā*’ griffen die aristotelische Theorie des gespiegelten Makrokosmos im menschlichen Körper auf und bezogen sie ebenfalls nicht nur auf die Medizin, sondern gleichermaßen auf den Staat. Sie verglichen den Staat mit dem menschlichen Körper und den vier ihm inhärenten Säften. Der Staat bestehe demnach aus vier verschiedenen Gruppen, die den vier Elementen und ihren jeweiligen Eigenschaften zugeordnet seien, bspw. die Krieger dem Feuer.

51 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 31.

52 Ebd., S. 35.

53 Ebd., S. 35.

54 Ebd., S. 19.

Über diesen vier Gruppen stehe der Herrscher als *ḥakīm*, der für einen funktionierenden Staat diese Gruppen im Gleichgewicht halten müsse.⁵⁵

Da solche Werke die Position des Herrschers stärkten, ist es nicht verwunderlich, dass auch den Herrschern selbst an der Unterstützung der persischen *ḥukamā* gelegen war. Durch diese Patronage war die zweite Säule eines stabilen Monopols der persischen *ḥukamā* gewährleistet.⁵⁶

Dieses Monopol ermöglichte ihnen, ihr Wissen vor Außenstehenden geheim zu halten und nur innerhalb der eigenen Familie weiterzugeben. Infolgedessen entstanden Traditionsfamilien von *ḥukamā*, die ihren Einfluss und ihre Monopolstellung über mehrere Jahrhunderte aufrecht erhalten konnten.⁵⁷

B. Wechsel zum Arabischen

Im 18. Jahrhundert kam es jedoch zu einem Bruch mit dieser Tradition. Auf der einen Seite lag dieser im Machtverlust des Mogulreiches und auf der anderen Seite in der steigenden Verbreitung des Persischen begründet.

Durch die Schwächung des Mogulreiches waren die Herrscher nicht mehr in ausreichendem Maße in der Lage, die Patronage der *ḥukamā* zu gewährleisten. Zwar übernahmen nun teilweise die aus dem Zerfall des Mogulreichs entstandenen lokalen Fürstentümer diese Patronage, dennoch waren viele *ḥukamā* gezwungen, sich zusätzlich zur Unterstützung am Hofe bzw. gänzlich unabhängig von Patronage selbst zu versorgen. Dies hatte zur Folge, dass viele *ḥukamā* von nun an auch Personen außerhalb des Hofes behandelten.⁵⁸ Da sich die Ärzte damit einer deutlich größeren Zahl von Patienten gegenüberstanden, wurden im 18. Jahrhundert einfache und benutzerfreundliche medizinische Werke verfasst, deren Sprache sich von dem stark verzierten Persisch der Mogulzeit distanzierte und zuallererst ein leichtes Verständnis zum Ziel hatte. Auch der Umfang der Werke wurde deutlich kleiner und konzentrierte sich wesentlich auf die praktisch nutzbaren Elemente und Konzepte der Medizin. Die Zurschaustellung der eigenen Kultiviertheit in Sprache und Form ging stark zurück und die Gattung der *ahlāq* wurde gar gänzlich abgelegt.⁵⁹

Dies bezeichnete einen Wandel im Verständnis der Medizin. Medizin war nun nicht mehr Teil eines Wissens, das einen gebildeten Mann auszeichnete, wie zur Zeit der Moguln, sondern erhielt

55 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 32f.

56 Ebd., S. 33f.

57 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban, Muslime in Delhi im 19. Jahrhundert*, (Bürgertum Neue Folge; Bd. 5), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008 [im Folgenden: Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*]; hier S. 89.

58 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 44; Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine: Body History as Entangled History“, *Paragrana, Internationale Zeitschrift für Historische Anthropologie*, Bd. 18, Heft 1 (2009), S. 107-118 [im Folgenden: Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“]; hier S. 114.

59 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 114; Seema Alavi, *Islam and Healing*, 38f., 41.

nun seine Bedeutung als Wissen des Heilens:

„[...] drift from health as aristocratic virtue to health as medical wisdom – science.“⁶⁰

War Medizin zuvor ein Wissen, dessen Grundlagen auch zum Kanon kultivierter Nicht-Mediziner gehörte, so wandelte sich dies zu einem reinen Spezialwissen, das nur noch einer bestimmten Berufsschicht vorbehalten war.

In der Folge der nur noch eingeschränkten Unterstützung der Herrscher war die erste Säule des Monopols der *ḥakīm*-Familien gefährdet. Doch auch die zweite Säule wankte mit der im 18. Jahrhundert inzwischen weiten Verbreitung der persischen Sprache – Alavi spricht von einer „vernacularization“ des Persischen – und der Verwendung eines leicht zugänglichen persischen Stils der medizinischen Werke. Um ihr Monopol zu wahren, griffen die *ḥukamā*’ daher im 18. Jahrhundert schließlich auf das Arabische zurück. Dies verstärkte die Tendenz, Medizin zu einem Spezialwissen werden zu lassen, umso mehr. Das Persische als Sprache der Medizin wurde jedoch durch diese Entwicklung keineswegs gänzlich verdrängt, sondern wurde auch weiterhin unter der Patronage der Fürstentümer gepflegt.⁶¹

Dies setzte den Wandel des Medizinverständnisses, der bereits mit den leicht zugänglichen persischen Werken eingeläutet worden war, fort. Der Wandel ging jedoch über eine reine Konzentration auf Anwendbarkeit hinaus und führte zu einer Kritik des gesamten Medizinverständnisses der Mogulzeit, insbesondere der Verbindung von Medizin und *aḥlāq*.⁶²

Alavi sieht in dem Wechsel zum Arabischen auch einen Einfluss der politischen und religiösen Reformgedanken des 18. Jahrhunderts im arabischsprachigen Raum, insbesondere der Wahhabiten. Die Wahhabiten propagierten eine Rückkehr zu den Quellen des Islam und zur Person des Propheten Muhammad, was Alavi hierzu parallel in der Entwicklung der Medizin sieht. Auch die *ḥukamā*’ des arabischen Stils bezogen sich wieder auf die Quellen des *yūnānī* und verurteilten den persischen Stil der Mogulzeit. Dies habe zu einem sachlichen und wissenschaftlichen Medizinverständnis geführt:

„The increased use of Arabic in medical circles initiated a new kind of medical learning. Medical texts in Arabic, like the religious knowledge of the period, were influenced by the austere doctrinal trends flowing in from the Arab world – the Wahabi-style return to the scriptures and the person of the Prophet. These trimmed medicine of its comportment frills and projected it as science, aristocratic virtue going largely out of the window.“⁶³

60 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 41.

61 Ebd., S. 42f., 45f.

62 Ebd., S. 43.

63 Ebd., S. 43.

So sei dieser Wechsel zum Arabischen also nicht nur eine Strategie der traditionellen *ḥakīm*-Familien, um ihr Monopol zu wahren, sondern hätte zugleich eine Aufnahme des wahhabitischen Gedankenguts zur Folge gehabt. Die *ḥukamā'* hätten damit Persisch, das Alavi vor allem mit Literatur konnotiert, gegen die „doktrinäre“ Sprache Arabisch ausgetauscht. Darin sieht Alavi den Beginn einer Islamisierung des *yūnānī*.⁶⁴

„In the late eighteenth century the Wahabi-inspired ideas of Arabic scriptures and the salience of the Prophet gave religious knowledge a new, austere, and Arab orientation. Medical knowledge succumbed to this trend. [...] In short, Islamization through Arab learning helped communities of Perso-Arabic medical literature retain their status and added new dimensions to the formation of regional identities.“⁶⁵

Die Hinwendung zum Arabischen engte den Kreis des *yūnānī* noch weiter ein und schloss Hindus, die noch in der persischen Tradition die Entwicklung des *yūnānī* beeinflusst hatten, aus. Dies habe den Prozess der Islamisierung zusätzlich vorangetrieben.⁶⁶

Margrit Pernau sieht in der beschriebenen Entwicklung auch einen Wandel in der Körperkonzeption des *yūnānī*. So sei die Körperkonzeption der persischen *ḥukamā'* der Mogulzeit eine sehr offene gewesen. Anders als in der heutigen westlichen Medizin existierte keine Betonung der Haut, die den Körper von der Außenwelt bzw. von außen eindringenden Krankheitserregern abgrenze. Stattdessen herrschte die Vorstellung der Widerspiegelung des Makrokosmos im Mikrokosmos des menschlichen Körpers vor. Die beiden Kosmoi korrespondierten miteinander, sodass von einer Wirkung der Außenwelt auf den Körper ausgegangen wurde. Das Wetter oder die aufgenommene Nahrung hätte demnach einen bedeutenden Einfluss auf den Körper. Aber auch die Handlungen des Menschen hätten Auswirkung auf das Gleichgewicht der vier Körpersäfte und damit auf die Gesundheit.⁶⁷

Die Umstrukturierung des Patronagesystems im 18. Jahrhundert hatte zur Folge, dass die *ḥukamā'* nun aufgrund der höheren Zahl der zu behandelnden Patienten benutzerfreundlichere Werke verfassten, in denen die *ahlāq*-Literatur keinen Platz mehr hatte. Im Wechsel zum Arabischen, mit dem dieses Genre schließlich sogar unter große Kritik geriet, sieht Pernau einen ersten Schritt zu einer geschlossenen Körperkonzeption, in welcher der Körper zwar noch nicht von seiner Außenwelt getrennt sei, aber in der das Verhalten des Individuums zumindest nicht mehr als

64 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 43ff.

65 Ebd., S. 45f.

66 Ebd., S. 46.

67 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 113f.

Teil der Gesundheit betrachtet wurde.⁶⁸

C. Auftreten der Briten in der medizinischen Versorgung

Zum Ende des 18. Jahrhunderts traten schließlich auch die Briten auf dem Gebiet der Medizin in Erscheinung. Zunächst orientierten sie sich dabei an den ihnen vererbten Strukturen. Im Jahr 1781 gründeten sie daher die *Calcutta Madrasa*, deren vorrangige Aufgabe die Ausbildung von muslimischen Rechtsgelehrten zur Interpretation des islamischen Gesetzes war. Die Studenten wurden in Naturphilosophie, worin auch Medizin eingeschlossen war, Theologie, Gesetz, Arithmetik, Geometrie, Logik und Rhetorik unterwiesen. Im frühen 19. Jahrhundert wurde schließlich auch eine eigene Klasse nur für Medizin eingerichtet. In Anlehnung an die bestehenden Gegebenheiten wurde das Arabische als Unterrichtssprache für sämtliche Klassen verwendet. Für das Arabische als Unterrichtssprache wurde dahingehend argumentiert, dass diesem einerseits ein wissenschaftlicher Stil inhärent sei. Andererseits wurde Arabisch als eine universelle Wissenschaftssprache begriffen, die die Grenzen bis weit über Südasien hinaus öffne. Demgegenüber sei das Persische in seiner Verbreitung deutlich begrenzter. Hinzu kam, dass die Briten sich von der mit dem Persischen assoziierten Kultur abgrenzen wollten.⁶⁹

Damit sowie mit der Gründung des *Sanskrit Colleges* 1791 in Varanasi, das sich explizit an die Hindus richtete, verschärften die Briten die Assoziation des *yūnānī* mit den Muslimen, die im 18. Jahrhundert mit der Hinwendung der *ḥukamā*’ zum Arabischen eingeleitet worden war. Die Grenzen zwischen einem muslimischen *yūnānī* und einem hinduistischen *āyurveda* wurden damit verfestigt.⁷⁰

Das Ziel der *Calcutta Madrasa* war jedoch nicht alleine die Vermittlung indigenen Wissens. Stattdessen wurde die Ausbildung von „hybriden Intellektuellen“ angestrebt, die zwar im *yūnānī* ausgebildet, zugleich aber auch in die westliche Medizin eingeführt wurden. Diese sollten allmählich einen Geschmack für die westliche Medizin in der Gesellschaft kultivieren. Damit sie diese Aufgabe erfüllen konnten, sahen die Briten eine fundierte Ausbildung im *yūnānī* als wesentlich an. Auch die Einheiten zur westlichen Medizin wurden auf Arabisch unterrichtet. Hierfür wurden wichtige medizinische Bücher aus dem Englischen ins Arabische übersetzt.⁷¹

68 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 114.

69 David Arnold, *The New Cambridge History of India, Science, Technology and Medicine in Colonial India*, Bd. 3, 5, Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press, 2000 [im Folgenden: David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*]; hier S. 62; Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 56ff.

70 David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 62; Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 56f.

71 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 56f.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entfachte sich ein Streit über die Unterrichtssprache und Form der Bildung. Während auf der einen Seite die Orientalisten dafür plädierten, sich weiterhin an den traditionellen Formen der Bildung zu orientieren und auf Arabisch zu unterrichten, um einen leichten Zugang zu westlicher Bildung und Wissenschaft zu ermöglichen, verfochten die Anglizisten die Ansicht, Englisch müsse als Unterrichtssprache eingesetzt werden, um einen vollständigen Bruch mit den alten Traditionen zu vollziehen. In diesem Zusammenhang wurde in den 1820er Jahren Kritik an der *Calcutta Madrasa* laut. Die Anglizisten argumentierten, dass der Versuch, die westliche Medizin innerhalb des bestehenden kulturellen Rahmens zu verbreiten, fehlgeschlagen sei. Die Verwendung des Arabischen als Unterrichtssprache und die Übersetzungen würden nur noch die Bindung zum alten System verfestigen. Stattdessen sei ein vollständiger Bruch sowohl mit dem Persischen als auch mit dem Arabischen notwendig.⁷²

Unter dem Druck der Anglizisten und infolge allgemeiner Hinwendung der Briten zu den Regionalsprachen in der Bildung wurde zunächst ein Mittelweg angestrebt, der die *Calcutta Madrasa* mit Urdu-Texten ergänzte, die in staatlichen Druckereien gedruckt und zur Ausbildung der sog. *native doctors* verwendet wurden. Die *native doctors* waren Inder, die eine Ausbildung in westlicher Medizin erhalten hatten und als medizinische Assistenten in von den Briten gegründeten *dispensaries* fungierten. In den *dispensaries* sollte die Popularisierung der westlichen Medizin vorangetrieben werden. Doch bald schon kamen Klagen über die schlechte Ausbildung der *native doctors* auf, die auch vielmehr eine Mischung aus westlicher und indigener Medizin praktizierten.⁷³

Aus diesen Gründen sowie aufgrund der großen Kosten für die Übersetzungen ins Arabische geriet die *Calcutta Madrasa* immer mehr in Kritik, bis sich schließlich die Anglizisten gegenüber den Orientalisten durchsetzten. 1835 wurde die *Calcutta Madrasa* geschlossen und durch das *Medical College* ersetzt. Das Unterrichtsmedium war nun Englisch und die westliche Medizin wurde in voller Gänze gelehrt.⁷⁴ Damit endete „an era of 'peaceful' cooperation and 'friendly' coexistence between the Western and Indian systems“.⁷⁵

Diese Entwicklung stelle gemäß Alavi einen Wandel von einer rein individuellen Gesundheit zu einer gesellschaftlichen dar. Gesundheit sei nun anders als bei den arabischen *ḥukamā'* ein Anliegen der Öffentlichkeit und der gesamten Gesellschaft. Die Schaffung von *dispensaries* und die Gründung von frei zugänglichen Schulen für die medizinische Ausbildung habe außerdem das

72 David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 62; Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 66.

73 David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 62f.; Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 60.

74 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 95.

75 David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 62.

Monopol der *ḥukamā*’ angegriffen und medizinisches Wissen an die Öffentlichkeit getragen.⁷⁶

D. *Yūnānī* im 19. Jahrhundert

Das 19. Jahrhundert wies ein breites Spektrum medizinischer Versorgung auf. Zum einen existierten die Traditionsfamilien von *ḥukamā*’, die zur Wahrung ihres Monopols auf das Arabische zurückgriffen. Zum anderen führten parallel hierzu die von den lokalen Fürstentümern unterstützten *ḥukamā*’ weiterhin die persische Tradition mit ihrem verzierten Stil und der *aḥlāq*-Literatur fort. Neu kamen durch das Auftreten der Briten die *ḥukamā*’ der Calcutta Madrasa, die wie auch in den *ḥakīm*-Traditionsfamilien eine Ausbildung mittels des Arabischen erhalten hatten, sowie die im Urdu ausgebildeten *native doctors* hinzu.⁷⁷

Damit existierten in der pluralen medizinischen Kultur des 19. Jahrhunderts *yūnānī* und westliche Medizin parallel zueinander. Doch infolge der Verbreitung der westlichen Medizin und des Angriffs auf das medizinische Monopol sollte sich im späten 19. Jahrhundert eine Reaktion des *yūnānī* auf diese Situation herausbilden. Alavi sieht hierin jedoch nicht alleine eine Reaktion auf die westliche Medizin. Vielmehr sei diese aus einer Debatte innerhalb des *yūnānī* selbst heraus entstanden.⁷⁸ Diese Entwicklung soll im Folgenden genauer dargestellt werden. Zunächst soll jedoch der historische und soziale Kontext näher beschrieben werden.

I. Reformislam

Nach dem Tod Aurangzebs (1618-1707) setzte allmählich ein Zerfall des Mogulreiches ein. In den folgenden Jahren kam es zu mehreren Auseinandersetzungen über die Nachfolge und das Mogulreich musste die Abspaltung verschiedener lokaler Fürstentümer hinnehmen. Die Herrschaft der Moguln war geschwächt und konnte daher nicht mehr den islamischen Charakter des Gemeinwesens sicherstellen.⁷⁹ Bedingt durch diese fehlende Autorität entstand eine große Freiheit, die zu einem ausufernden Lebensstil führte, der nicht nur auf die Reichen beschränkt war, sondern in der gesamten Gesellschaft Nachahmung fand. Diese Kultur der Kurtisanen und des Glücksspiels wurde später polemisch als *navābī*-Kultur bezeichnet.⁸⁰

Der Machtverlust der Muslime in Südasien, aber auch der ausufernde Lebensstil brachten

76 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 109.

77 Ebd., S. 98f.

78 Ebd., S. 154f., 205.

79 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 93; Mahmood Ahmad Ghazi, *Islamic Renaissance in South Asia 1707-1867, The Role of Shāh Walī Allāh and His Successors*, Islamabad: Islamic Research Institute, 2002 [im Folgenden: Mahmood Ahmad Ghazi, *Islamic Renaissance in South Asia*]; hier S. 51ff.

80 Mahmood Ahmad Ghazi, *Islamic Renaissance in South Asia*, S. 66f.

Reformbestrebungen im Islam hervor, die dem Individuum eine größere Verantwortung zumaßen, um den Verlust einer islamischen Autorität zu kompensieren. Eine zentrale Figur dieser Bewegung im Südasien des 18. Jahrhunderts war Šāh Valīallāh.⁸¹

i. Šāh Valīallāh

Šāh Valīallāh (1702-63) war der Sohn eines bekannten Gelehrten und Leiter der *Madrasah Raḥīmīyah* in Delhi, welche zunächst vorrangig die rationalen Wissenschaften (*ma'qūlāt*) pflegte. Nachdem Šāh Valīallāh 1732 von einem Studienaufenthalt aus Medina zurückkehrte, während dessen er stark von wahhabitischen Reformansätzen geprägt wurde, spiegelte sich dies infolgedessen auch in Veränderungen der Lehrinhalte der *Madrasah Raḥīmīyah* wider. Nun wurde intensiv die Rückkehr zu den kanonischen Texten, dem Koran und den *aḥādīṭ* (Pl. von *ḥadīṭ*) betont. Bald gewann die Schule Ruhm für diese Ausrichtung und zog zahlreiche Schüler an. Die hier von Šāh Valīallāh gelehrt Reformgedanken sollten bis ins 19. Jahrhundert hineinwirken und in verschiedenartiger Auslegung Bezugspunkt aller späteren Reformbewegungen sein.⁸² So entstanden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mehrere organisierte Reformbewegungen, die sich vor allem in der angestrebten Zielgruppe und dadurch in der Setzung der jeweiligen Schwerpunkte unterschieden. Allerdings sollen diese hier nicht im Einzelnen dargestellt werden, da sie sich in den grundlegenden sozio-religiösen Bestrebungen – von der Positionierung zum Sufismus abgesehen – stark ähneln.⁸³

Šāh Valīallāh betrachtete die Geschichte des Islam als eine Verfallsgeschichte. Die Muslime hätten sich im Laufe der Zeit immer weiter von der als ideal konzipierten frühislamischen Zeit zu Lebzeiten Muhammads entfernt. Eine Rückkehr zum Vorbild des Propheten war daher eine zentrale Aufgabe der Reformbestrebungen Šāh Valīallāhs. Die frühislamische Zeit wurde in Form der *ḥadīṭ*-Literatur zur wichtigsten Bezugsquelle in sämtlichen Angelegenheiten des täglichen Lebens. Der Prophet erhielt eine herausragende Stellung als bestes Vorbild. Infolgedessen entstanden zahlreiche Prophetenbiographien, die Muhammad als eine perfekte Person darstellten. Damit wurde die Gestalt des Propheten vermenschlicht und hinsichtlich der Bezugnahme zum alltäglichen Leben der Gläubigen entmystifiziert.⁸⁴

81 Francis Robinson, „Religious Change and the Self in Muslim South Asia since 1800“, David Taylor (Hrsg.), *Islam in South Asia. Reform and Resistance During the Colonial Period*, Bd. 2, London: Routledge, 2011, S. 1-14 [im Folgenden: Francis Robinson, „Religious Change and the Self“]; hier S. 6.

82 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 64.

83 Barbara D. Metcalf, *Islamic Revival in British India: Deoband, 1860-1900*, Princeton: Princeton University Press, 1982 [im Folgenden: Barbara D. Metcalf, *Islamic Revival*]; hier S. 3-6.

84 Francis Robinson, „Religious Change and the Self“, S. 8f.; Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 143f.

Die Betonung auf der Verantwortung des Einzelnen für die Wahrung einer muslimischen Identität verankerte die Religion stärker im Alltag der Muslime. Die Rolle des Islam war damit nicht mehr nur auf den reinen Gottesdienst beschränkt, sondern griff in alle Bereiche des Lebens ein. Das Diesseits gewann damit eine größere Bedeutung für die Religion.⁸⁵

Die skeptische Haltung der Sufis gegenüber Besitz, die eine Trennung zwischen Welt und Religion betonten, wurde zwar aufgegriffen, aber erhielt eine Umdeutung. Die Sufis gingen davon aus, dass Besitz den Menschen in weltliche Angelegenheiten verstricke und die Trennung zwischen Welt und Religion verwische. Daher sei Besitz als dem Weltlichen zugehörig für Sufis, die der Religion angehörten, zu meiden. Der Reformislam brachte eine Auflösung dieser strengen Dichotomie zwischen Welt und Religion mit sich, was eine Neuinterpretation dieser sufischen Haltung zur Folge hatte, die nun vorrangig auf exzessive Ausgaben und Verschwendung sowie nutzlosen Zeitvertreib bezogen wurde. Dies ließ den Lebensstil der sog. *navābī*-Kultur stark unter Kritik geraten. Stattdessen war nun ein sparsamer Lebensstil ein Zeichen von Frömmigkeit.⁸⁶

Auf der anderen Seite wurde eine Entfernung aller unislamischen Bräuche propagiert. Dies war entscheidend für die Wahrung einer islamischen Identität, die nun nicht mehr durch den Staat gegeben war, sondern nur noch durch das Handeln des Einzelnen. Daher war das Verhältnis zum Sufismus ein ambivalentes. Einerseits war Šāh Valīallāh in mehreren Sufiorden initiiert und verstand sich durchaus als Sufi. Andererseits lehnte er aber Ausuferungen des Sufismus ab. Heiligenkult, Amulette und ähnliches verurteilte er als unislamisch.⁸⁷

Mit dieser Kritik am Sufismus wandte sich Šāh Valīallāh gegen die integrative, teils gar synkretistische Haltung, wie sie während der Mogulherrschaft praktiziert wurde. Stattdessen versuchte er eine islamische Identität durch Abgrenzung zu anderen Religionen und Bindung nach innen zu erzielen.⁸⁸ Die Grenzen zwischen den Diskursen der verschiedenen Religionen begriff Šāh Valīallāh als relativ offen, sodass es zu Überschneidungen sowie gegenseitiger Beeinflussung und Entlehnungen gekommen sei. Während allerdings zuvor die Herrschaft der Moguln durch eine dem Islam gemäße Gesetzgebung die muslimische Identität wahrte, konnte dies nach der Schwächung der Moguln nicht mehr gewährleistet werden. Die Distinktion der muslimischen Identität war nun durch eine solche synkretistische Haltung gefährdet. Stattdessen musste der Diskurs des Islam zu anderen Diskursen abgegrenzt werden und nach innen eine homogene Bindung sicherstellen, um als

85 Barbara D. Metcalf, *Islamic Revival*, S. 5f.; Francis Robinson, „Religious Change and the Self“, S. 7.

86 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 67f.

87 Ebd., S. 67.

88 Ebd., S. 60.

eindeutiger Marker einer muslimischen Identität zu fungieren.⁸⁹

ii. *Ašrāf*-Kultur

Neben dem Aufkommen von Reformbestrebungen hatte der Machtverlust des Mogulreiches aber auch große Folgen für die Gesellschaftsstruktur. Bis ins 18. Jahrhundert herrschte eine Zweiteilung der Gesellschaft, die sich in *ašrāf* und *ajlāf* aufteilte. In die Kategorie *ašrāf* fiel, wer der Abstammung nach Araber, Perser, Paschtune oder Türke war, während als *ajlāf* vormalige Hindus bezeichnet wurden, die den Islam angenommen hatten. Eine Zugehörigkeit zur *ašrāf*-Klasse war zwar auch durch Besitz und Ländereien definiert, noch entscheidender aber war die Herkunft.⁹⁰

Im 18. Jahrhundert erlebt diese Gesellschaft von zwei Schichten einen Wandel hin zu drei Schichten. Die Schichten der *ašrāf* – Pernau nennt diese im Kontext des 18. und 19. Jahrhunderts *navāb* – und der *ajlāf* werden ergänzt durch eine Mittelschicht wirtschaftlicher Aufsteiger, die jedoch aufgrund ihrer indischen Abstammung keine Zugehörigkeit zur Schicht der *navāb* beanspruchen konnten. Diese Aufsteiger bezeichneten sich selbst als *ašrāf*. Sie machten sich die Prämisse des Reformislams zunutze, die dem Einzelnen eine große Eigenverantwortung beimaß. Darin lag die Voraussetzung für eine neue Form sozialer Ehre, die nicht mehr durch Abstammung, sondern durch frommes Handeln konform mit der Auslegung des Reformislams definiert war. Dies ermöglichte den *ašrāf*, auch ohne hohe Abstammung soziale Ehre zu erlangen. Der Begriff *ašrāf* – abgeleitet vom arabischen *šarīf* (ehrenhaft) – erfuhr damit einen Bedeutungswandel, der eine hohe Abstammung irrelevant werden ließ und stattdessen auf einen frommen Lebensstil hindeutete.⁹¹

„A sharif gentleman was pious without being wasteful, educated without being pedantic, and restrained in his expression of emotion. This ideal was very different from the late Mughal nawab, or wealthy landed aristocrat, who might have been sharif in the sense of birth, but was often wasteful of his wealth, forgetful of the tenets of his religion, and otherwise immoderate in his behaviour.“⁹²

Doch beschränkten sich die *ašrāf* nicht alleine auf ein frommes Leben im Privaten, sondern unterstützen darüber hinaus sehr intensiv reformislamische Bestrebungen. Vor allem nach dem Aufstand von 1857, als die Schicht der *navāb* finanziell nicht mehr in der Lage war, eine führende Rolle zu übernehmen, fiel diese Verantwortung zunehmend auf die *ašrāf* ab. Ihre Aufgabe war es, anstelle des geschwächten muslimischen Staates einen islamischen Charakter des Gemeinwesens zu wahren. Diese Aufgabe erfüllten sie auf drei Arten: Zum einen kümmerten sie sich um den Erhalt

89 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 60.

90 Ebd., S. 93.

91 Ebd., S. 195, 202.

92 Gail Minault, *Secluded Scholars, Women's Education and Muslim Social Reform in Colonial India*, Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1998 [im Folgenden: Gail Minault, *Secluded Scholars*]; hier S. 5.

und Bau von Moscheen. Zum anderen unterhielten und gründeten sie Schulen, die eine wichtige Rolle im Reformislam innehatten. Schließlich setzte die Betonung auf der Verantwortung des Einzelnen eine entsprechende Bildung voraus, die dazu befähigte, dieser Pflicht auch nachkommen zu können. Damit lässt sich ebenfalls erklären, dass viele *ašrāf* auch als Autoren von religiösen Büchern auftraten, die ebenfalls den Einzelnen zur Erfüllung seiner religiösen Verantwortung befähigen sollten.⁹³ In dieser Kategorie lassen sich die bereits erwähnten Prophetenbiographien verorten. Diese betonten vor allem die Qualitäten des Propheten, die einen Mann der Mittelschicht auszeichneten.⁹⁴ Eine besondere Stellung nahm die Ratgeberliteratur ein, die sich speziell an Frauen wandte. Den Frauen wurde in den reformislamischen Bewegungen eine wichtige Rolle zugewiesen. Sie seien die ersten, die die Erziehung der Kinder übernähmen. Seien sie ungebildet und pflegten unislamische Bräuche, so bestehe die Gefahr, dass auch die Kinder diese übernähmen. Daher galt es, die Frauen zu bilden, um unislamische Elemente zuallererst aus dem eigenen Haus zu vertreiben. Eine weitere wichtige Rolle im Reformislam nahm daher der Buchdruck als Medium, die Gedanken der Reformer zu verbreiten, ein. Der Buchdruck setzte jedoch erst ab den 1820er und 1830ern ein.⁹⁵

iii. Auswirkungen des Buchdrucks

Die Verbreitung des Drucks brachte in der islamischen Welt eine Revolution in der Verbreitung von Wissen mit sich. Obwohl Muslime bereits seit dem späten 15. Jahrhundert mit dem Buchdruck in Kontakt gekommen waren und im 16. Jahrhundert sogar eine arabische Koran-Ausgabe in Syrien gedruckt wurde, erlangte der Druck erst ca. 400 Jahre später als in Europa weiträumige Verbreitung in der islamischen Welt. Zugleich hatte er aber eine deutlich schnellere und größere Wirkung auf die Gesellschaft, als dies während der Anfangszeit in Europa der Fall gewesen war.⁹⁶ Ein Grund für die bisherige Ablehnung des Buchdrucks seitens der Muslime sei die skeptische Haltung gegenüber dem geschriebenen Wort gewesen:

„'Language', declares Ibn Khaldun, 'is merely the interpretation of ideas that are in the mind. ... [sic!] Words and expressions are media and veils between the ideas. ... [sic!] The student of ideas must extract them from the words that express them.' [...] 'But', Ibn Khaldun goes on, 'when a student has to rely on the study of books and written material and must understand scientific problems from the forms of written letters in books, he is confronted with another veil ... [sic!] that separates

93 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 206.

94 Francis Robinson, „Religious Change and the Self“, S. 8f.

95 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 142; Barbara D. Metcalf, *Islamic Revival*, S. 67.

96 Francis Robinson, „Islam and the Impact of Print in South Asia“, Nigel Crook (Hrsg.), *The Transmission of Knowledge in South Asia. Essays on Education, Religion, History, and Politics*, Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1996, S. 62-97 [im Folgenden: Francis Robinson, „Islam and the Impact of Print in South Asia“]; S. 62ff.

handwriting and the form of letters found in writing from the spoken words found in the imagination.⁹⁷

Diese Skepsis dem geschriebenen Wort gegenüber herrschte lange Zeit vor. Daher wurde der Buchdruck, als eine unislamische Neuerung (*bid'ah*) verstanden, abgelehnt. Die Kolonialisierung allerdings brachte viele Veränderungen mit sich, die zu einer Verschiebung der Machtverhältnisse zuungunsten der Muslime Südasiens führte. Mit der Schwächung des Mogulreiches im 18. Jahrhundert entfiel eine Instanz, die ein muslimisches Gemeinwesen gewährleistete. Die damit einhergehende stärkere Verantwortung des Individuums, eine muslimische Identität zu wahren, ließ die *'ulamā'* um ihre Machtposition fürchten. Wer dieser Verantwortung nicht nachkommen konnte, drohte vom Glauben abzufallen und damit aus dem Einfluss der Gelehrten zu geraten. Daher betrieben die *'ulamā'* eine Verbreitung religiösen Wissens in der Gesellschaft, die ihren Einfluss sichern sollte. Sie griffen dazu ab den 1820er und 1830ern auf den Buchdruck zurück und machten wichtige theologische Werke durch Übersetzung einer breiten Masse zugänglich oder verfassten neue Bücher. So konnten sie einerseits zwar als Autoren den Einfluss auf ihre Leser wahren, zerstörten damit aber langfristig die Grundlage ihres Monopols an religiösem Wissen, das nun nicht mehr alleine in ihrer Hand lag, sondern allgemein zugänglich war.⁹⁸

Eine vergleichbare Entwicklung, die ebenfalls bedingt durch das Druckwesen zum Verlust des medizinischen Monopols führte, erlebte auch das *yūnānī* im 19. Jahrhundert.

II. Das „neue *yūnānī*“⁹⁹

Im Kontext der pluralen medizinischen Kultur des späten 19. Jahrhundert entwickelte sich eine neue Strömung des *yūnānī*, die einerseits auf die Vorstellungen der persischen *ḥukamā'* und andererseits auf die Briten, die für die Ausbildung der *native doctors* auf Urdu und den Buchdruck zurückgriffen. Das „neue *yūnānī*“ verband diese beiden Aspekte miteinander. Die *ḥukamā'* dieser Strömung stammten nicht aus den traditionellen *ḥakīm*-Familien, sondern kamen aus der Schicht der sozialen Aufsteiger der *ašrāf*. Indem sie den Buchdruck und Urdu als Sprache ihrer Werke verwendeten, konnten sie ein weites Publikum erreichen. Zudem zweifelten sie das Wissen und die Fähigkeiten der *ḥakīm*-Familien an und kritisierten deren Geheimhaltung medizinischen Wissens. Stattdessen argumentierten sie, dass Medizin ein Geschenk Gottes sei, das jeder erlernen könne.

97 Francis Robinson, „Islam and the Impact of Print in South Asia“, S. 67.

98 Ebd., S. 69-76.

99 Die Bezeichnung „neues *yūnānī*“ bzw. *new Unani*, wie Alavi im Original schreibt, soll später noch genauer diskutiert werden; vorerst muss jedoch auf diesen Begriff zurückgegriffen werden. Bei der Darstellung dieser Strömung wird vorrangig auf Alavi als nahezu einzige Quelle Bezug genommen, eine kritische Analyse soll anhand der Untersuchung der Originaltexte im Anschluss stattfinden.

Damit griffen sie das Monopol der *ḥakīm*-Familien massiv an und gerieten daher auch bald in starke Kritik von deren Seite.¹⁰⁰

Zwar wurden weiterhin die Klassiker der *yūnānī*-Literatur wie Hippokrates, Galen, Ibn Sīnā etc. als Quellen anerkannt, doch wurden diese nicht als einziger Weg zu medizinischem Wissen begriffen. Das „neue *yūnānī*“ legte weniger Wert auf theoretisches Wissen, sondern vielmehr auf die Praxis der Medizin. Damit wurden vor allem Laien, die diese Medizin für den Hausgebrauch anwendeten, bzw. Autodidakten als Publikum angesprochen.¹⁰¹

Doch die steigende Verbreitung des Buchdrucks hatte noch eine andere Folge: Mit der Zielsetzung, *yūnānī* auch außerhalb der *ḥakīm*-Familien zugänglich zu machen, ließ der Verleger Naval Kišor 1878 eine Übersetzung des persischen Werkes *Zahīra-i Ḥwārizmšāhī* anfertigen.¹⁰² Das *Zahīra* war ein typisches Werk der persischen Tradition Südasiens, in der Gesundheit sowohl physisch als auch sozial konzeptioniert war. Daneben wurden zahlreiche weitere Werke aus der Übergangszeit vom Persischen zum Arabischen ins Urdu übersetzt, die mit ihrer Konzeption von Gesundheit eingebettet in gesellschaftliche Aspekte, ihrem einfachen Stil und ihrer Betonung der Praxis dem „neuen *yūnānī*“ als Inspirationsquelle dienten.¹⁰³ Alavi sieht das Verständnis von Gesundheit im „neuen *yūnānī*“ jedoch nicht nur auf den persischen Einfluss beschränkt. Da sich die *ḥukamā* dieser Strömung aus den Reihen der *ašrāf* rekrutierten und diese sehr aktiv für reformislamische Bestrebungen tätig waren, habe sich auch dies in der Medizin niedergeschlagen. Zwar enthielten Werke wie das *Zahīra* ohnehin einige Gebete, doch seien die Übersetzer noch einen Schritt weiter gegangen und teils vom Original abgewichen. In diesen Abweichungen sei Gott und insbesondere dem Propheten Muhammad eine deutlich höhere Stellung als im Original zuteil geworden. Durch den Anspruch des Reformislams, das gesamte Leben zu umfassen, sei die Rolle der Religion und des Propheten als bestes Vorbild auch in der Medizin deutlich gestiegen. Damit habe eine Verbindung zwischen humoralem *yūnānī* und Religion stattgefunden. Dies habe zu einer Konzeption von Gesundheit geführt, die nicht nur physisch und mit den *aḥlāq* sozial und kulturell eingebettet war, sondern darüber hinaus auch die Religion als Teil des Heilens begriff.¹⁰⁴

Der Einfluss der persischen Tradition führte auch zu einem Wiederaufleben der *aḥlāq*-Literatur.

100 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 205f.

101 Ebd., S. 206, 236.

102 Während die *‘ulamā* selbst vom Buchdruck Gebrauch machten, um ihren Einfluss zu wahren, sei dies in der Medizin zunächst von außen durch Verleger und Ärzte außerhalb der Traditionsfamilien geschehen, was einen Konkurrenzkampf und einen Verlust des Monopols zur Folge gehabt habe; vgl. Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 207ff.

103 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 207.

104 Ebd., S. 210, 236.

Allerdings war die Zielsetzung anders als in der persischen Tradition nicht die Bildung und Erziehung einer Eliteschicht, sondern sollte allgemein zugänglich sein und wurde daher auch auf Urdu verfasst. Auch hierin wurde Gesundheit in Verbindung mit *ahlāq* konzeptioniert. Die Medizin sei für das körperliche und *ahlāq* für das seelische Wohlbefinden verantwortlich. Beide komplementierten einander und seien voneinander getrennt nicht möglich.¹⁰⁵

War das „neue *yūnānī*“ zunächst vorrangig auf die Übersetzung persischer Klassiker beschränkt gewesen, begann sich zunehmend auch ein eigenständiges Schaffen zu entwickeln. Dabei habe sich neben dem Einfluss des Buchdrucks und der persischen Tradition über die arabische Tradition auch das *ṭibb an-nabawī* – im Urdu *ṭibb-i nabavī* genannt – niedergeschlagen. Ganz in der Tradition des *ṭibb an-nabawī* der Abbasiden-Zeit griffen Autoren auf Überlieferungen des Propheten zu medizinischen Themen zurück und sahen diesen als bestes Vorbild auch in medizinischen Belangen. Schon bald seien in Anlehnung hieran auch humoral basierte Werke verfasst worden, welche *yūnānī* mit dem *ṭibb-i nabavī* vereinten. Darüber hinaus sei hier auch ein Einfluss der Heilmethoden der Sufis und Fakire erkennbar. Alavi sieht den Bezug zu religiösen Persönlichkeiten, insbesondere zum Propheten darin begründet, dass den *ḥukamā'* des „neuen *yūnānī*“, da sie nicht den traditionellen *ḥakīm*-Familien entstammten, eine legitimierende Autorität fehlte. Diese Lücke hätten sie mit der umfassenden Vorbildfigur des Propheten schließen können.¹⁰⁶

Alavi löst hiermit die Trennung zwischen *ṭibb-i nabavī* und humoral basiertem *yūnānī* auf. Stattdessen seien zahlreiche verschiedene Einflüsse im „neuen *yūnānī*“ verbunden und eins geworden. Alavi sieht darin eine starke Tendenz hin zur Islamisierung des *yūnānī*, die bereits mit der arabischen Tradition im 18. Jahrhundert einzusetzen begonnen habe und nun mit dem „neuen *yūnānī*“ deutlich ausgeprägt gewesen sei.¹⁰⁷

Anhand von Alavis Darstellung lässt sich infolge des Rückgriffs auf die persische *ahlāq*-Literatur eine erneute Öffnung des Körpers für den Makrokosmos, der mit der arabischen Tradition und der Kritik an der *ahlāq*-Literatur unterbrochen war, feststellen. Im „neuen *yūnānī*“ allerdings habe wieder das Handeln Einfluss auf die Gesundheit bekommen, sodass die Körperkonzeption nicht mehr strikt auf physische Einflüsse begrenzt bleibe. Pernau sieht hingegen eine Fortsetzung der Tendenz der arabischen Tradition und eine weitere Schließung des Körpers. Die

105 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 230, 232.

106 Ebd., S. 216f., 236.

107 Ebd., S. 217.

Kommerzialisierung des *yūnānī* in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts habe zum Druck von medizinischen Handbüchern zur Selbst-Hilfe mit einer Sammlung verschiedener Rezepte sowie zum Aufkommen von *yūnānī*-Zeitschriften geführt. Medizinischer Rat und Heilmittel seien damit für breite Massen leicht zugänglich gewesen. Doch unpersönliche Diagnosen und Behandlungen mithilfe von Zeitschriften oder durch Selbstbehandlung mithilfe von Handbüchern hätten eine Standardisierung zur Folge gehabt, bei der die Individualität der Behandlung zwangsläufig verloren gegangen sei. Individualität sei für allgemeingültige Symptome von Krankheiten aufgegeben worden, die mit standardisierten Medikamenten behandelt wurden: Jeder Körper reagiere demnach uniform auf Medizin und wurde als geschlossen konzeptioniert.¹⁰⁸

„A body, in turn, which was held to react in uniform way to medicine, which was reproducible on a mass scale, could no longer be seen as open even to his physical environment: the standardized body had to be a closed body.“¹⁰⁹

III. Reaktion der Traditionsfamilien

Der Angriff auf das Monopol der Traditionsfamilien seitens des „neuen *yūnānīs*“ blieb nicht ohne Kritik. Die Traditionsfamilien reagierten missbilligend und bestritten die Fähigkeiten dieser in ihren Augen mangelhaft ausgebildeten *ḥukamā*. Einerseits sahen die Traditionsfamilien ihr Monopol gefährdet, fürchteten andererseits aber auch, dass die schlechte Ausbildung und dadurch fehlerhafte Behandlung dieser neuen *ḥukamā* bei den Patienten *yūnānī* insgesamt in Verruf bringen könnte. Daher strebten sie zur Wahrung ihres Einflusses und zur Schaffung einer einheitlichen Ausbildung, die *ḥukamā* von „Scharlatanen“ abgrenzte, eine Institutionalisierung des *yūnānī* an. Die Entstehung solcher Institute begann ca. in den 1880er Jahren und öffnete nun auch Außenstehenden das Tor zu einer Ausbildung, wie sie zuvor nur Familienmitgliedern der Traditionsfamilien vorbehalten war.¹¹⁰

Darüber hinaus klagten die *ḥukamā* der Traditionsfamilien aber zugleich über ungebildete Apotheker. Denn war es zuvor üblich, dass der *ḥakīm* die Medikamente für seine Patienten selbst zubereitete, so wurden diese Aufgaben während der Mogul-Zeit allmählich an Apotheker abgegeben, welche die Medizin im Auftrag des *ḥakīm* herstellten. Da jedoch diese aus Unkenntnis oder temporärem Mangel an Heilpflanzen oftmals Medikamente nicht gemäß der Rezeptur des *ḥakīm* zubereiteten, litt auch hierunter der Ruf des *yūnānī*. Daher nahm Ḥakīm Ajmal Ḥān als einer der ersten die Produktion von Medikamenten wieder selbst in die Hand und eröffnete eine

108 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 115; Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 233.

109 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 115.

110 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 74ff.; David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 180.

Apotheke, das *Hindūstānī Davā-Hānah*. Doch wurden hier nicht mehr individuell Medikamente für die Patienten hergestellt, sondern in größeren Mengen und nach einer universellen Rezeptur produziert. Dies bedeutete eine Standardisierung von Medikamenten, führte aber zugleich zum Verlust individueller Medikation. Das *Hindūstānī Davā-Hānah* bewahrte die Rezepturen der Medikamente zwar noch im Geheimen, aber ermöglichte nun auch Außenstehenden – auch *ḥukamā*’ anderen Hintergrundes – die Verwendung und Verschreibung der zuvor öffentlich nicht zugänglichen Rezepte.¹¹¹

Damit zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den *‘ulamā*’. Auch die traditionellen *ḥakīm*-Familien müssen mit der Eröffnung von frei zugänglichen Ausbildungsstätten und der öffentlichen Bereitstellung ihrer geheimen Medikamente ihr Monopol aufgeben, um ihren Einfluss weiterhin gegen das „neue *yūnānī*“, aber auch die Briten wahren zu können.

111 Barbara D. Metcalf, „Hakim Ajmal Khan: *Rais* of Delhi and Muslim Leader“, R.E. Frykenberg (Hrsg.), *Delhi Through the Ages, Essays in Urban History, Culture and Society*, Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1986, S. 299-315 [im Folgenden: Barbara D. Metcalf, „Hakim Ajmal Khan“]; hier S. 302f.; Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 276.

Grundlagen der *yūnānī*-Heilpraxis

Wenngleich das *yūnānī* niemals ein fixiertes System war, soll im Folgenden dennoch der Versuch unternommen werden, knapp dessen Grundlagen zusammenzufassen. Die Darstellung soll sich an Ibn Sīnās Werk *al-Qānūn fī aṭ-ṭibb* orientieren, das mehrere Jahrhunderte mehr oder weniger als Standardwerk des *yūnānī* betrachtet wurde und teils gar bis heute Anwendung findet.¹¹²

1. Theorie

Elemente (*rukṅ*, Pl.: *arkān*)

Yūnānī basiert auf der Annahme von vier Elementen – Feuer (*ātiš*), Erde (*ḥāk*), Wasser (*āb*), Luft (*havā* oder *bād*) –, aus denen sämtliche Dinge bestehen. Die Bezeichnungen für Element gehen teilweise auseinander. Während ar-Rāzī von *aṣṭaqissāt* spricht, bezeichnet Ibn Sīnā sie als *arkān* (wörtl.: Säulen). Später wurde auch der Begriff *‘anāšir* gebräuchlich. Als Element wird der kleinste Teil einer Verbindung definiert, der nicht weiter aufspaltbar ist.¹¹³

Temperament (*mizāj*)

Das Temperament bezeichnet eine Mischung der Qualitäten warm (*garam*), kalt (*sard*), feucht (*tar*) und trocken (*ḥušk*). Jedem Element ist ein bestimmtes Temperament zugeordnet: So ist Feuer warm-trocken, Erde kalt-trocken, Wasser kalt-feucht und Luft warm-feucht.¹¹⁴

Körpersäfte (*ḥilt*, Pl.: *aḥlāt*)

Auf der Grundlage der aristotelischen Theorie, dass sich der Makrokosmos der Elemente im Mikrokosmos des menschlichen Körpers widerspiegeln, basiert die Annahme von vier Säften im menschlichen Körper, die mit den Elementen und ihren Temperamenten korrelieren. Demnach steht die Galle (*ṣafrā*) mit dem Feuer, die schwarze Galle (*saudā*) mit der Erde, der Schleim (*balgam*) mit dem Wasser und das Blut (*ḥūn* oder *dam*) mit der Luft in Verbindung.

Jeder Mensch besitzt ein individuelles Mischungsverhältnis dieser Körpersäfte, von denen einer oder mehrere überwiegen. Dieses Verhältnis bestimmt über das Temperament des Körpers und damit auch über das Temperament bzw. den Charakter der Person, weshalb auch diese Mischung als

112 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 3; Lawrence I. Conrad, „The Arab-Islamic medical Tradition“, S. 123.

113 Altaf Ahmad Azmi, *Basic Concepts of Unani Medicine, A Critical Study*, New Delhi: Jamia Hamdard, 1995 [im Folgenden: Altaf Ahmad Azmi, *Basic Concepts of Unani Medicine*]; hier S. 1f.; O.P. Jaggi, *Medicine in Medieval India*, S. 37.

114 Altaf Ahmad Azmi, *Basic Concepts of Unani Medicine*: S. 58ff.

mizāj bezeichnet wird. Das jeweils individuelle Verhältnis der Säfte wird als ausgeglichen (*muʿtadil*) bezeichnet und als Zustand der Gesundheit begriffen. Ein Ungleichgewicht (*ḡair-muʿtadil*) wird als Krankheitszustand beschrieben. Das individuelle Gleichgewicht kann durch verschiedene Einflüsse wie das Wetter oder die verzehrte Nahrung, die ebenfalls über eigene *mizāj* verfügen und somit auf den menschlichen Körper wirken, gestört werden.¹¹⁵

Die Säfte entstehen aus der im Magen zu einem Brei (gr.: *Chyle*, ar.: *kailūs*) verdauten Nahrung. Die verwertbaren Teile werden an die Leber weitergeleitet, der unverdauliche Rest über den Darm ausgeschieden. In der Leber findet ein weiterer Verdauungsprozess statt, während dessen sich die vier Körpersäfte bilden und vermischt im Blut durch den gesamten Körper fließt.¹¹⁶

rūḥ

Das Konzept des *rūḥ* (wörtl.: Seele) ist ein wenig irreführend, da dieser Begriff auch im religiösen und philosophischen Kontext in jedoch ganz anderer Weise Gebrauch findet. Es existieren nach Ibn Sīnā drei Arten von *rūḥ*: Zum einen gibt es das *rūḥ-i ḥaivānī*, das sich im Herzen bildet und durch die Arterien fließt. Es wird als eine Art Lebensenergie konzeptioniert. Die zweite Art ist das *rūḥ-i nafsānī*, das sich im Gehirn bildet, durch die Nerven fließt und für die Übermittlung von Sinneswahrnehmungen und Bewegung verantwortlich ist. Zuletzt existiert das *rūḥ-i ṭabaʿī*, das in der Leber gebildet wird, durch die Venen fließt und für die Blutbildung zuständig ist.¹¹⁷

Diese *arvāḥ* (Pl. von *rūḥ*) sind jeweils für die Entstehung der gleichnamigen *quvvah* verantwortlich, deren Aufgabe die Erhaltung des ausgeglichenen Mischungsverhältnisses der Körpersäfte im Körper ist.¹¹⁸

2. Diagnose

Zur Behandlung von Krankheiten spielen zwei Aspekte eine entscheidende Rolle: Zum einen ist es notwendig, die Konstitution, d.h. das individuelle Verhältnis der Körpersäfte des Patienten, und zum anderen den Grund für ein entstandenes Ungleichgewicht dieses Verhältnisses zu ermitteln. Die Behandlung muss zum einen der Ätiologie, aber auch der Konstitution des Patienten angepasst sein. Hierfür existieren drei zentrale Diagnosemethoden. Dabei nimmt der Puls eine wichtige Stellung ein. Da das Blut immer mit den drei übrigen *ahlāt* vermischt ist, gibt der Druck, die Geschwindigkeit, die Qualität etc. des Pulses Aufschluss über die allgemeine Konstitution sowie

115 Altaf Ahmad Azmi, *Basic Concepts of Unani Medicine*: S. 93f.; O.P. Jaggi, *Medicine in Medieval India*, S. 40.

116 O.P. Jaggi, *Medicine in Medieval India*, S. 42.

117 Altaf Ahmad Azmi, *Basic Concepts of Unani Medicine*: S. 119ff.

118 Ebd.: S. 131.

das momentane Mischungsverhältnis der Säfte. Damit wird dem Puls eine deutlich größere Bedeutung als nur als Abbild des Herzschlags zuteil.¹¹⁹

Als zweite Diagnosemethode wird der Urin untersucht, der Aufschluss über die Verdauung in der Leber gibt. Auch hier werden bestimmte Eigenschaften des Urin wie Farbe oder Geruch mit den Körpersäften assoziiert. Nach ähnlichen Kriterien wird auch der Stuhlgang als dritte Diagnosemethode untersucht. Dieser lässt Rückschlüsse auf die Verdauung im Magen zu.¹²⁰

3. Behandlung

Ibn Sīnā beschreibt mehrere Stufen der Behandlungsmethoden, die je nach Schwere der Krankheit eingesetzt werden sollen. Die erste Stufe ist eine diätetische Behandlung, bei der vorrangig solche Nahrung verzehrt werden soll, die der Ursache der Krankheit entgegenwirkt. Sollte diese Behandlung aufgrund der Schwere der Krankheit nicht ausreichen, so werden Medikamente eingesetzt. Diese besitzen einerseits bestimmte Eigenschaften, wie verdauungsfördernd oder abführend, und werden andererseits aber auch nach ihrer Wirkung auf das Verhältnis der Körpersäfte kategorisiert, sodass beispielsweise sowohl kühlend als auch erhitzend wirkende Verdauungsmittel existieren können. Dies muss je nach Ätiologie und Konstitution des Patienten angepasst werden. Um die Wirkung einzelner (*mufrad*) Heilmittel zu verstärken oder eine unerwünschte Eigenschaft eines Heilmittels zu schwächen, können Medikamente auch aus einer Verbindung mehrerer Heilpflanzen (*murakkab*) bestehen.¹²¹

Die intensivste Therapie ist die Ausleitung derjenigen Körpersäfte, die ein Ungleichgewicht verursachen. Dabei existieren verschiedene Formen, die je nach Art des Ungleichgewichts eingesetzt werden. Die gebräuchlichsten sind das induzierte Erbrechen, Purgieren, Darmeinlauf und Aderlass.¹²²

119 Avicenna, *The Canon of Medicine (al-Qānūn fi'l-tibb)*, O. Cameron Gruner, Mazhar H. Shah (Übers.), Chicago: Great Books of the Islamic World, 1999 [im Folgenden: Avicenna, *The Canon of Medicine*]; hier S. 287-297.

120 Ebd., S. 317-349.

121 Ebd., S. 459-467.

122 Ebd., S. 477-521.

Iḥsān ‘Alī

In den vorangehenden Kapiteln wurden die verschiedenen Strömungen des *yūnānī*, die im 19. Jahrhundert des kolonialzeitlichen Südasien präsent waren, sowie der historische und gesellschaftliche Hintergrund dargestellt. Das daraus gewonnene Bild eines pluralen medizinischen Kontextes soll nun anhand der Analyse von vier Werken Iḥsān ‘Alīs ergänzt und kritisch diskutiert werden. Einige der hier behandelten Werke finden bereits in der Sekundärliteratur Erwähnung. Insbesondere Alavis Werk „Islam and Healing“, auf das bereits in den vorangehenden Kapiteln Bezug genommen wurde, soll als Ausgangspunkt der Analyse herangezogen werden. Im Speziellen die Darstellung des „neuen *yūnānī*“, dem Alavi den hier behandelten Autor Iḥsān ‘Alī zuordnet, soll im Folgenden ausführlich diskutiert werden. Zunächst sollen die behandelten Werke kurz vorgestellt und der Versuch unternommen werden, anhand der in den Büchern enthaltenen Informationen eine grobe Biographie des Autors zu skizzieren. Im Anschluss sollen schließlich die Werke diskutiert werden.

1. Darstellung der behandelten Werke

Die vier behandelten Werke *Ṭibb-i Iḥsānī*, *Tahzīb-i Iḥsānī*, *Maqālāt-i Iḥsānī* sowie *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī* erschienen alle im Naval-Kiṣor-Verlag. Aus dem Kolophon des *Maqālāt-i Iḥsānī* wird jedoch ersichtlich, dass Iḥsān ‘Alī noch zahlreiche weitere Werke verfasst hatte:

„Unter den Werken des gelobten *ḥakīm* sind *Ṭibb-i Iḥsānī*, *Qarābādīn-i Iḥsānī*, *Aurad-i Iḥsānī* und *Tālīf-i Iḥsānī* im Nizāmī-Verlag in Kānpūr sowie *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī*, *Murakkabāt-i Iḥsānī* und *Nikāt-i Iḥsānī* in diesem Verlag [Naval-Kiṣor-Verlag] erschienen.“¹²³

Bis auf eines der hier behandelten Bücher liegt keines in Erstauflage vor. Die zahlreichen Neuauflagen über einen langen Zeitraum hinweg weisen auf eine große Popularität der Werke hin. Dennoch sollen die Werke im Kontext ihrer Erstveröffentlichung der 1860er und 1870er Jahre betrachtet werden. Dieser Zeitraum ist mithilfe der Sekundärliteratur bzw. Erwähnung der Erstauflage im Werk selbst eingrenzbar. Weiterhin existieren keine Hinweise auf Änderungen oder Erweiterungen in den Büchern. Auch der Vergleich des Umfangs mit in anderen Bibliotheken vorhandenen Erstauflagen der Werke bestätigt dies.

Einzig *Ṭibb-i Iḥsānī*, das in 6. Auflage von 1935 vorliegt, weist in einer frühen Auflage von 1911

123 Iḥsān ‘Alī, *Maqālāt-i Iḥsānī*, 6. Bār, Lakhna’ū: Naval Kiṣor, 1914 [im Folgenden: Iḥsān ‘Alī, *Maqālāt-i Iḥsānī*]; hier S. 191.

eine Abweichung von zehn Seiten auf.¹²⁴ Eine frühere Edition ist mithilfe von Online-Katalogen nicht ermittelbar. Die dritte Auflage ist gemäß Alavi 1864 erschienen.¹²⁵ In der vorliegenden Ausgabe umfasst das *Ṭibb-i Iḥsānī* 116 Seiten und enthält auf jeder Seite kommentierende Anmerkungen von Ḥvājah Muḥammad Ḥasan.¹²⁶ Das Werk ist in zwei Teile geteilt. Der erste behandelt die Theorie, Diagnose und Behandlung, während der zweite Teil aus Rezepturen für Krankheiten, geordnet nach den betroffenen Körperteilen bzw. Organen, besteht.

Das *Tahzīb-i Iḥsānī* liegt aus dem Jahr 1878 und wahrscheinlich in Erstauflage vor, da keine Spezifizierung der Auflage vorhanden ist. Hierin behandelt Iḥsān ‘Alī auf 63 Seiten rechtes Verhalten, das er in Bezug zur Medizin setzt. Diese beiden Werke bilden die Basis der Argumentation vorliegender Arbeit, während die anderen beiden Werke *Maqālāt-i Iḥsānī* und *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī* nur ergänzend zu einzelnen Aspekten herangezogen werden sollen.

Das *Maqālāt-i Iḥsānī* liegt in 6. Auflage von 1914 vor und ist erstmals 1878 erschienen.¹²⁷ Es umfasst 192 Seiten und ist ein alphabetisch geordnetes Kompendium zu einzelnen Heilmitteln. Das *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī* liegt in 7. Auflage aus dem Jahr 1926 vor. Die erstmalige Veröffentlichung wird im Buch selbst mit dem *hijrī*-Jahr 1282 (1865/66) genannt.¹²⁸ Auf 132 Seiten werden hierin Rezepturen für Krankheiten verschiedener Tiere wie Tauben, Papageien, aber auch Pferde, Kamele und Elefanten auf der Basis von *yūnānī* behandelt. Da die Behandlung von Tieren im *yūnānī* ein Thema darstellt, das einer eigenen Arbeit bedarf, kann dieses Werk nur am Rande behandelt werden. Allerdings enthält das *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī* interessante biographische Informationen, die im folgenden Kapitel zusammen mit den Informationen, die den übrigen Werken zu entnehmen sind, dargestellt werden sollen.

2. Biographie

Obwohl einige der Werke Iḥsān ‘Alīs in der Sekundärliteratur behandelt werden, lassen sich nur

124 Katalog der Wellcome Library London: http://search.wellcomelibrary.org/iii/encore/record/C__Rb1589058, zuletzt überprüft: 14.6.2014.

125 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 367.

126 Möglicherweise handelt es sich bei diesem Kommentar um eine spätere Ergänzung, die in der Erstauflage nicht vorhanden war, da der Autor des Kommentars auch in der Ausgabe von 1935 nicht als *marḥūm* angeführt wird und der große zeitliche Abstand zwischen ca. 1860 und 1935 für eine spätere Hinzufügung spricht; allerdings kann dies nicht die Ursache für die Abweichung in den Seitenzahlen zwischen der Ausgabe von 1935 und 1911 sein, die dem Katalog der Wellcome Library zufolge diesen Kommentar ebenfalls enthält: „Includes marginal notes by Ḥakīm Ḥvājah Muḥammad Ḥasan.“ (vgl.: http://search.wellcomelibrary.org/iii/encore/record/C__Rb1589058, zuletzt überprüft: 14.6.2014).

127 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 223.

128 Im Werk wird das *hijrī*-Jahr 1682 erwähnt, was jedoch ein Schreibfehler für 1282 sein muss; die arabisch-inidischen Ziffern für 2 (٢) und 6 (٦) sind nur spiegelverkehrt und somit leicht verwechselbar; vgl. Iḥsān ‘Alī, *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī*, 7. Bār, Lakhna’ū: Naval Kišor, 1926 [im Folgenden: Iḥsān ‘Alī, *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī*]; hier S. 132.

wenige Informationen zum Leben des Autors finden. Einzig Alavi gibt eine kurze biographische Anmerkung:

„[...] Ihsan Ali Khan, the hakim (*tabīb*) of Mouzah Naarah, Pargana Karra, Zilla Allahabad, [was a] former government pleader at Hamirpur and resident of Qasba Salon [...].“¹²⁹

Doch verstreut in seinen Werken lassen sich noch weitere Details ermitteln, die helfen, ein genaueres Bild seines Lebens zu zeichnen. Das älteste für diese Arbeit vorliegende Buch ist das *Tahzīb-i Ihsānī*, erschienen 1878 wahrscheinlich in erster Auflage. Im Kolophon findet sich folgender Vermerk:

„*Tahzīb-i Ihsānī*, Werk des Galen unserer Zeit [*Jālīnūs-i zamān*], des heutigen Luqmān [*Luqmān-i daurān*] Janāb Ḥakīm Ihsān ‘Alīḥān marḥūm.“¹³⁰

Interessant an dieser Bemerkung ist die Verwendung der Formel *marḥūm*, die wörtlich übersetzt etwa „derjenige, dem vergeben wurde“ bedeutet und für Verstorbene verwendet wird. John T. Platts schreibt hierzu in seinem *A Dictionary of Urdū and Classical Hindī and English*:

„On whom God has had mercy, or who has found mercy ; deceased ; [...].“¹³¹

Demnach muss Ihsān ‘Alī bis zum Jahr 1878 verstorben sein. Da es sich darüber hinaus bei diesem Werk mit großer Wahrscheinlichkeit um die Erstauflage handelt, kann weiterhin angenommen werden, dass sein Tod noch nicht weit zurückgelegen haben wird. Alavi nennt als Erscheinungsjahr des *Maqālāt-i Ihsānī* ebenfalls 1878, sodass Ihsān ‘Alī womöglich in ebendiesem Jahr verstorben sein könnte, sofern nicht auch das *Maqālāt-i Ihsānī* posthum erschienen ist.¹³² Dies konnte für vorliegende Arbeit nicht überprüft werden und bleibt nur Spekulation. Gesichert ist jedoch, dass Ihsān ‘Alīs Todesjahr nicht später als 1878 liegen kann.

Doch noch weitere biographische Daten lassen sich diesem Werk entnehmen. Auf den letzten Seiten sind zahlreiche Zertifikate für Ihsān ‘Alīs Tätigkeiten im britischen Staatsdienst sowohl im englischen Original als auch in Urdu-Übersetzung angefügt. Das erste Zertifikat stammt aus dem Jahr 1841 und vermerkt:

„Ḥakīm Ihsān ‘Alī Ḥān, Sohn des Ḥakīm Šer ‘Alī, ansässig in Tārah, der *parganaḥ* Kaṛā im Distrikt Ilāhābād, war 1827 im Finanzamt [Urdu: *mahkamah-i māl*; Englisch: Revenue Department] in Fatihpūr tätig, anschließend war er als *muḥtār*¹³³ tätig. Am 7. September 1829 wurde er von Mister A.

129 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 223.

130 Ihsān ‘Alī, *Tahzīb-i Ihsānī*, Lakhna’ū: Naval Kišor, 1878 [im Folgenden: Ihsān ‘Alī, *Tahzīb-i Ihsānī*]; hier S. 63.

131 John T. Platts, *A Dictionary of Urdū Classical Hindī and English*, New Delhi, Manohar, 2006 [im Folgenden: John T. Platts, *A Dictionary of Urdū Classical Hindī and English*]; hier S. 1021.

132 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 223.

133 Platts gibt hierfür folgende Bedeutungen an: „an agent, assignee; procurator, proctor; a delegate, representative; attorney (not generally authorized to plead), solicitor“, vgl.: John T. Platts, *A Dictionary of Urdū Classical Hindī and English*, S. 1011.

F. Lind als Anwalt des *first sudder ameen*-Gerichtes [*ṣadr-i amīn avval*] von Fatihpūr angestellt. Am 14. Dezember 1832 wurde er von G. T. Rivaz [Rivāz] als Anwalt des *principal sudder ameen*-Gerichtes [*ṣadr-i a'lā*] angestellt. Am 6. März 1836 wurde er als Anwalt des *judges court* [*'adālat-i jāī*] angestellt und wurde am 27. März 1860 *court pleader* der *civil and judges session* in Fatihpūr.¹³⁴

Weitere Zertifikate, die seine Tätigkeit als Anwalt und seine gute Arbeit bezeugen, finden sich bis zum Jahr 1871. Folglich arbeitete Iḥsān 'Alī den größten Teil seines Lebens als Anwalt. Die Hinwendung zur Medizin lässt sich erst während der letzten Jahre seiner Anwaltstätigkeit nachweisen, als er begann, sich dem Verfassen medizinischer Bücher zu widmen. Der älteste Nachweis hierfür ist sein *Tibb-i Iḥsānī*, in 3. Auflage von 1864.¹³⁵

Aus seinem *Mu'ālajāt-i Iḥsānī* lassen sich noch einige Informationen zu seinem familiären Hintergrund finden.

„Der Stern der medizinischen Künste der glanzvollen Vorfahren [Iḥsān 'Alī] strahlte hell in den medizinischen Künsten am Himmel des Hofes der Sultane von Delhi und am Hofe der Radschas von Baghīl Khand [...].“¹³⁶

Iḥsān 'Alī stammte also aus einer Familie von *ḥukamā*, die als Hofärzte in Delhi und Baghīl Khand gearbeitet hatten. Demnach weicht Iḥsān 'Alī's Beispiel deutlich vom typischen *ḥakīm* des „neuen *yūnānī*“, wie Alavi ihn beschreibt, ab. Sie stellt den *ḥakīm* des „neuen *yūnānī*“ als einen Neuling in der Medizin dar, der sich ohne Hintergrund einer traditionellen *ḥakīm*-Familie die Umbrüche der Zeit zunutze machte, um auf diesem Gebiet Fuß zu fassen:

„Unani healing underwent tremendous internal change in an age characterized both by 'modern' capitalist infrastructure and print culture, as well as the related disturbances of modernity: population explosions, famines, disease, epidemics and related death. This conjuncture was used by Muslims who did not come from traditional hakim families to fashion a new Unani.“¹³⁷

Dem entgegen war Iḥsān 'Alī durchaus im System der traditionellen *ḥakīm*-Familien integriert und hatte somit Zugang zum medizinischen Wissen seiner Familie. Allerdings scheint er sich erst gegen Ende seines Lebens diesem Wissen zugewandt zu haben, als er etwa ab den 1860ern begann, Werke zum *yūnānī* zu verfassen. Dennoch stellt sich die Frage, weshalb Iḥsān 'Alī diese Bücher verfasste. Damit machte er das Wissen seiner Familie öffentlich und gefährdete das Monopol der *ḥakīm*-Familien. Worin lag der Grund, das über Jahrhunderte nur im Familienkreis bewahrte medizinische Wissen nun auf Urdu allgemein zugänglich zu veröffentlichen?

134 Iḥsān 'Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 1.

135 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 367.

136 Iḥsān 'Alī, *Mu'ālajāt-i Iḥsānī*, S. 132.

137 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 205.

3. *Ṭibb-i Iḥsānī*

Dieses Kapitel soll vorrangig der Untersuchung von Iḥsān ‘Alī *Ṭibb-i Iḥsānī* gewidmet sein. Da sich das Werk in zwei Teile, einen theoretischen und einen praktischen, teilt, soll dieser Struktur auch bei der Analyse grob gefolgt werden. Im ersten Kapitel soll Alavis These einer Islamisierung des *yūnānī* am Beispiel Iḥsān ‘Alī hinterfragt werden, wozu vorrangig der theoretische Teil des *Ṭibb-i Iḥsānī* herangezogen werden soll. Im darauffolgenden Kapitel soll die Beziehung zwischen Theorie und Praxis untersucht werden. Hierfür wird vor allem der praktische Teil des Werkes betrachtet werden.

A. Islamisierung

I. Islamisierung in „Islam and Healing“

Alavi konstruiert in ihrem Buch „Islam and Healing“ eine stetige Islamisierung des *yūnānī*, die im „neuen *yūnānī*“ zwar noch nicht gipfeln, dennoch aber eine deutliche Entwicklung in dieser Hinsicht darstellt.¹³⁸ So betont sie die Bedeutung von Juden und Christen, die in Gondišāpūr die griechisch-römische Medizin praktizierten und lebendig erhielten. Auch infolge der Aufnahme dieser Tradition in den Kanon der arabischen Wissenschaften sei der Einfluss der Nicht-Muslime nicht geschwunden. Als Beispiel führt Alavi die herausragenden Leistungen auf dem Gebiet der Übersetzung medizinischer Texte durch ibn Iṣḥāq im 9. Jahrhundert an und unterstreicht seine Religionszugehörigkeit zum Christentum.¹³⁹ Doch sieht Alavi die verschiedenen Einflüsse, die auf das *yūnānī* gewirkt hätten, keineswegs nur auf arabische Juden und Christen begrenzt. Sie hebt zugleich die zahlreichen Übersetzungen von *āyurveda*-Werken aus dem Sanskrit hervor und schildert einen regen Austausch zwischen diesen beiden Traditionen während der Herrschaft der Abbasiden.¹⁴⁰ Auf dieser Grundlage beschreibt Alavi *yūnānī* als „trans-religious“ und folgert aus diesen verschiedenen Einflüssen, *yūnānī* „could never be imprinted only with the seal of Islam“.¹⁴¹ Wenngleich der Austausch mit dem *āyurveda* durchaus gegeben war, so unterschlägt Alavi jedoch hier die Tatsache, dass der Einfluss sich einzig auf Details und vor allem auf den Gebrauch bestimmter indischer Heilpflanzen beschränkte:

„Ihrem Umfang und ihrer Bedeutung nach können die arabischen Übersetzungen nicht mit denen der griechischen konkurrieren. Der indische Einfluss erstreckte sich nur auf Einzelheiten bei der Therapie

138 Den Höhepunkt sieht Alavi zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als das *yūnānī* zu einem *islāmī ṭibb* konstruiert und als identitätsstiftendes Merkmal der Muslime während der Unabhängigkeitsbewegung gegen die Briten instrumentalisiert worden sei, vgl. Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 321f.

139 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 18ff.

140 Ebd., S. 20f.

141 Ebd., S. 22.

und bei den Medikamenten.“¹⁴²

Doch als die traditionellen *ḥakīm*-Familien im 18. Jahrhundert anstelle des Persischen auf das Arabische zurückzugreifen begannen, um ihr Monopol zu bewahren, sei hiermit gemäß Alavi das Fundament für eine stete Islamisierung des *yūnānī* gelegt worden. Sie sieht mit diesem Sprachwechsel auch einen Ausschluss anderer Religionsgemeinschaften einhergehen. Während Persisch als Sprache der Literatur und Wissenschaft unabhängig von Religionszugehörigkeit gewesen sei, konnotiert sie Arabisch vorrangig als islamische Sprache, die andere Religionen ausschließe:

„But the Arabization came with a price. Persian had accommodated into itself the Hindu and Muslim scientific traditions, in keeping with an encompassing and inclusive Mughal political culture. The preservation of medical learning in Arabic now fractured this legacy along religious lines, for Arabic was widely perceived as the universal language of the medical science of *Muslims*.“¹⁴³

Zugleich habe dieser Wechsel zum „doktrinären“ Arabisch auch eine Aufnahme des Gedankenguts arabischer Reformer des 18. Jahrhunderts, insbesondere der Wahhabitens, begleitet. Als Beleg führt Alavi die Kritik an der vorangegangenen (persischen) Medizinpraxis und die Rückkehr zu den (arabischen) Quellen als Parallele zu den Prämissen der religiösen Reformer an. Allerdings bleiben Alavis Konnotationen, die sie den Sprachen Persisch und Arabisch zuordnet äußerst fraglich. Bereits die verschiedenen medizinischen Werke des 9. bis 11. Jahrhunderts in arabischer Sprache, die nicht den Islam, sondern die griechische Medizin als Grundlage nehmen, lassen die These eines grundsätzlich „doktrinären“ Arabisch zweifelhaft erscheinen. Darüber hinaus muss die Rückkehr zu den arabischen Quellen des *yūnānī* keineswegs zwangsläufig eine Parallele zum Wahhabismus sein. Diese Texte waren bereits vorhanden, sodass es nicht weiter verwundert, dass diese nach dem Sprachwechsel der *ḥukamāʾ* zum Arabischen auch wieder Verwendung fanden. Alavi vergleicht hiermit die Stellung der islamischen und medizinischen Quellen und impliziert damit eine Kanonisierung und Fixierung des *yūnānī* ähnlich wahhabitischer Prämissen gegenüber dem Koran und der *ḥadīth*-Literatur als zentrale islamische Quellen.¹⁴⁴ Allerdings argumentiert Attewell, dass die Annahme eines fixierten Systems des *yūnānī* erst ein Produkt der Kolonialzeit sei.¹⁴⁵ Angesichts dieser divergierenden Prämissen ist ein Vergleich des Wahhabismus mit dem Sprachwechsel der *ḥukamāʾ* äußerst zweifelhaft. Da Alavi abgesehen hiervon keinen weiteren religiösen Einfluss belegen kann, ist auch die These eines wahhabitischen Einflusses kritisch zu hinterfragen.¹⁴⁶

142 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, Med im Islam, S. 104.

143 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 46.

144 Ebd., S. 45.

145 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 3.

146 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 45.

Alavi führt nun weiter aus, dass sich diese Tendenz der Islamisierung in der Strömung des „neuen *yūnānī*“ fortgesetzt und sich gar noch verschärft habe. Die *ḥukamā*’ des „neuen *yūnānī*“ hätten sich aufgrund ihres fehlenden Hintergrunds der traditionellen *ḥakīm*-Familien die Autorität des Propheten zunutze gemacht, um ihre Werke zu legitimieren. Infolgedessen sei es zu einer Vermischung zwischen humoral basiertem *yūnānī* und *ṭibb-i nabavī* gekommen. Der steigende Einfluss des *ṭibb-i nabavī* habe sich auch auf die humoral basierte Tradition niedergeschlagen, sodass Alavi eine Differenzierung der beiden für das „neue *yūnānī*“ aufgibt. So behandelt sie die Werke Iḥsān ‘Alī im Kapitel „The Prophet and beyond“ und leitet dessen Werke folgendermaßen ein:

„*Ṭibb-i Nabawi* set the trend. Soon, many other hakims used the printing press to incorporate the authority of the Prophet to medical experience and medical knowledge. Such hakims emerged as the new authors of medical texts that relied on Prophetic learning. [...] Simultaneously, belief in the humoral theory that justified the critical role of a hakim as healer continued.“¹⁴⁷

Es habe also eine Verbindung zwischen humoral basiertem *yūnānī* und dem *ṭibb-i nabavī* stattgefunden. Der Prophet sei zur größten medizinischen Autorität geworden, was eine Vermischung von Religion und Medizin zur Folge gehabt habe. Darüber hinaus seien sogar die Lehren von Sufis und Fakiren einbezogen worden.¹⁴⁸

Einleitend zu Iḥsān ‘Alī *Ṭibb-i Iḥsānī* schreibt Alavi, dass *yūnānī* mit diesem noch weiter von seiner ursprünglich säkularen Einstellung abgekommen sei und gar das mittelalterliche Wissen der Sufis aufgenommen habe:

„In [...] *Ṭibb-i-Ihsani* [...] Unani steers even further away from its ‘secular’ mechanistic stance, as here he [Iḥsān ‘Alī] sees illness in terms of the relationship between the body and the soul. Very much like the Sufi healing practices of medieval Islam [...] he sees the body and the soul united in health with the soul controlling bodily functions.“¹⁴⁹

Weiterhin erwähnt Alavi verschiedene magische Heilmethoden:

„Thus, for instance, *mongaa* (a precious stone), when tied to the forehead (*pashaani*), helps in curing headaches; the wearing of the Christian cross around the neck is also recommended for its healing qualities.“¹⁵⁰

Alavi sieht somit in Iḥsān ‘Alī *Ṭibb-i Iḥsānī* ein Musterbeispiel für die Vermischung von Religion und Medizin, in dem die höchste Autorität der Prophet sei und magische Heilmethoden verwendet würden.¹⁵¹

147 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 222f.

148 Ebd., S. 224f.

149 Ebd., S. 224.

150 Ebd., S. 224.

151 Ebd., S. 222f.

II. Die Rolle des Islam im *Ṭibb-i-Ihsani*

An mehreren Stellen finden Gott und der Prophet Muhammad im *Ṭibb-i-Ihsani* Erwähnung. So ist auf der Titelseite ein kurzes Gedicht abgedruckt, das Gott als den Schöpfer der verschiedenen Heilpflanzen preist, durch welche keine Krankheit unheilbar bleibe:

„Es gibt keinen solchen Schmerz auf der Welt, für den Gott nicht eine Medizin erschaffen hat.“¹⁵²

Die Einleitung beginnt Iḥsān ‘Alī mit einem Lob Gottes, in welchem dieser als absoluter (*muṭlaq*) *ḥakīm* gepriesen wird. Durch seine Schöpfungskraft existierten all die verschiedenen Rezepte auf der Welt. Darauf folgt ein Lob des Propheten, der als Heiler sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinne gepriesen wird:

„Unendlich sei dieser Prophet gepriesen, durch dessen vollkommene Fürbitte [...] die Leiden der Körper und Nationen geheilt wurden.“¹⁵³

Muhammad wird hierin als ein Heiler beschrieben, der mithilfe von Bittgebeten heile. Diese Heilkraft wird sowohl medizinisch als die Heilung von Krankheit als auch metaphorisch als die Heilung von Nationen, die vom rechten Weg abgekommen seien, dargestellt.

Eine vergleichbare Preisung Gottes und des Propheten findet sich nochmals im Kolophon des Buches. Die Heilkräfte Gottes und Muhammads werden hier metaphorisch auf die Heilung von Sünde und unrechtem Handeln bezogen:

„Es ist eine grenzenlose Gnade dieses unvergleichlichen *ḥakīm* [gemeint ist Gott], welcher denjenigen, die von der Krankheit der Sünde ergriffen waren, durch seine Medizin der Rechtleitung Gesundheit geschenkt hat. Reichliches Lob sei diesem spirituellen Arzt [*ṭabīb-i rūḥānī*], der durch seinen Trank der Fürbitte [*šarbat-i šafā‘at*] die Schmerzen und Leiden der Sünde geheilt hat.“¹⁵⁴

Wie auch im Lob der Einleitung wird der Prophet für seine Heilkräfte mithilfe von Fürbitte gepriesen. Allerdings werden im Kolophon seine Heilkräfte nur dahingehend beschrieben, dass er die Menschen wieder auf den rechten Weg geleitet habe.

Die Lobpreisungen der Einleitung und des Kolophon sind im *Ṭibb-i Iḥsānī* deutlich vom Rest des Werkes abgegrenzt. So folgt der Einleitung, die an das Lob anschließend auch kurz den Inhalt des Werkes beschreibt, deutlich abgegrenzt das erste Kapitel des Buches – eine Einführung (*muqaddamah*), die den Nutzen der Medizin erläutert. Auch das Kolophon wird sichtlich vom Rest des Werkes abgegrenzt und mit einer separaten Überschrift – Ende des Drucks (*ḥātimah at-ṭab‘*) – eingeleitet. Einführung und Kolophon sind somit als Paratext und unabhängig vom inhaltlichen Teil

152 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, 6. Bār, Lakhna’ū: Naval Kišor, 1935 [im Folgenden: Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*]; hier Titelseite.

153 Ebd., S. 2; die Aussparung bleibt im Original unverständlich; womöglich wurde versehentlich ein Teil ausgelassen; der Text lautet im Original: „*šifā‘i ‘alal-i ajsām va milal kamtarīn nuktaḥ išārāt uskī šafā‘at-i kāmilah se hat*“.

154 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 116.

zu begreifen. Die religiösen Lobpreisungen sind als eine Konvention zu sehen, die in der Geschichte des Islams weit verbreitet war. Mit dem Aufkommen des Reformislams, in dem der Prophet in jeglicher Lebenslage als herausragendes Beispiel begriffen wurde, erlebt dies jedoch eine noch stärkere Ausprägung.¹⁵⁵ Da die *ḥukamā*’ des „neuen *yūnānī*“ die Medizin als einen Teil der Religion sahen und es als eine religiöse Pflicht verstanden, sich Grundkenntnisse der Medizin anzueignen, ist die Einhaltung der Konvention eines kurzen Lobes auf Gott und Muhammad nicht verwunderlich. Auch Iḥsān ‘Alī vertritt diese Ansicht und argumentiert dies in seinem *Maqālāt-i Iḥsānī* folgendermaßen:

„Er [Muhammad] hat das Wissen über die Medizin aus jenem Grund als übergeordnet bezeichnet, weil ohne körperliche Gesundheit die Erlangung des zweiten Wissens [gemeint ist in Bezugnahme auf eine vorangehend zitierte *ḥadīṣ*-Überlieferung das religiöse Wissen (*‘ilm al-adyān*)] unmöglich ist. Folglich ist die Aneignung dieses ehrenwerten Wissens Pflicht und gemäß dem Vorbild des Propheten [*mafrūz va masnūn*] und eine Bemühung auf diesem Gebiet erbringt religiösen Verdienst [*ṣavāb*].“¹⁵⁶

Die Medizin wird als ein Teil der Religion konzeptioniert. Das Versprechen, durch die Aneignung medizinischen Wissens religiösen Verdienst zu erlangen, hat eine Sakralisierung der Medizin zur Folge. Auch die Medizin fällt so in den Bereich des Reformislams, womit das Lob Gottes und des Propheten im *Tibb-i Iḥsānī* als konventionell zu verstehen ist. Wenngleich zwar das Lob auf die Thematik des Buches anspielt, kann dennoch nicht zwangsläufig von einem Bezug zwischen dem Inhalt des Werkes und dem konventionsgebundenen Paratext ausgegangen werden. So werden die Eigenschaften Gottes und Muhammads zwar in Hinblick auf die Medizin gepriesen, doch wird diese Bezugnahme zugleich – im Kolophon sogar nur – metaphorisch ausgelegt. Begriffe der Medizin werden für Wortspiele gebraucht, ohne dass jedoch hieraus ein religiöser Einfluss auf die medizinische Praxis ersichtlich ist: Es wird weniger eine Heilung von körperlichem Leiden durch Gott und Prophet gepriesen, sondern vor allem vom Leiden durch sündhafte Lebensführung. Ein durch Konventionen gebundenes Lob kann daher nicht Grundlage für Rückschlüsse auf den Inhalt des Werkes sein.

Dennoch ist die deutliche Bezugnahme zur Medizin im Lob des *Tibb-i Iḥsānī* im Vergleich zu den übrigen drei Werken augenfällig. In diesen Werken begrenzt sich die Bezugnahme höchstens darauf, Gott als den absoluten und erhabensten *ḥakīm* zu betiteln, während der Prophet durchweg ganz allgemein gelobt wird. Will man die Preisungen im *Tibb-i Iḥsānī* daher nicht vollständig als Konvention übergehen und die Bezugnahme zur Medizin berücksichtigen, so lässt sich hieraus eine Konzeption von Gesundheit lesen, welche Gesundheit nicht alleine auf physische Aspekte

155 Francis Robinson, „Religious Change and the Self“, S. 8f.; Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 143f.

156 Iḥsān ‘Alī, *Maqālāt-i Iḥsānī*, S. 2.

beschränkt sieht, sondern auch das Handeln des Einzelnen sowohl in Bezug auf Ethik als auch auf Religion miteinbezieht. Die Beschreibung der „Heilung“ von Sünden und falscher Lebensführung konzeptioniert eine Gesundheit in sozio-religiöser Hinsicht, die sich demnach auch auf die physische Gesundheit auswirke. Dennoch lässt dies keinen Umkehrschluss auf den Inhalt des Werkes zu, dem gemäß religiöse Heilmethoden angewandt würden.

Der Einleitung folgt der theoretische Teil des Buches. Zunächst führt Iḥsān ‘Alī dazu den Leser knapp in die Geschichte des *yūnānī* ein:

„Das Wissen über die Medizin war nicht vorhanden. Zuerst erhielt Ḥakīm Hippokrates [Buqrāṭ-i *yūnānī*] Wissen hierüber. Ḥakīm Galen [Jālīnūs] hielt dieses Wissen lebendig, ar-Rāzī [Zakarīyā-i Rāzī] sammelte und Ibn Sīnā [Bū ‘Alī Sīnā] komplettierte es.“¹⁵⁷

Damit liefert Iḥsān ‘Alī eine zwar äußerst komprimierte Geschichte des *yūnānī*, aus der aber dennoch ersichtlich wird, welche Personen er als Quellen für medizinisches Wissen betrachtet. Hierin tauchen die wichtigsten Figuren des humoral basierten *yūnānī* auf. Der Prophet Muhammad oder Autoren verschiedener Werke des *ṭibb-i nabavī* finden hingegen keinerlei Erwähnung.

Weiter widmet sich Iḥsān ‘Alī den Körpersäften und deren Entstehung im Körper. Auch hier zeichnet er ein sehr konventionelles Bild. Während einer ersten Verdauung im Magen bilde sich aus der Nahrung Chyle (*kailūs*). Dessen guter (*laṭīf*) Teil werde über eine Arterie in die Leber weitergeleitet, während der schlechte (*kaṣīf*) Teil über den Darm ausgeschieden werde. In der Leber werde die Chyle erneut verdaut. Die Abfallprodukte dieser Verdauung würden über die Nieren als Urin ausgeschieden. Während des Verdauungsprozesses in der Leber bildeten sich die vier Körpersäfte:¹⁵⁸

„Wenn die Nahrung in der Leber gekocht wird, bilden sich hieraus vier Teile. Diese sind die vier Körpersäfte [*hilt*].“¹⁵⁹

Nach diesem Verdauungsprozess in der Leber werde ein Teil weiter an das Herz geleitet:

„Wenn die Nahrung in der Leber gekocht wurde, geht ein Teil davon zum Herzen. Dort wird sein guter [*laṭīf*] Teil gekocht. Dieses [Produkt] wird *rūḥ-i ḥaivānī* genannt. Dies verteilt sich mit dem Blut in den Arterien [*‘urūq-i jahandah*] vermischt im gesamten Körper. Schließlich gelangt das *rūḥ-i ḥaivānī* zum Hirn und wird zum *rūḥ-i nafsānī*. Über die Nerven ermöglicht es im gesamten Körper die Sinneswahrnehmung und Bewegung und gibt den Augen Sehkraft. Dies wird *rūḥ-i bāṣirah* genannt. Es gibt den Ohren die Hörkraft, der Zunge die Fähigkeit zu schmecken und der Nase die Fähigkeit zu

157 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 2.

158 Ebd., S. 4f.

159 Ebd., S. 5.

riechen. Das *rūḥ-i ḥaivānī* verteilt sich in der Leber auch über die Venen, nährt den gesamten Körper und sorgt für Wachstum. Dies nennt man *rūḥ-i ṭaba* ṭ.¹⁶⁰

Iḥsān ‘Alī geht demnach von der Entstehung des *rūḥ-i ḥaivānī* aus, das sich auf verschiedenen Wegen im Körper verteile. Die verschiedenen *arvāḥ* differenziert er je nach dem Weg, d.h. Arterien, Nerven oder Venen, auf dem sie sich im Körper verteilen und demgemäß sich ihre Aufgaben unterscheiden. Damit präsentiert er eine sehr traditionelle Konzeption der verschiedenen *arvāḥ*, die sich stark an der Auslegung Ibn Sīnās und anderer anlehnt. Er weicht einzig dahingehend ab, dass er anstatt von nur drei *arvāḥ* von vier ausgeht.¹⁶¹ Dies gründet sich auf seiner zusätzlichen Differenzierung zwischen *rūḥ-i nafsānī* und *rūḥ-i bāṣirah*. Es wäre jedoch falsch, hier eine Abweichung von einer fixierten Tradition zu erkennen. Denn es gilt zu berücksichtigen, dass Ibn Sīnā zwar schon sehr früh als größter Vertreter des *yūnānī* betrachtet wurde, dies jedoch keine Kanonisierung bedeutete. Hierin eine abschließende Fixierung des *yūnānī* erkennen zu wollen, wäre also falsch:

„[T]he very notion of 'unani system of medicine', as it has been unreflectively termed throughout the twentieth century, is itself a product of the colonial era, of the will to systematise, demarcate, represent knowledge and practice as a coherent whole.“¹⁶²

Damit kommt jedoch die Frage auf, wie Alavi auf der Grundlage von Iḥsān ‘Alīs Konzeption der *arvāḥ* zu dem Schluss kommt, hierin spiegelten sich „Sufi healing practices of medieval Islam“¹⁶³ wider. Es handelt sich hierbei, von einer geringen Abweichung abgesehen, um eine sehr traditionelle Darstellung der medizinischen Konzeption des *rūḥ*. Ob eventuell Ibn Sīnā und andere Vertreter des *yūnānī* jener Zeit selbst Konzepte aus dem Sufismus aufgegriffen haben, kann in diesem Rahmen nicht untersucht werden, ist jedoch auch irrelevant. Entscheidend ist vielmehr, dass in Iḥsān ‘Alīs Konzeption des *rūḥ* keine weiteren Einflüsse nachweisbar sind, die auf eine Islamisierung im „neuen *yūnānī*“¹⁶⁴ hinwiesen, da er nur etablierte Vorstellungen rezipiert. In einer Anmerkung hinterfragt Guy Attewell ebenfalls Alavis Interpretation eines Einflusses vom Sufismus:

„It is unfortunate that this interpretation rests on her [Alavi's] understanding of *ruh*, which can indeed mean soul, but also specifically means *pneuma* or vital spirit, one of the *arwah* (vital spirits) of the scholarly Yunani tradition going back to Ibn Sina and others. Its appearance in Ihsan Ali's text is thus thoroughly conventional, precisely, for instance, where Alavi discusses it: in the production of various kinds of *ruh* in the body.“¹⁶⁴

Auch in den übrigen Abschnitten des theoretischen Teils zeigen sich Iḥsān ‘Alīs Darstellungen als

160 Iḥsān ‘Alī, *Tibb-i Iḥsānī*, S. 5.

161 Avicenna, *The Canon of Medicine*, S. 131.

162 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 3.

163 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 224.

164 Guy Attewell, „Yunani Tibb and Foundationalism in Early Twentieth Century India“, S. 146.

sehr traditionell. So behandelt er die Wirkung der Ernährung und gibt eine Liste von Dingen, die nicht gleichzeitig verzehrt werden sollen, da ihr Zusammenwirken schädlich für den Körper sei. Weiterhin stellt er verschiedene Behandlungsarten dar. So werden verschiedene Methoden zur Ausleitung bei einem Ungleichgewicht der Körpersäfte sowie die Behandlung mit Medikamenten beschrieben.¹⁶⁵ Anders als es Alavis Kategorisierung des *Ṭibb-i Iḥsānī* als ein Werk, das in der Tradition des *ṭibb-i nabavī* stehe, erwarten lässt, liegt hier keine Betonung auf der Diätetik. Zwar wird diese erwähnt, beschränkt sich jedoch darauf, bestimmte Nahrungsmittel aufzulisten, die nicht zusammen gegessen werden sollen. Am Ende des Buches wird auch eine Liste einiger häufiger Nahrungsmittel und deren Wirkung gegeben. Dennoch erhält die Diätetik nicht die Stellung einer eigenständigen Therapieform.¹⁶⁶ Stattdessen erscheinen die traditionellen Behandlungsmethoden des humoral basierten *yūnānī* wie Ausleitung und medikamentöse Behandlung zentral.

In diesem Zusammenhang erklärt Iḥsān ‘Alī auch verschiedene Anwendungsarten von Medikamenten. Alavi verweist hier auf die Erwähnung von „*mongaa* (a precious stone)“¹⁶⁷ als nützliches Medikament bei Kopfschmerzen. Iḥsān ‘Alī schreibt hierzu folgendes:

„Einige Medikamente wirken nur bei Berührung, wie beispielsweise [...] das Umbinden von *mūngā* an der Stirn sehr wirksam bei Kopfschmerzen ist [...].“¹⁶⁸

Platts gibt für *mūngā* zwei Bedeutungen an. Einerseits nennt er „Koralle“, andererseits kann es sich aber auch um eine Pflanze namens *Hyperanthera moringa* handeln.¹⁶⁹ Es lässt sich hier nicht klären, auf welches von beiden sich Iḥsān ‘Alī tatsächlich bezieht, da er *mūngā* nicht in seinem Werk über die verschiedenen Heilmittel *Maqālāt-i Iḥsānī* behandelt. Doch auch wenn es sich hier um einen wertvollen Stein handeln sollte, so finden diese im *yūnānī* durchaus Verwendung.¹⁷⁰ Einer der drei Teile des *Maqālāt-i Iḥsānī* ist alleine Mineralien, Steine und Fossilien (*jamādāt*) gewidmet.¹⁷¹

Weiterhin erwähnt Alavi die Empfehlung, wegen seiner heilenden Kräfte das christliche Kreuz zu tragen. Im *Ṭibb-i Iḥsānī* findet sich dies direkt an obiges Zitat anschließend:

„[‘*Ū*]d-i *ṣalīb* wird häufig am Hals bei *umm aṣ-ṣibyān*¹⁷² verwendet.“¹⁷³

Was Alavi jedoch als christliches Kreuz liest, ist eigentlich eine Pflanze, die Wurzel der *Paeonia*

165 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 3, 7f., 23-41.

166 Ebd., S. 3, 108-111.

167 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 224.

168 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 7.

169 John T. Platts, *A Dictionary of Urdu Classical Hindī and English*, S. 1095.

170 Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, S. 268.

171 Iḥsān ‘Alī, *Maqālāt-i Iḥsānī*, S. 171-191.

172 In einer Anmerkung wird dies als Epilepsie, von der Kinder betroffen seien, beschrieben, vgl. Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 7.

173 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 7.

officinalis.¹⁷⁴ Iḥsān ‘Alī erwähnt dies auch als eine Pflanze in seinem *Maqālāt-i Iḥsānī*.¹⁷⁵ Womöglich ließ sich Alavi von dem Begriff *ṣalīb* irritieren, der auch für das (christliche) Kreuz gebraucht wird. Zwar schreibt Iḥsān ‘Alī selbst, dass viele Leute Heilmittel wie *mūngā* oder ‘*ūd-i ṣalīb* als außerhalb des *yūnānī* stehende Mittel, die von Fakiren verwendet würden, hielten.¹⁷⁶ Allerdings handelt es sich hierbei nicht, wie Alavi annimmt, um magische Heilmittel. Möglicherweise gerieten diese aufgrund einer leichten Verfügbarkeit und eines geringen Preises in Verruf als (wirkungslose) Heilmittel von Fakiren. Iḥsān ‘Alī merkt zu diesem Thema an einer Stelle an:

„Reichen Leuten [*ahli-i daular*] sollten keine Medikamente von geringem Preis empfohlen werden, da diese wegen ihres geringen Preises als weniger wirkungsvoll betrachtet werden und der Nutzen auch geringer empfunden wird.“¹⁷⁷

Abgesehen vom Paratext lässt sich nur an einer weiteren Stelle ein Bezug zur Religion feststellen. So erwähnt Iḥsān ‘Alī die Rezitation eines koranischen Verses vor dem Fühlen des Pulses. In diesem Vers wird Gott als Quelle von Wissen gepriesen:

„Wenn man die Hand zum Fühlen des Pulses auflegt, soll dieser Koranvers rezitiert werden: 'Gepriesen seist du, wir haben kein Wissen, außer von dem, was du uns gelehrt hast', damit Gott sich durch diesen Ausdruck von Bescheidenheit erbarme und ein Urteil und eine Diagnose [*tajvīz va tašhīṣ*] gewähre.“¹⁷⁸

Es wird ersichtlich, dass Gott zwar um Hilfe bei der Diagnose ersucht wird, der Vorgang der Diagnose aber weiterhin dem Behandelnden obliegt. Dieser erkennt vor Gott an, dass all sein Wissen nur ein von ihm gegebenes Geschenk sei. Die Diagnose findet jedoch auf Grundlage dieses Wissens statt und entzieht sich damit nicht der rationalen Beurteilung. Diagnose wie Medikation liegen in der Verantwortung der Menschen und werden nicht von Gott erbeten. Gott gewährt lediglich das hierfür notwendige Wissen.

Folglich lassen sich im *Ṭibb-i Iḥsānī* keine Belege für Alavis These eines „Abdriftens“ in mystische und magische Heilpraktiken nachweisen. Es konnte gezeigt werden, dass die von Alavi angeführten Beispiele solcher Heilpraktiken nicht haltbar sind. Die Anwendung des christlichen Kreuzes basiert lediglich auf einem Verständnisfehler, während die Bestimmung von *mūngā* nicht eindeutig möglich

174 Muḥammad Kabīr-ad-Dīn, *Kitāb al-Mufradāt, Maḥzan al-Mufradāt*, Lāhaur: ‘Uṣmān Pablī Keṣanz, o.J., S. 601.

175 Iḥsān ‘Alī, *Maqālāt-i Iḥsānī*, S. 93.

176 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 7.

177 Ebd., S. 4.

178 Ebd., S. 3.

ist. Alleine eine Verwendung von Steinen jedoch, die im *yūnānī* durchaus Gebrauch finden, belegt keine magischen Heilpraktiken. Interessanterweise findet *mūngā* weder bei den Rezepten zur Behandlung von Kopfschmerzen noch im *Maqālāt-i Iḥsānī* Erwähnung, sodass dies womöglich nur als ein Beispiel von Medikamenten angeführt wurde, die nicht durch den Verzehr, sondern durch Berührung wirken.¹⁷⁹

Auch die von Iḥsān ‘Alī präsentierte Darstellung des *rūḥ* basiert nicht auf Sufi-Konzepten, sondern lehnt sich stark an Ibn Sīnā an. Iḥsān ‘Alī greift damit einzig im *yūnānī* präsente und weithin etablierte Konzepte auf, ohne weitere Einflüsse hierin zu integrieren. Insgesamt präsentiert er ein sehr traditionelles Bild des *yūnānī* und nennt die prominentesten Vertreter der humoralbasierten Tradition als Bezugsquellen. Auch seine Beschreibung der Behandlungsmethoden stellt sich mit der Betonung auf Ausleitung und medikamentöse Behandlung sehr traditionell dar und widerspricht Alavis These eines Einflusses des *ṭibb-i nabavī*. Denn zum einen spielt die Diätetik, welche die vorrangige Behandlungsmethode der prophetischen Medizin ist, im *Ṭibb-i Iḥsānī* als Therapie kaum eine Rolle. Zum anderen findet sich außerhalb des Paratextes keine Erwähnung des Propheten, der Alavi zufolge die höchste Autorität im *Ṭibb-i Iḥsānī* darstelle. Wenngleich Gott und Muhammad in der Einleitung und im Kolophon auch mit Bezug auf die Medizin gepriesen werden, so handelt es sich hierbei doch um ein konventionelles Lob, das keinen Bezug zum Inhalt aufweisen muss und daher nicht als Beleg für eine Verbindung von Religion und Medizin herangezogen werden kann.

Folglich wäre es falsch, im *Ṭibb-i Iḥsānī* von einem Einfluss des Islam auf die Theorie oder Praxis der Medizin zu sprechen, wie Alavi argumentiert. Dennoch ist ein reformislamischer Einfluss zu erkennen. Es findet eine Sakralisierung der Medizin statt, welche nun als religiöse Pflicht konzeptioniert wird, sodass die Aneignung medizinischen Wissens als religiöser Verdienst verstanden wird.

In Anbetracht dieser Ausführungen erscheint Alavis Darstellung des „neuen *yūnānī*“ zweifelhaft. Im *Ṭibb-i Iḥsānī* präsentiert sich dieses vielmehr als ein stark an etablierten Konzepten orientierendes *yūnānī*, das fest in der Tradition des humoralbasierten *yūnānī* steht und außerhalb eines konventionsgebundenen Paratextes der Religion in Theorie und Praxis der Medizin keinen Platz einräumt. Ein Einfluss des Islam ist nicht in der Medizin selbst auszumachen, sondern in ihrer gesellschaftlichen Verortung, in der sie als Teil der Religion sakralisiert wird.

Zum anderen scheinen die *ḥukamā*’ des „neuen *yūnānī*“ keineswegs alle einem Milieu von Neulingen auf dem Gebiet der Medizin und der Aufsteigerschicht der *ašrāf* zu entstammen. So

¹⁷⁹ Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 42f.

konnte gezeigt werden, dass Iḥsān ‘Alī Mitglied einer traditionellen *ḥakīm*-Familie war. Er konnte folglich auf das Familienwissen zurückgreifen und musste sich nicht auf den Propheten als legitimierende Autorität beziehen. Zum anderen weist sein Hintergrund einer traditionellen *ḥakīm*-Familie auf eine Zugehörigkeit zu den alten *ašrāf* bzw. *navāb*, wie Pernau sie nennt, hin.¹⁸⁰ Eine personelle Zusammensetzung des *yūnānī* durch die Schicht der (neuen) *ašrāf* wird am Beispiel Iḥsān ‘Alīs also nicht ersichtlich, wenngleich sein angestrebtes Publikum wohl durchaus die *ašrāf* waren. Zu Beginn des *Ṭibb-i Iḥsānī* finden sich einige Hinweise, die Aufschluss über das Publikum geben. So wird die Absicht erläutert, dem Leser ein Wissen zu vermitteln, mit dem er seine Gesundheit bewahren kann:

„Es bleibt derjenige gesund, der folgende fünf Eigenschaften besitzt: Erstens kennt er entweder die Regeln der Medizin selbst oder befolgt die Vorgaben seines *ṭabīb* [synonym zu *ḥakīm* gebraucht]. Zweitens ist er in der Lage, Essen und Getränke richtig zu verwenden. Drittens ist er fähig, Dinge zur rechten Zeit einzusetzen. Viertens ist er nicht geizig. Fünftens ist er nicht gierig.“¹⁸¹

Zunächst fällt eine Konzeption von Gesundheit auf, die schon in den Lobpreisungen aufschimmerte, hier jedoch deutlich ausformuliert wird. Gesundheit wird in Verbindung zum individuellen Handeln gesetzt. Geiz und Gier wirkten negativ auf die Gesundheit. Die Abstinenz von diesen wird als einer der Grundpfeiler von Gesundheit beschrieben. Darin leuchten zugleich reformislamische Ideale mit der Kritik eines verschwenderischen Lebensstils auf. Außerdem wird deutlich, dass Iḥsān ‘Alī auf ein Publikum abzielt, das außerhalb der traditionellen *ḥakīm*-Familien steht und Grundkenntnisse des *yūnānī* erwerben möchte. In Verbindung mit dem Paratext des *Ṭibb-i Iḥsānī*, für den ein reformislamischer Einfluss nachgewiesen werden konnte, lässt sich schließen, dass die *ašrāf* das intendierte Publikum waren. Diese besaßen nicht den Hintergrund einer traditionellen *ḥakīm*-Familie, waren jedoch sehr engagiert in reformislamischen Bestrebungen. Da die Medizin nun mit Argumenten aus der Tradition der Propheten als Teil der Religion konzipiert und mit reformislamischen Idealen in Bezug gesetzt wurde, begriffen es deren Anhänger als Pflicht, sich mit Medizin auseinanderzusetzen.

Folglich waren die *ašrāf* weniger die Autoren als das Publikum des „neuen *yūnānī*“. Das Beispiel Iḥsān ‘Alīs legt darüber hinaus nahe, dass sich die Verfasser vielmehr aus Angehörigen der traditionellen *ḥakīm*-Familien zusammensetzen, die ihr Wissen infolge einer Sakralisierung der Medizin nicht weiter geheim halten, sondern es als eine religiöse Pflicht betrachten, dieses zu verbreiten. Der Islam und der Prophet werden somit nicht als eine legitimierende Autorität herangezogen, sondern umgekehrt wird die Sakralisierung der Medizin zur Legitimation, gar zur

180 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 35.

181 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 3.

Pflicht, das zuvor geheim gehaltene medizinische Wissen öffentlich zugänglich zu machen. Allerdings wäre eine Untersuchung mit einem größeren Korpus nötig, um zu zeigen, ob es sich bei Iḥsān ‘Alī nur um einen Einzelfall handelt.

Damit wird eine Parallele zwischen dem Gebrauch des Drucks der *‘ulamā’* und dem der Autoren des „neuen *yūnānī*“ sichtbar. Wie die *‘ulamā’*, welche mithilfe des Buchdrucks ihren Einfluss zu wahren suchten, strebten auch die Autoren des „neuen *yūnānī*“ ein „Revival“ des *yūnānī* an, wodurch dieses Wissen durch allgemeine Zugänglichkeit bewahrt und weiterhin in Gebrauch bleiben sollte, um im Machtkampf um das medizinische Monopol mit den Briten ein Abdrängen in die Bedeutungslosigkeit gegenüber der westlichen Medizin abzuwenden. Ulrike Stark beschreibt dies als eine „laicization of Unani medicine“.¹⁸² Dies mag in Bezug auf die Verbreitung und allgemeine Zugänglichkeit des medizinischen Wissens stimmen, nicht jedoch in Bezug auf die gesellschaftliche Verankerung des „neuen *yūnānī*“, das mit reformislamischen Konzepten verwoben ist.

III. *Yūnānī* im Südasien des 19. Jahrhunderts im Lichte Foucaults

Am Beispiel Iḥsān ‘Alī konnte gezeigt werden, dass Alavis Darstellung des „neuen *yūnānī*“ teils fragwürdig ist. Der Begriff des „neuen *yūnānī*“ und dessen diskursive Einordnung sollen daher im Folgenden mit Bezug auf Foucault diskutiert werden. Allerdings soll hier Foucaults Verständnis geringfügig um den Begriff des Subdiskurses erweitert werden. Ein Diskurs soll hier weiter aufgliedert werden in verschiedene untergeordnete Subdiskurse. So lässt sich aus den Darstellungen Alavis ein Diskurs des *yūnānī* schließen, der mehrere Subdiskurse umfasst, sich jedoch im Laufe der Zeit in seiner Zusammensetzung gewandelt und immer weitere Subdiskurse aufgenommen hat. Im Kontext des Südasien des 19. Jahrhunderts stellt sie verschiedene Subdiskurse dar: Zum einen den persischen sowie den arabischen Diskurs, zum anderen den der an der *Calcutta Madrasa* ausgebildeten *ḥukamā’*, welcher jedoch nur bis zur Schließung der *Calcutta Madrasa* 1835 von Relevanz ist und daher hier unberücksichtigt bleibt, sowie schließlich den Diskurs des „neuen *yūnānī*“. Zwar werden all diese Strömungen im Diskurs des *yūnānī* zusammengehalten, besitzen jedoch zugleich ihre eigenen Reglements der Trennung nach außen und Integration nach innen, die ihre Existenz gegenüber den anderen Subdiskursen wahrt.

Allerdings wurden im vorangehenden Kapitel die von Alavi präsentierten Regeln für das „neue *yūnānī*“ kritisch hinterfragt. So bleibt Alavis Verknüpfung mit dem Islam hinsichtlich der

¹⁸² Ulrike Stark, *An Empire of Books, The Naval Kishore Press and the Diffusion of the Printed Word in Colonial India*, Ranikhet: Permanent Black, 2007 [im Folgenden: Ulrike Stark, *An Empire of Books*]; hier S. 293.

Heilmethoden zweifelhaft. Auch eine Verschmelzung mit dem *ṭibb-i nabavī* ist nicht haltbar. Dieses bildet vielmehr einen eigenen Diskurs innerhalb des *yūnānī*. Auch der wichtigste Distinktionsmarker des „neuen *yūnānī*“ gegenüber den persischen und arabischen *ḥukamā*’, der fehlende Hintergrund einer traditionellen *ḥakīm*-Familie, ist nicht haltbar, wie das Beispiel Iḥsān ‘Alī’s zeigt. So stellt sich die Frage, worin sich das „neue *yūnānī*“ von den Strömungen der persischen und arabischen *ḥukamā*’, abgesehen von der Sprache, noch unterscheidet. Zwar trennt sich das „neue *yūnānī*“ hinsichtlich seiner gesellschaftlichen Verankerung mit dem Reformislam von diesen beiden Strömungen. Doch das entscheidende Merkmal findet sich vielmehr in der weiteren Entwicklung und der Reaktion der persischen und arabischen *ḥukamā*’. Diese antworteten ab den 1880er Jahren mit einer Institutionalisierung auf den Angriff auf ihr Monopol.¹⁸³ Sowohl das „neue *yūnānī*“ als auch die persische und arabische Tradition gehen also einen Weg der Offenlegung des medizinischen Wissens, unterscheiden sich aber essentiell in der jeweiligen Form. Daraus lässt sich eine Teilung des Diskurses *yūnānī* in zwei untergeordnete Subdiskurse schließen: in ein institutionalisiertes und ein institutionsfernes *yūnānī*. Letzteres schließt sowohl das *ṭibb-i nabavī* als auch den humoral basierten Zweig des institutionsfernen *yūnānī* ein, dem die Werke Iḥsān ‘Alī’s zuzurechnen sind. Im Folgenden soll daher anstelle des „neuen *yūnānī*“ der Begriff des institutionsfernen *yūnānī* verwendet werden. Die Strömung des *ṭibb-i nabavī* soll jedoch aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei Bedarf gesondert genannt werden.

Dennoch gilt es auch hier anzumerken, dass alleine das Beispiel Iḥsān ‘Alī’s nicht ausreicht, um die diskursive Strukturierung des *yūnānī* im Südasien des 19. Jahrhunderts exakt zu beschreiben. Zwar liefert dieses Beispiel zahlreiche interessante Einblicke, doch müssen diese mithilfe eines größeren Korpus genauer untersucht werden.

B. Relation Praxis – Theorie

I. Die Theorie der Medizin im *ṭibb-i Iḥsānī*

Dieses Kapitel soll den Bezug zwischen Praxis und Theorie in Iḥsān ‘Alī’s *ṭibb-i Iḥsānī* behandeln. Zunächst soll hierzu noch einmal genauer auf die Darstellung der Theorie des *yūnānī* eingegangen werden, um diese im zweiten Abschnitt in Bezug zu den verschiedenen Behandlungen, die im praktischen Teil des *ṭibb-i Iḥsānī* gegeben werden, setzen zu können.

Der theoretische Teil des Werkes umfasst insgesamt ca. 40 Seiten. Eingeschoben sind zwei Kapitel über Schwangerschaft, Geburt und die Behandlung von Kindern. Bei diesem zunächst

¹⁸³ Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 74ff.; David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 180.

thematisch unpassend erscheinenden Einschub mag es sich um eine Anlehnung an Ibn Sīnās *al-Qānūn fī at-Ṭibb* handeln, dessen erstes Buch die Theorie der Medizin thematisiert. Hierin diskutiert Ibn Sīnā zunächst die Aufgaben der Medizin und widmet sich anschließend der Theorie der Elemente, den Temperamenten und schließlich den Körpersäften. Anschließend behandelt er ausführlich die Anatomie des menschlichen Körpers und die Konzepte von *rūḥ* und *quwwa*. Danach beschreibt er die verschiedenen Arten von Symptomen, Auslöser von Krankheit und schließlich die Diagnose, vor allem mithilfe von Puls-Fühlen, Urin und Stuhl. Nachfolgend befasst sich Ibn Sīnā mit Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindern. Abschließend geht er auf den Erhalt und die Wiedererlangung von Gesundheit mit verschiedenen Behandlungsmethoden ein.¹⁸⁴

Iḥsān ‘Alī’ scheint sich grob an diesem Aufbau zu orientieren und beginnt ebenfalls mit den Aufgaben und dem Nutzen der Medizin. In diesem Zusammenhang behandelt er auch den Prozess der Verdauung, bei dem die vier Körpersäfte und *arvāḥ* entstehen. An seiner Darstellung fällt auf, dass Iḥsān ‘Alī sich direkt der Verdauung zuwendet und die Elementtheorie nicht erwähnt:

„Wenn die Nahrung in der Leber gekocht wird, bilden sich hieraus vier Teile. Diese sind die vier Körpersäfte [*ḥilf*]: Erstens die Galle [*ṣafra*], d.h. der Schaum [*phen*], der oben [schwimmt]. Zweitens das Blut [*ḥūn*] in der Mitte, das besonders gut kocht. Drittens die schwarze Galle [*saudā*] als Ablagerung [*talchat*]. Viertens der Schleim [*balgam*], der nicht gut kocht. Der Körper basiert auf diesen vier Körpersäften.“¹⁸⁵

Anschließend behandelt Iḥsān ‘Alī die Temperamente der Körpersäfte und deren Funktion im Körper. Es sei hier nur exemplarisch die Darstellung zur Galle gegeben:

„Das Temperament der gesunden Galle ist warm und trocken, ihr Zustand ist flüssig, ihr Geschmack bitter und ihre Farbe gelb. Sie hat drei Aufgaben. Erstens fließt sie zusammen mit dem Blut in den Arterien, damit in dieser Verbindung das Blut flüssig bleibt und durch die Arterien fließen kann. Zweitens geht sie über in die Gallenblase. Wenn sie von dort auch nur ein wenig auf die Därme tropft, entsteht das Gefühl, den Stuhl ausscheiden zu müssen. Drittens ernährt sie einige Organe wie die Lungen.“¹⁸⁶

Damit schließt Iḥsān ‘Alī die Darstellung der vier Körpersäfte ab und lässt eine Verbindung zwischen Elementen und Körpersäften gänzlich entfallen. Er gibt damit die aristotelische Vorstellung vom Makrokosmos der vier Elemente, der sich im Mikrokosmos des menschlichen Körpers mit seinen vier mit den Elementen und ihren Eigenschaften korrespondierenden Körpersäften spiegele, auf. Er trennt den menschlichen Körper von den Elementen der Außenwelt

184 Avicenna, *The Canon of Medicine*, S. iii-xxxi.

185 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 5.

186 Ebd., S. 6.

und konzipiert diesen als unabhängiges Objekt. Die Außenwelt wirkt somit nicht mehr unvermittelt auf den Körper ein, sondern nur noch indirekt auf dem Weg der Nahrungsaufnahme. Allerdings werden kurz auch äußere Einflüsse als Auslöser von Krankheit erwähnt:

„Alle Krankheiten sind von zwei Arten: Zum einen einfach [*sāzīj* – nur durch *eine* Qualität bedingt] durch beispielsweise Wärme von der Sonne oder Kälte vom Wasser. Zweitens bedingt durch die Körpersäfte [*māddī*].“¹⁸⁷

Iḥsān ‘Alī greift damit auf Ibn Sīnā zurück, der ebenfalls von einfachen und komplexen Ursachen ausgeht. Während erstere von außerhalb des Körpers wirkten, seien letztere innerlich.¹⁸⁸ Damit werden im *Ṭibb-i Iḥsānī* äußere Einflüsse als Krankheitsverursacher nicht negiert. Die Elementtheorie, die die Körpersäfte in Korrespondenz zu den Elementen bringt, entfällt jedoch, sodass auch die unvermittelte Verbindung zwischen dem Inneren des Körpers mit seinen Körpersäften und den äußeren Elementen abbricht. Die Verbindung zwischen Makro- und Mikrokosmos löst sich und eine Barriere zwischen dem Innen und Außen des Körpers wird konzipiert, welche die Grenzen des Körpers eindeutig mit der Haut definiert. Damit beschreibt Iḥsān ‘Alī einen geschlossenen Körper, auf den zwar noch äußere Einflüsse wirken, jedoch durch eine Barriere getrennt vom Inneren des Körpers bleiben. Der Gesundheitszustand wird vorrangig auf das Innere des Körpers mit einem ausgeglichenen Verhältnis der Körpersäfte begrenzt.

Neben den beschriebenen Auswirkungen auf die Körperkonzeption deutet das Entfallen der Elementtheorie aber noch auf einen weiteren Aspekt von Iḥsān ‘Alīs Medizinverständnis hin. Indem er ohne weitere Erläuterung mit der Beschreibung der Verdauung einsetzt und erst in diesem Zusammenhang die Körpersäfte diskutiert, betreibt er eine deutliche Vereinfachung der medizinischen Theorie des *yūnānī*. Anstatt sich zunächst mit der Verbindung zwischen Makro- und Mikrokosmos zu beschäftigen, steigt er direkt in die Materie der praktischen Medizin ein und diskutiert die Verdauung. Damit entledigt er sich langer theoretischer und philosophischer Ausführungen und legt stattdessen die Betonung auf die Praxis und anwendbares Wissen der Medizin.

Im Anschluss an die Beschreibung der Körpersäfte diskutiert Iḥsān ‘Alī das Thema Krankheit und stellt fest, dass der Verlauf einer jeden Krankheit in vier Abschnitte eingeteilt werden könne. In diesem Zusammenhang behandelt er die verschiedenen Grade und Anwendungsarten von Medikamenten. Knapp werden hier auch verschiedene Ausleitungsmethoden je nach Lokalisation

¹⁸⁷ Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 6.

¹⁸⁸ Avicenna, *The Canon of Medicine*, S. 185.

der Krankheit genannt, ohne jedoch genauer beschrieben zu werden:¹⁸⁹

„Wenn Körpersäfte im Gehirn [der Auslöser für Beschwerden] sind, sollen diese medikamentös zusammen mit Gurgeln behandelt werden. Sofern sie im Magen sind, sollen die Därme entleert [*tanqīyah*] und Erbrechen [*qai*] angewandt werden. In den Därmen sollen sie mit Darmentleerung [*ishāl*], in den Adern mit Blutlassen [*faṣad*] und in der Haut mit Schwitzen [*ta'riq*] behandelt werden.“¹⁹⁰

Dieser Beschreibung folgt ein Kapitel über Zeichen oder Symptome (*'alāmāt*), in dem sich Iḥsān 'Alī auf ca. eineinhalb Seiten den Zeichen eines Übermaßes der einzelnen Körpersäfte widmet.

Exemplarisch sei hier die Darstellung für Blut gegeben:

„Die Zeichen für ein Übermaß an Blut: spürbare Hitze; Schwere des gesamten Körpers oder einiger Glieder; im Übermaß Strecken, Gähnen und Müdigkeit; Mattigkeit der Sinne; Faulheit bezüglich Bewegung; eine milchig-helle Farbe des Gesichts und Röte des Körpers, der Augen und der Zunge; häufiger und rötlicher Urin mit Sediment und Schaum, [der] mit großer Geschwindigkeit, Beständigkeit und Hitze und in großer Menge [austritt]; eine Schwere des Pulses; Trägheit; übermäßiges Lachen und Grinsen; Pickel und Beulen; Bluten des Zahnfleisches und Nasenbluten.“¹⁹¹

Auch die übrigen drei Körpersäfte werden in dieser Form behandelt. Iḥsān 'Alī verknüpft damit die Diagnose auf eine handvoll von Zeichen, die mit den verschiedenen Körpersäften assoziiert werden. Er reißt zwar die typischen Diagnosemethoden des *yūnānī* wie Puls- und Urinanalyse – die Untersuchung des Stuhlgangs behandelt er nicht – an, ordnet sie jedoch nur einzelnen Zeichen zu. Eine Theoretisierung oder Systematisierung der einzelnen Methoden bleibt aus. Auch eine Bezugnahme zu den Qualitäten der Körpersäfte, die den Leser befähigte, einen Zusammenhang zwischen beispielsweise Müdigkeit oder Trägheit und dem Körpersaft Blut herzustellen, fehlt. Folglich bleibt es dem Leser verwehrt, die hier gegebene Liste von Symptomen nachzuvollziehen.

Da auch im weiteren Verlauf des Werkes keine detailliertere Ausführung zur Diagnose folgt, beschränkt Iḥsān 'Alī den Leser darauf, eine Diagnose auf Grundlage dieser sehr knappen Liste durchzuführen. Ohne eine Abstrahierung und Theoretisierung der Diagnose bleibt der Leser abhängig von den hier gegebenen Zeichen und kann diese nicht selbstständig durchführen.

Im Anschluss diskutiert Iḥsān 'Alī noch eine Liste von Zeichen, anhand derer sich das Stadium einer Krankheit und Vorzeichen des Todes ermitteln lassen. Diese Zeichen werden gänzlich allgemein gehalten und nehmen keinen Bezug auf die Körpersäfte. Daran schließen zwei Kapitel über die Geburt und Behandlung von Kleinkindern an. Zunächst wird knapp die Befruchtung der

189 Iḥsān 'Alī, *Tibb-i Iḥsānī*, S. 6ff.

190 Ebd., S. 7f.

191 Ebd., S. 8.

Eizelle durch das Spermium und die Entwicklung des Embryos dargestellt. Dem folgt eine Beschreibung von Zeichen und einigen Rezepten für die Schwangerschaft und die Geburt sowie Hinweise zum Geben der Muttermilch und Wachsen der Zähne des Kindes.¹⁹²

Das zweite Kapitel dieses Einschubs behandelt verschiedene Krankheiten von Kleinkindern und deren Therapie. *Iḥsān ‘Alī* leitet dies mit dem Hinweis ein, dass die Behandlung von Kleinkindern, solange sie nicht in der Lage sind zu sprechen, besser von Hebammen behandelt werden sollten, wenngleich er eine Behandlung durch diese im Allgemeinen jedoch herabwürdigt:

„[A]uch noch eine fehlerhafte Behandlung durch einen *ṭabīb* ist einer hervorragenden Behandlung durch eine Hebamme bei weitem überlegen.“¹⁹³

Dies begründet er mit der Irrationalität der Frauen (*nāqiṣāt al-‘aql*). Dennoch empfiehlt er die Behandlung von Kleinkindern, die noch nicht sprechen können, einer Hebamme anzuvertrauen:

„Man muss wissen, dass bei der Diagnose die Beschreibung des Patienten die größte Bedeutung [*ziyādah mu‘ayyan*] trägt. Da dies bei Kindern nicht möglich ist, benötigt ihre Behandlung mehr Überlegung und Abwägen. Aus diesem Grund widmen sich die heutigen *aṭibbā*’ [Pl. von *ṭabīb*] dieser Aufgabe nicht und vertrauen sie den Hebammen an [...]. Die Behandlung von Kindern führen Hebammen besser als *aṭibbā*’ durch [...].“¹⁹⁴

Iḥsān ‘Alī begründet den Vorzug von Hebammen bei der Behandlung von Kleinkindern also dahingehend, dass diese ihre Beschwerden nicht mithilfe der Sprache zum Ausdruck bringen können. Da jedoch die Diagnose vornehmlich auf der Beschreibung der Beschwerden des Patienten basiere, sei die Untersuchung erschwert und erfordere größere Überlegung. Die übrigen Diagnosemethoden wie das Fühlen des Pulses und die Urin- und Stuhlanalyse liefern demnach kein vollständiges Bild, auf dessen Grundlage eine Behandlung möglich wäre. Die traditionellen Diagnosemethoden werden nur als zweitrangig bzw. ergänzend zur Beschreibung des Patienten begriffen.

Da der Patient in der Regel nicht in der Lage ist, seine Beschwerden in Bezug zu den Körpersäften zu setzen, basiert die Behandlung folglich auf der Diagnose von Symptomen, die der Patient beschreibt. Zwar kann die Darstellung des Patienten Hinweise auf die humorale Ursache der Beschwerden liefern, kann jedoch kein vollständiges Bild über ein Ungleichgewicht der Körpersäfte geben. Eine exakte Diagnose kann auf dieser Grundlage nicht ermittelt werden, sodass nur die vom Patienten dargestellten Symptome behandelt werden können. Damit verliert die Humoraltheorie an Bedeutung und macht den Weg für eine symptomatische Behandlung frei.

Der Rückgang der Bedeutung der Diagnose und der Humoraltheorie wird an anderer Stelle umso

192 *Iḥsān ‘Alī*, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 13-18.

193 Ebd., S. 18.

194 Ebd., S. 18.

deutlicher. Iḥsān ‘Alī behandelt hier den Fall, dass die humorale Ursache einer Krankheit nicht exakt festgestellt werden kann:

„Sollte sich der Grund einer Krankheit nicht genau diagnostizieren lassen, so sollte eine solche Medizin verschrieben werden, dass, wenn sich der zweite Grund herausstellen sollte, die Medizin auch für diesen Fall wirksam ist.“¹⁹⁵

Eine exakte Diagnose ist in diesem Fall gar nicht die Zielsetzung. Stattdessen solle eine Behandlung angewandt werden, die für jeden in Frage kommenden Fall wirksam ist. Die Betonung liegt auch hier vielmehr auf der Praxis und Anwendbarkeit. Diese Schwerpunktverlagerung auf die Praxis der Medizin hat einen deutlichen Bedeutungsverlust der Diagnose mithilfe der traditionellen Methoden zur Folge. Stattdessen wird die Beschreibung von Symptomen zum wichtigsten Instrument der Diagnose. Die Humoraltheorie wird hingegen zurückgedrängt. Die exakte Bestimmung eines Ungleichgewichts der Körpersäfte ist nicht mehr zentral und ohne die Anwendung der verschiedenen Diagnosemethoden auch nicht mehr möglich.

Dem Einschub über Schwangerschaft, Geburt und Behandlung von Kindern folgt eine Darstellung der verschiedenen ausleitenden Behandlungsmethoden. Iḥsān ‘Alī diskutiert die Methoden knapp auf jeweils etwa einer halben bis ganzen Seite. Sehr knapp behandelt er die Methode des indizierten Erbrechens:

„Über die Regeln des indizierten Erbrechens: Das Erbrechen leitet die Körpersäfte aus dem Magen aus und ist bei weniger schweren Krankheiten zur Verringerung der Körpersäfte eine sehr wirksame Behandlung. Es ist sehr nützlich bei Ischialgie und Rheuma. Die beste Form, Erbrechen anzuwenden, ist, Erbrechen hervorrufende Medikamente einzunehmen, die Augen zu verbinden, den Bauch und die Hüfte sanft zu umwickeln und im Stehen zu erbrechen. Auf diese Weise werden die Körpersäfte ausgeleitet. Einen Tag zuvor sollte man weiche Nahrung zu sich nehmen und, wenn das Erbrechen aufgrund einer Notwendigkeit angewendet werden muss, sollte man das Datum nicht berücksichtigen.“¹⁹⁶

Anschließend werden noch einige Tage im Verlauf eines Monats sowie in Bezug auf das Wetter genannt, an denen das Erbrechen, so es nur vorsorglich der Erhaltung der Gesundheit diene, nicht ausgeführt werden solle. Obwohl diese Therapie nicht ungefährlich ist, beschreibt Iḥsān ‘Alī keine Risiken oder Situationen – abgesehen von bestimmten Zeiten im Jahr und im Monat –, in denen diese Methode nicht angewandt werden sollte. Eine genaue Beschreibung des Ablaufs und zu beachtender Regeln bleibt aus. Auch die zu verwendenden Medikamente mit entsprechender Wirkung werden nicht genannt. Hierzu muss der Leser auf das nächste Kapitel zurückgreifen, in

195 Iḥsān ‘Alī, *Tibb-i Iḥsānī*, S. 3.

196 Ebd., S. 32.

dem die verschiedenen Wirkungsweisen von Medikamenten behandelt und eine Liste von Mitteln mit der jeweiligen Wirkung gegeben wird. Abgesehen von den Mitteln, die ein Übermaß eines Körpersaftes ausgleichen, wird die Qualität hinsichtlich der Wirkung auf die Körpersäfte jedoch nicht angegeben. Angaben zur Stärke der Medikamente fehlen gänzlich, sodass weder eine Auswahl gemäß der individuellen Konstitution des Patienten noch eine Anpassung der Quantität entsprechend der Stärke des Mittels ermöglicht wird.¹⁹⁷

Die Darstellungen der übrigen Behandlungsmethoden unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht, sondern zeichnen sich nur durch einen größeren Umfang aus. Dieser rührt von der Darstellung verschiedener Varianten je nach Lokalisation der Krankheit bzw. Körpersäfte her.¹⁹⁸ Damit liefern die im *Ṭibb-i Iḥsānī* gegebenen Beschreibungen nicht mehr als eine grobe Darstellung des Ablaufs und der Wirkungsweise der traditionellen Therapiemethoden. Eine Anwendung alleine auf dieser Basis wäre nur schwer möglich, da weder nutzbare Angaben zu den Medikamenten noch detaillierte Beschreibungen zur Ausführung selbst existieren.

II. Die Praxis der Medizin im *Ṭibb-i Iḥsānī*

Im Anschluss hieran setzt Iḥsān ‘Alī mit dem praktischen Teil des Werkes fort, dessen Umfang mit knapp 80 Seiten fast doppelt so groß ist wie der des theoretischen. Dieser teilt sich erneut in zwei Abschnitte mit jeweils rund 40 Seiten auf. Der erste gliedert sich in einzelne Kapitel, die nach Körperteilen und Organen aufgeteilt sind und jeweils Krankheiten des betroffenen Körperteils behandeln. Der zweite Abschnitt gibt verschiedene Rezepturen.

Die Kapitel des ersten Abschnitts gehen auf das Gehirn bzw. den Kopf; die Augen; Nase; Ohren; Lippen; Zähne und Zahnfleisch; Mund und Zunge; Hals; Brustbereich; Herz, Gallenblase, Milz und Leber; Magen; Darm; Blase; Geschlechtsteile; Anus; Beine; Haare und Nägel; Haut sowie spezielle geschlechtsspezifische Krankheiten und abschließend auf die Behandlung von Fieber ein.¹⁹⁹

Bereits die Einteilung und der Umfang der Kapitel liefern interessante Hinweise. So werden Krankheiten des Herzens, der Gallenblase, der Milz und der Leber zusammen in einem Kapitel auf etwa eineinhalb Seiten behandelt. Aber auch insgesamt fällt auf, dass die Anzahl der Kapitel zu äußeren Körperteilen und deren Umfang im Vergleich zu inneren Organen deutlich überwiegt. Die Kapitel über die inneren Organe der Bauch- und Brusthöhle umfassen nur ca. 12 von insgesamt mehr als 40 Seiten. Daraus wird eine deutliche Betonung auf der Behandlung äußerer Organe und

197 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 36.

198 Ebd., S. 23-34.

199 Ebd., S. 1-4.

Körperteile ersichtlich.²⁰⁰ Doch darüber hinaus beschreiben auch die Kapitel der inneren Organe viele leicht spürbare Beschwerden. Das Kapitel über den Magen diskutiert beispielsweise die Themen Schmerz und Aufblähen des Magens; Entzündung des Magens; Erbrechen; blutiges Erbrechen; Cholera; Schluckauf; beständiges Aufstoßen. Das Kapitel über den Brustbereich beschreibt folgende Beschwerden: Husten; Blutspucken; Asthma; Entzündung und Schmerzen in der Brust.²⁰¹ Aus diesem Ausschnitt des Inhaltsverzeichnisses wird deutlich, dass größtenteils leicht diagnostizierbare Beschwerden wie Schmerz, Erbrechen etc. beschrieben werden, die sich gut vom Patienten beschreiben lassen. In Verbindung mit der Schwerpunktlegung auf äußere Organe, deren Beschwerden sich durch ihre günstigere Lage ebenfalls zumeist leicht diagnostizieren lassen, kann dies als ein Resultat der Entwicklung des Diagnoseprozesses gesehen werden. Der Rückgang der traditionellen Diagnosemethoden und die Patientenaussage als wichtigstes Instrumentarium verlagern die Suche nach der Ursache einer Krankheit von der Humoraltheorie auf die vom Patienten beschriebenen Symptome. So orientiert sich nun auch der praktische Teil vorrangig an potentiellen Patientenaussagen. Die Liste der behandelten Beschwerden setzt sich daher zu einem großen Teil nur aus Symptomen zusammen, während spezifizierte Krankheiten wie Cholera oder Asthma eher die Ausnahme bilden.

In der Humoraltheorie wird jedoch davon ausgegangen, dass gleiche Symptome verschiedene Ursachen in den *ahlāt* besitzen können. Daher sollen im Folgenden die Behandlungen selbst analysiert werden. Die Behandlungen enthalten eine knappe Beschreibung der Beschwerde und führen dann ein oder mehrere Rezepte an:

„*Sidar* und *davvār*: Bei Bewegung oder beim Aufstehen wird [dem Patienten] schwarz vor Augen oder alles scheint sich zu bewegen. *Behandlung*: Koriander, Tamarinde, Veilchen, Lotusblüte, die Frucht des Myrobalanenbaums mit Rosenwasser trinken. *Auch*: Saure [*turš*] und kalte [*sard*] Dinge verzehren. *Auch*: Koriander und Süßholz in weißem Essig zerstoßen auf die Stirn auftragen.“²⁰²

Diese Behandlung aus dem Abschnitt über Krankheiten des Gehirns gibt zunächst eine kurze Beschreibung der Symptome und führt schließlich drei Rezepte an. Angaben über die Ätiologie der Beschwerde werden nicht gemacht. Es existiert also kein Bezug zu den krankheitsverursachenden Körpersäften. Da dem Leser nur die Symptome beschrieben werden, kann eine Diagnose auch nur mithilfe dieser gestellt werden. Auch die Wirkung (*mizāj*) der Rezepte auf die *ahlāt* wird nicht gegeben. Damit spielen die Körpersäfte weder als Ursache der Krankheit noch bei der Medikation eine Rolle. Auch die verschiedenen ausleitenden Therapiearten des theoretischen Teils finden keine

200 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 1-4.

201 Ebd., S. 3.

202 Ebd., S. 43.

Anwendung in der Behandlung.

Zwar deutet das zweite Rezept mit dem Hinweis, saure und kühlende Nahrung einzunehmen, auf einen Bezug zur Humoraltheorie hin, bleibt jedoch unausgesprochen und ohne weitere Erläuterung. Erst der Kommentar des *Tibb-i Iḥsānī* von Ḥvājah Muḥammad Ḥasan nimmt bei dieser Behandlung Bezug hierauf und differenziert die Behandlung je nach Ätiologie:

„Wenn bei dieser Krankheit ein Übermaß an Blut zu finden ist, entsteht kein Schaden durch Aderlass und wenn sich die kalten Körpersäfte herausstellen sollten, soll ein warmer Wickel mit Kamille, Pfefferminze und *faqāḥ azḥar* verwendet werden. Obwohl diese Krankheit durch Wärme verursacht wird, verändert sich das Temperament [der Krankheit] hin zur Kälte. Wenn der Schmerz sehr stark ist, muss ein Narkotikum eingesetzt werden. Der Geruch von Amber, Kampher und Moschus ist sehr wirksam.“²⁰³

Der Kommentar ergänzt die Ausführungen Iḥsān ‘Alī und differenziert die Darstellung der Krankheit. Die zwei Symptome werden ergänzt durch verschiedene in den Körpersäften begründete Ursachen. Je nach Ätiologie wird nun die Behandlung variiert.

Der Großteil der Behandlungen des *Tibb-i Iḥsānī* gleicht in seiner Form dem oben gegebenen Beispiel. So wird an keiner Stelle das Temperament der Rezepte und nur vereinzelt eine Ätiologie der Krankheit gegeben. Auch die ausleitenden Behandlungsmethoden werden nur sehr selten empfohlen. Demnach nimmt das Hauptwerk kaum Bezug zum theoretischen Teil und eine Verbindung mit der dort erläuterten Humoraltheorie wird nur sehr vereinzelt hergestellt. Der Kommentar gleicht dies teils aus und empfiehlt gelegentlich ausleitende Behandlungen und gibt an mancher Stelle verschiedene Ätiologien einer Krankheit. Dennoch sind auch diese gelegentlichen Anmerkungen für den Leser nur in beschränktem Maße nutzbar, da in jedem Fall eine exakte Diagnose und Bestimmung der humoralen Ursache Voraussetzung der Anwendbarkeit ist. Da jedoch die Diagnose vornehmlich auf die Patientenaussage begrenzt wird und die traditionellen Methoden zur Bestimmung der Ursachen in den Körpersäften nur äußerst knapp erwähnt werden, kann eine exakte humorale Diagnose nicht gestellt werden. Damit bleiben auch die gelegentlichen Anmerkungen nur eingeschränkt praktikabel.

Daraus resultiert eine Behandlung, die vorrangig auf fixierten Rezepten basiert und die Ätiologie der Krankheit außer Acht lässt. Zwar weist Iḥsān ‘Alī auf die Notwendigkeit hin, die Medikation dem Patienten anzupassen:

„Die Verwendung der Medizin muss dem Zustand [*ḥālāt*] des Patienten und gemäß der Zeit, der Menge der Medizin und der Art der Organe [...] angemessen sein.“²⁰⁴

203 Iḥsān ‘Alī, *Tibb-i Iḥsānī*, S. 43.

204 Ebd., S. 34.

Dennoch bezieht sich dieser Hinweis nicht auf die individuelle Konstitution des Patienten. Denn es werden weder Methoden genannt, die individuelle Konstitution zu ermitteln, noch wäre eine Anpassung der Rezepte ohne einen Hinweis auf deren Qualität möglich. Eine Individualisierung der Medikation kann höchstens hinsichtlich der Dosierung stattfinden, um die Medizin dem Zustand, d.h. der Verfassung, des Patienten anzupassen. Die persönliche Konstitution des Patienten bleibt folglich unberücksichtigt. Stattdessen werden zur Behandlung vorrangig uniforme Rezepte eingesetzt. Da dem Leser die Diagnose in nicht hinreichend praktikabler Form vermittelt und die Behandlung der Krankheiten nur vereinzelt auf humoraler Basis, jedoch vor allem symptomatisch beschrieben wird, bleibt der Leser abhängig von den gegebenen Rezepten.

Darüber hinaus wird die Individualität des Körpers aufgegeben. Anstelle einer individuellen Behandlung mit Berücksichtigung der jeweiligen Konstitution werden fixierte Rezepturen für alle gleichermaßen angewandt. Der Körper wird damit standardisiert und seine Reaktion auf Medikamente als uniform konzipiert. Darin werden erste Anzeichen einer Standardisierung von *yūnānī*-Medikamenten, wie in der späteren Entwicklung zu finden, sichtbar. Allerdings kamen die ersten Bestrebungen in dieser Hinsicht vonseiten der traditionellen *ḥakīm*-Familien. Ajmal Ḥān bereitete hier Ende des 19. Jahrhunderts mit der Gründung einer Apotheke (*davā-ḥānah*) den Weg für eine Produktion von uniformen Medikamenten in größerem Rahmen. 1905 folgte diesem Beispiel Ḥakīm Ḥāfīz ‘Abd-al-Majīd und gründete Hamdard, das heute wohl die bekannteste Organisation auf diesem Gebiet ist.²⁰⁵

Der zweite Abschnitt des praktischen Teils behandelt verschiedene Rezepte für zusammengesetzte Medikamente (*murakkabāt*) sowie eine Liste von Nahrungsmitteln und deren Wirkung. Die Rezepte sind alphabetisch angeordnet und in zwei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe behandelt Rezepturen aus der Tradition des *yūnānī*, die zweite Rezepte des *āyurveda*. Iḥsān ‘Alī nennt letztere jedoch indische Rezepturen (*tarākīb-i hindīyah*) gegenüber den griechischen (*advīyah-i murakkabah-i yūnānīyah*). Dies ist die einzige Stelle im gesamten Buch, an der er den Begriff *yūnānī* für Medizin verwendet, während er sonst immer von *ṭibb* spricht.²⁰⁶ Er trennt die beiden Traditionen des *āyurveda* und des *yūnānī* zwar, allerdings nur in geographischer Hinsicht. Eine Abgrenzung zum *āyurveda* als eine dem *yūnānī* fremde Tradition findet nicht statt. So werden in der Einleitung sogar einige Werke der *āyurveda*-Tradition zitiert:

205 Barbara D. Metcalf, „Hakim Ajmal Khan“, S. 302; Anil Kumar, „The Indian Drug Industry under the Raj, 1860-1920“, Biswamoy Pati, Mark Harrison (Hrsg.), *Health, Medicine and Empire, Perspectives on Colonial India*, (New Perspectives in South Asian History; 1), Hyderabad [u.a.]: Orient Longman, 2001, S. 356-385, hier S. 377f.

206 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 5f.

„Obwohl im Vergleich von *Pothī Baid Darpan*, *Bang Sīn*, *Ras Pradīp* [wahrscheinlich *Rasa-pradīpa*²⁰⁷], *Sārang Dhar* [wahrscheinlich *Śārṅgadhara-saṃgraha*²⁰⁸] etc. deutlich wird, dass jede Behandlung mit zahlreichen Rezepten beschrieben wurde, werden in diesem Buch einige einfache Rezepte [...] gegeben.“²⁰⁹

Die Werke werden ohne weitere Erklärung als Quellen angegeben, sodass eine Differenzierung zwischen den beiden Traditionen nicht ersichtlich wird. Im Gegenteil werden diese vielmehr als Einheit dargestellt, die sich einzig unter geographischen Aspekten teilt. Damit konstruiert Iḥsān ‘Alī einen gemeinsamen Diskurs von *āyurveda* und *yūnānī*, welche einzig geographisch getrennt, ansonsten jedoch ohne Bedenken miteinander kombinierbar sind. Dies schafft einen gemeinsamen Diskurs indigener Medizin gegenüber der westlichen Medizin, von der eine Distinktion angestrebt wurde. Attewell spricht in diesem Zusammenhang von *desī ṭibb* (indigenes *ṭibb*). Andere *ḥukamā* argumentierten in diesem Zusammenhang noch deutlicher für eine starke Verwurzelung des *yūnānī* in Südasien und lösten selbst die geographische Trennung auf. Sowohl *yūnānī* als auch *āyurveda* seien durch ihre Verankerung im südasiatischen Kontext besser für Inder geeignet als die westliche Medizin:²¹⁰

„European medicine might provide excellent results for Europeans, the defenders of the Indian medical systems held, for Indians however, plants and herbs growing locally were not only cheaper, but also better adapted to their bodies.“²¹¹

Damit wurde eine indische Identität, die sich deutlich von den Europäern abgrenzt, geschaffen. Folglich sind im *Ṭibb-i Iḥsānī* bereits die Wurzeln für einen aufkeimenden Nationalismus gelegt, der die indigenen Medizintraditionen als einen wichtigen Distinktionsmarker der indischen Identität instrumentalisiert.

Der theoretische Teil des *Ṭibb-i Iḥsānī* ist also sowohl im Aufbau als auch inhaltlich an Vorbildern wie Ibn Sīnā orientiert. So wird eine eindeutig humorale Theorie präsentiert, wenngleich deutlich reduziert und verkürzt. Die von der Philosophie geprägte Konzeption einer Spiegelung des Makrokosmos im Mikrokosmos des menschlichen Körpers entfällt. Auch die Diagnose und Therapiearten werden stark verkürzt dargestellt, wodurch sie nur noch eingeschränkt anwendbar bleiben. Diese Vereinfachungen sind der Sakralisierung der Medizin geschuldet, in deren Folge eine

207 Sures Chandra Banerji, *A Companion to Sanskrit Literature, Spanning a Period of over Three Thousand Years, Containing Brief Accounts of Authors, Works, Characters, Technical Terms, Geographical Names, Myths, Legends and Several Appendices*, 2. ed., Delhi [u.a.]: Motilal Banarsidass, 1989, S. 627.

208 Ebd., S. 627

209 Iḥsān ‘Alī, *Ṭibb-i Iḥsānī*, S. 101.

210 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 147ff.

211 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 115f.

möglichst weitreichende Verbreitung medizinischen Wissens angestrebt wird. Ziel ist es nun weniger, vollständiges medizinisches Wissen zu vermitteln, als vielmehr eine schnelle praktische Anwendbarkeit zu gewährleisten. Eine exakte Diagnose tritt in dessen Folge in den Hintergrund. Die traditionellen Diagnosemethoden verlieren an Bedeutung und werden auf nur wenige Zeichen reduziert. Das Hauptaugenmerk liegt stattdessen auf der Patientenaussage, die jedoch nur in begrenztem Maße Einblick in die humoralen Ursachen einer Krankheit liefern kann.

Auch der praktische Teil des *Tibb-i Iḥsānī* spiegelt dies wider. Die Behandlung orientiert sich vor allem an Symptomen, die leicht vom Patienten beschrieben werden können. Diese Symptome werden nur selten in Verbindung zur Humoraltheorie gesetzt. Eine Ätiologie fehlt zumeist und die ausleitenden Therapien werden kaum empfohlen. Selbst die vereinzelt Hinweise hierauf sind nur begrenzt praktikabel, da die reduzierte Darstellung der Diagnose eine exakte Feststellung der humoralen Ursachen kaum gewährleistet und die ausleitenden Behandlungsarten ebenfalls zu knapp dargestellt werden, als dass sie nur auf dieser Grundlage angewandt werden könnten. Daraus resultiert eine vorwiegend symptomatische Behandlungsweise, die auf uniforme Medikation setzt und die individuelle Konstitution des Patienten unberücksichtigt lässt. Die Bedeutung der Theorie tritt so stark zurück, dass sie mehr einen symbolischen Charakter trägt. Attewell zeigt gar, dass die Theorie des *yūnānī* auf die Praxis keine Auswirkung habe und einzig als Distinktionsmerkmal diene:

„[F]oundational theory could be considered fundamental to the 'survival' (pitched in this term) of *tibb*, but also problematic, marginal and even irrelevant to the practice of healing.“²¹²

Er begründet dies unter anderem mit der weit verbreiteten Anwendung von sog. *mujarrabāt*, d.h. Medikamenten, die sich durch Erfahrung als wirksam erwiesen haben. Eine Bezugnahme zur Humoraltheorie und Legitimation durch diese finde erst im Anschluss statt, *nachdem* die Medikamente sich aus der Praxis als wirkungsvoll herausgestellt haben. Damit habe die Theorie durchaus eine diskursive Realität, die der Distinktion diene. Die Eigenständigkeit des *yūnānī* bleibe damit durch Abgrenzung zu anderen Diskursen, d.h. medizinischen Traditionen, gewahrt.²¹³

Auch im *Tibb-i Iḥsānī* wirkt sich die Theorie nur geringfügig auf die Behandlungen aus. Die Stellen, die Bezug hierauf nehmen, bleiben hingegen aufgrund von Vereinfachungen und Verkürzungen nur in begrenztem Maße praktikabel. Dennoch stellt auch im *Tibb-i Iḥsānī* die Theorie eine diskursive Realität dar, die die Distinktion des *yūnānī* zu anderen Traditionen wahrt. Allerdings richtete sich die Abgrenzung weniger gegen das *āyurveda*, welches Iḥsān ‘Alī vielmehr

212 Guy Attewell, „Yunani *Tibb* and Foundationalism in Early Twentieth Century India“, S. 144.

213 Ebd., S. 142.

integrierte. Die Distinktion muss stattdessen im Kontext der immer stärkeren Verbreitung der westlichen Medizin und dem damit entfachten Machtkampf um das medizinische Monopol gesehen werden. Das zunächst auf gegenseitigem Austausch beruhende Verhältnis zwischen westlicher Medizin und dem *yūnānī* wandelte sich ab etwa Mitte des 19. Jahrhunderts zu einem Gefühl der Überlegenheit seitens der Briten. Infolgedessen gründeten sie *dispensaries*, die die Akzeptanz der westlichen Medizin in der Bevölkerung steigern sollten. Der daraus resultierende Machtkampf um das medizinische Monopol Indiens brachte im *yūnānī* eine Reform hervor, die zunächst von der neuen Strömung der auf Urdu schreibenden *ḥukamā'* ausging und die Verbreitung des bisher geheimen medizinischen Wissens anstrebte, um den Gebrauch und die Anwendung des *yūnānī* zu wahren.²¹⁴ Erst als die traditionellen *ḥakīm*-Familien hierdurch ihr Monopol gefährdet sahen, reagierten auch diese ihrerseits mit einer Reform und trieben eine Institutionalisierung voran, um sich von den aus ihrer Sicht schlecht ausgebildeten *ḥukamā'* des institutionsfernen *yūnānī* abzugrenzen, aber auch um eine einheitliche Ausbildung zu gewährleisten und ihrerseits im medizinischen Machtkampf bestehen zu können.²¹⁵ Die Reform der institutionsfernen *ḥukamā'* wandte sich damit zunächst vor allem gegen eine Vereinnahmung des *yūnānī* durch die westliche Medizin. Eine Distinktion hiervon war von zentraler Bedeutung, was durch den Bezug zur Theorie des *yūnānī* gewährleistet wurde.

Ende des 19. Jahrhunderts wurde das *yūnānī* aber auch von den *'ulamā'* als Distinktionsmerkmal einer muslimischen Identität aufgegriffen. Damit lösten sie jedoch das *yūnānī* aus dem gemeinsamen Diskurs indigener Medizin und instrumentalisieren das *yūnānī* als *islāmī ṭibb* für eine muslimische Identität.²¹⁶ *Yūnānī* wurde zum Teil des Curriculums in Deoband und auch in Maulānā Ašraf 'Alī Thānavīs *Bihīštī Zevār* thematisiert. Das *Bihīštī Zevār* hatte die religiöse Erziehung muslimischer Frauen zum Ziel und enthielt auch einen Teil über *yūnānī*. In einer Liste mit Referenzen wird auch Iḥsān 'Alīs *Ṭibb-i Iḥsānī* zitiert.²¹⁷ Während also das institutionsferne *yūnānī* zunächst nur als Reform des *yūnānī* intendiert war, die ein Bestehen gegen die westliche Medizin gewährleisten sollte und sogar eine gemeinsame Identität von *āyurveda* und *yūnānī* konstruierte, wurde diese Strömung um die Jahrhundertwende von den *'ulamā'* rezipiert und als Ausgangspunkt genutzt, um das *yūnānī* als Distinktionsmerkmal für eine muslimische Identität zu instrumentalisieren. *Yūnānī* wurde damit über den rein medizinischen Kontext hinaus zu einem

214 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 205; Ulrike Stark, *An Empire of Books*, S. 292.

215 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 74ff.; David Arnold, *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, S. 180.

216 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 321f.

217 Anna Vanzan, „Medical Education of Muslim Women in Turn-of-the-Century India“, S. 3, 6.

identitätsstiftenden Marker ausgeweitet, auf der einen Seite für eine indische Identität von Vertretern des *desī ṭibb* und auf der anderen Seite von den '*ulamā*' für eine muslimische Identität.

4. *Tahzīb-i Iḥsānī*

Das Kolophon des *Tahzīb-i Iḥsānī* fasst den Inhalt des 63-seitigen Werkes in knappen Worten als Erziehung des Menschen (*tarbīyat-i insānī*) zusammen.²¹⁸ Iḥsān ‘Alī führt dies in insgesamt 30 Kapiteln – er nennt diese *tahzīb* (Kultur bzw. hier vielmehr Verfeinerung, Erziehung) –, in denen er religiöse, medizinische, aber auch finanzielle Themen behandelt, aus. Zunächst sollen hier die mit der Religion in Verbindung stehenden Erläuterungen dargestellt werden. In einem zweiten Teil werden schließlich die medizinischen Aspekte des *Tahzīb-i Iḥsānī* diskutiert. Iḥsān ‘Alī führt den Leser nach einer knappen Preisung Gottes und des Propheten anhand eines Lobes auf die Schöpfung Gottes in die Thematik ein:

„[D]er Schöpfer der Welt hat seine Macht auch derartig offenbar gemacht, dass er durch die rechte Verfeinerung vielen [Dingen] einen höheren Rang gibt und ihren Wert steigert. Sieh, wie wertvolle Edelsteine durch Reiben und Polieren zu funkeln und glänzen beginnen, dass das Herz der Begüterten ganz unruhig wird. [...] Pferde sind von solch störrischer und widerspenstiger Natur, dass sie wegen ihrer Stärke und ihres Eigensinns Dämonen genannt werden. Durch Dressur werden sie so anständig und zahm, dass sie durch ihre Geschwindigkeit und ihren anmutigen Schritt die Herzen erfreuen und die Augen zum Strahlen bringen.“²¹⁹

Anhand zahlreicher Beispiele stellt Iḥsān ‘Alī dar, dass die Dinge der Schöpfung durch verschiedene Formen von Zierden und Schmuck verfeinert werden könnten. Nun beschränkt er dies jedoch nicht nur auf Pflanzen, Tiere und Mineralien, sondern bezieht dies auch und sogar vornehmlich auf den Menschen, der die ehrenwerteste und erhabenste Schöpfung (*mahlūqāt se ašraf va akram*) sei.²²⁰ Doch habe auch der Mensch diesen Rang nicht ohne eigenes Zutun und von selbst inne, sondern benötige ebenfalls eine Verfeinerung:

„So ist der Mensch besser und intelligenter als die meisten Geschöpfe und hat die Fähigkeit, bewusst zu handeln. Wenn sein Verhalten angenehm und sein Charakter gut ist, wie könnte er dann nicht von seinem Schöpfer geliebt und das lobenswerteste Wesen der Schöpfung sein. Gott sei Dank, dass er die Natur des Menschen derartig geschaffen hat, dass er fähig zu Bildung und Wissen [*ta ‘līm va ta ‘allum*] ist.“²²¹

Denn Gott habe den Menschen „abhängig von Bildung und Kultur geschaffen, ohne Erziehung und Instruktion kann er nicht zwischen guten und schlechten Dingen unterscheiden.“²²² Die für den Menschen entsprechende Verfeinerung erkennt Iḥsān ‘Alī also in der Bildung. Erst diese befähige den Menschen, den Verstand, der ihn von den übrigen Geschöpfen unterscheidet, zu nutzen. Daher

218 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 63.

219 Ebd., S. 3.

220 Ebd., S. 4.

221 Ebd., S. 4.

222 Ebd., S. 5.

ist es Ziel des *Tahzīb-i Iḥsānī*, die „notwendigen religiösen sowie weltlichen Angelegenheiten“²²³ zu vermitteln. Womöglich als Legitimation hierfür führt Iḥsān ‘Alī am Ende des Werkes bereits erwähnte Zeugnisse seiner Tätigkeit als Anwalt an, in denen er durchweg als zuverlässig gelobt wird:

„Ich habe über den Anwalt Iḥsān ‘alī eine sehr gute Meinung. In jedem Rechtsfall, der den Staat betraf, hat er den Nutzen für den Staat deutlich berücksichtigt. In Fällen von Klienten, die sich an ihn wandten, hat er äußerste Gerechtigkeit bewiesen. Ich habe niemals davon erfahren, dass Iḥsān ‘alī einen fragwürdigen oder erlogenen Fall angenommen hätte. Neben großer Ehrbarkeit ist er intelligent und besitzt große Erfahrung und Wissen. [Unterschrieben von] J. Power, amtierender Richter. 8. März 1866“²²⁴

Iḥsān ‘Alī zieht also Zeugnisse seiner britischen Vorgesetzten heran, um seinen aufrichtigen Charakter zu belegen, der es ihm erlaubt, ein erzieherisches Werk über die Verfeinerung der Sitten für den muslimischen Kontext zu verfassen. Damit findet eine Verquickung zwischen britischen und muslimischen Moralvorstellungen statt, die sich in reformislamischen Idealen einander angenähert haben. Iḥsān ‘Alī verschränkt die beiden Diskurse miteinander und kann sie so gegeneinander austauschen.²²⁵

A. Religiöses Verhalten im *Tahzīb-i Iḥsānī*

Im ersten *tahzīb* diskutiert Iḥsān ‘Alī das rechte Verhalten Gott gegenüber und betont, dass jeder seinen Schöpfer erkennen müsse. Der Glaube, die Schöpfung eines Kindes liege in der Macht von Mann und Frau, die miteinander Geschlechtsverkehr haben, sei fatal. Er beschreibt kurz die Entstehung eines Kindes mit der Verbindung des männlichen und weiblichen Samens (*mard va ‘aurat kī manī*) und stellt fest, dass die Vorstellung, alleine durch die Zusammenkunft zwischen Mann und Frau finde ein Schöpfungsvorgang statt, ein großer Irrglaube und Blindheit sei. Denn zahlreiche Ehepartner könnten trotz ihres Wunsches kein Kind zeugen. Daraus folgert Iḥsān ‘Alī, dass allein Gott der Schöpfer sowohl der Welt als auch eines jeden Kindes sei. Daher solle man Gott danken, seiner im Gebet gedenken, nach seinen Regeln leben und nur ihn als Schöpfer anerkennen. Wünsche und Bitten sollen einzig von ihm erbeten werden.²²⁶

Iḥsān ‘Alī stellt damit einen auf medizinischen Argumenten basierenden Gottesbeweis vor. Da nicht der Akt des Geschlechtsverkehrs alleine zur Zeugung eines Kindes führe und demnach der

223 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 4.

224 Ebd., S. 6.

225 Margrit Pernau, „Teaching Emotions, The Encounter between Victorian Values and Indo-Persian Concepts of Civility in Nineteenth-Century Delhi“, Indra Sengupta, Daud Ali (Hrsg.), *Knowledge Production, Pedagogy, and Institutions in Colonial India*, New York: Palgrave Macmillan, 2011, S. 227-247, hier S. 237.

226 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 6ff.

Mensch keine schöpferische Kraft besitze, schlussfolgert er daraus die Existenz und Wirkmacht Gottes. Er verbindet so Medizin mit Religion. Weiterhin geht er von der Einheit Gottes aus, weshalb Bitten alleine an Gott zu richten seien. Damit kritisiert der Autor Konzepte des Sufismus, denen gemäß Bittgebete auch an Sufi-Heilige gerichtet werden könnten, wodurch sie in ihrer Wirkung vor Gott erhöht würden. Mit dem Aufkommen des Reformislams erwachte heftige Kritik an solchen und ähnlichen als Exzesse des Sufismus begriffenen Vorstellungen. Der Rückbezug auf Koran und *ḥadīṭ*, welche als Urquellen des Islam konzipiert wurden, brachte eine Ablehnung solcher als unislamische Neuerungen verstandenen Konzepte mit sich. Im Vordergrund stand stattdessen vielmehr die Betonung der Einheit Gottes als zentrale Nachricht des Islam.²²⁷ In dieser Hinsicht leuchten auch im *Tahzīb-i Iḥsānī* fundamentale reformislamische Vorstellungen auf.

Das zweite *tahzīb* widmet sich den Nahestehenden Gottes (*muqarrabān-i āfrīdagār*). Diese Bezeichnung lässt keinen eindeutigen Schluss darüber zu, ob Iḥsān ‘Alī dies nur auf die Propheten oder möglicherweise auch darüber hinaus auf Sufi-Heilige bezieht. Da er jedoch gesondert in einem Kapitel das rechte Verhalten dem Lehrer (*ustād*) und spirituellen Meister (*muršīd*) gegenüber behandelt, scheint dieses Kapitel nur den Propheten gewidmet zu sein.

Iḥsān ‘Alī bezieht sich auf seinen Gottesbeweis des vorangehenden Kapitels und folgert hieraus die Transzendenz Gottes. Da Gott für den Menschen unerreichbar sei, seien nur seine Eigenschaften erfahrbar. Daher sei es notwendig gewesen, dass Gott mittels der ihm Nahestehenden die Menschen Themen von religiösem aber auch weltlichem Nutzen lehre. Es werden nun einige dieser Themen wie Dankbarkeit gegenüber Gott, Gehorsam dem Herrscher gegenüber, Respekt gegenüber den Eltern oder das Verbot von Mord und Ehebruch angesprochen. Viele dieser Themen werden auch im *Tahzīb-i Iḥsānī* behandelt wird.²²⁸ Iḥsān ‘Alī begreift sein Werk damit als ein Lehrbuch oder einen Ratgeber zur rechten Lebensführung gemäß dem Islam:

„[Dies ist] ein kurzes und geringes Buch, ein Wegweiser zur Erziehung religiöser wie weltlicher Angelegenheiten unter dem Titel *Tahzīb-i Iḥsānī*, dessen Themen fern von Widersprüchen zur Religion und frei von Verbohrtheit und Befangenheit sind [...].“²²⁹

Der Autor greift damit die reformislamische Prämisse auf, die eine Trennung von Weltlichem und Religiösem negiert, wodurch Religion einen Wandel zum Diesseitigen erfährt und daher in alle Aspekte des Lebens eingreift.²³⁰ Bereits im ersten Kapitel wird diese Verbindung von Weltlichem

227 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 67.

228 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 9f.

229 Ebd., S. 4.

230 Francis Robinson, „Religious Change and the Self“, 7.

und Religiösem in *Iḥsān ‘Alī*s Gottesbeweis mit medizinischer Argumentation deutlich. Mit der Zielsetzung, ein Wegweiser in religiösen wie auch in weltlichen Belangen zu sein, verfolgt das *Tahzīb-i Iḥsānī* ähnliche Ziele wie die im 19. Jahrhundert aufkommende islamische Ratgeberliteratur, deren prominentestes Werk das *Bihīštī Zevar* ist. Dieses Genre wendet sich jedoch anders als das *Tahzīb-i Iḥsānī* an muslimische Frauen, die in der Rolle als Mütter und damit als primäre Erzieher des Nachwuchses eine zentrale Stellung für die Wahrung einer muslimischen Gesellschaft erhalten.²³¹ Das *Tahzīb-i Iḥsānī* zielt hingegen kein geschlechtsspezifisches Publikum an, nur an einigen Stellen wird explizit ein männliches Publikum angesprochen.

Auffällig ist im *Tahzīb-i Iḥsānī* die Rolle des Propheten, die stark von der reformislamischen Auslegung differiert. Da eine Trennung zwischen Weltlichem und Religiösem entfällt, avanciert der Prophet zum besten Vorbild in jeder Situation des Lebens. Doch im *Tahzīb-i Iḥsānī* spielt der Prophet nahezu keine Rolle. Das Kapitel über die Gott Nahestehenden erwähnt weder Muhammad noch einen der übrigen Propheten namentlich und auch im Rest des Buches werden diese nicht genannt.²³² Eine herausgehobene Stellung Muhammads, wie sie für die verschiedenen reformislamischen Bestrebungen typisch ist, lässt sich im *Tahzīb-i Iḥsānī* nicht feststellen. Stattdessen steht Gott im Zentrum. Die Darstellung bleibt daher häufig abstrakt, da ein Bezug auf das Leben Muhammads als Konkretisierung ausbleibt.

Wenngleich der Prophet im *Tahzīb-i Iḥsānī* keine exponierte Stellung innehat, so werden dennoch zahlreiche andere reformislamische Konzepte rezipiert. Dies setzt sich auch in dem bereits erwähnten Kapitel über Lehrer und *muršid* fort. Wissen erlangt hier eine große Bedeutung und, wer immer daran Anteil habe, sei großen Respekts würdig. Die Dienste des Lehrers, der sein Wissen an den Schüler weitergibt, beschreibt *Iḥsān ‘Alī* daher als unbezahlbar und nur mit Ehrerbietung und Respekt aufwiegbar. Gleiches gelte auch für den spirituellen Lehrer (*muršid*). Doch müsse diese Verehrung auch Grenzen haben.²³³

„Allerdings übertreibe man bei der Verehrung des *muršid* nicht in solchem Maße, dass man ihn als Gott und den Personen der höchsten Stufe [d.h. den Propheten] gleich oder darüber hinaus begreife.“²³⁴

Auch hier greift *Iḥsān ‘Alī* Ideen des Reformislam auf. Šāh Valīallāh als einflussreichster Reformier ist hier das beste Beispiel. Er negierte keineswegs die Lehren des Sufismus und war selbst in

231 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 142.

232 *Iḥsān ‘Alī*, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 9ff.

233 Ebd., S. 13.

234 Ebd., S. 13.

verschiedenen Sufi-Orden initiiert, verurteilte jedoch einzelne Elemente wie übermäßige Heiligenverehrung als Exzesse des Sufismus.²³⁵

In einem späteren Kapitel diskutiert Iḥsān ‘Alī wirtschaftliche Aspekte des Lebens und unterscheidet je nach Umgang mit Geld drei Typen von Menschen. Die erste Gruppe lege großen Wert auf schöne Kleider und gutes Essen und betreibe Ehebruch. Ihnen fehle der rechte Sinn zur Organisation und dem Umgang mit Geld. Dieser verschwenderische Lebensstil, der sie früher oder später zwingt, Kredite aufzunehmen, stoße nicht nur sie, sondern auch ihre Nachfahren in Unglück. Die zweite Gruppe habe einen mittelmäßig ausgeprägten Sinn für Finanzen. Sie hielte ihre Ausgaben gemäß dem Einkommen und mache nie Schulden. Kredite verabscheuten sie. Dadurch könnten sie jedoch ihren Nachkommen nichts hinterlassen. Allein die dritte Gruppe sei mit ihrem ausgeprägten Sinn für Finanzen und perfekter Organisation in der Lage, den Nachkommen ein Vermögen zu vererben. Diese achteten auf ein Leben im Einklang mit der Religion und sorgten sich um ihr Leben im Jenseits. Religiös illegitime Einnahmen wie durch Diebstahl, Betrug oder auch Glücksspiel seien ihnen zuwider. Diese Gruppe beschreibt Iḥsān ‘Alī als Personen von edler Natur (*ašḥāṣ-i šarīf at-ṭab*).²³⁶

Es wird eine Kritik an der sogenannten *navābī*-Kultur mit einem verschwenderischem Lebensstil, den Kurtisanen und dem Glücksspiel laut. Dieser Lebensstil wurde vor allem von den hochgeborenen Muslimen der *navāb*-Schicht gelebt, aber fand auch darüber hinaus rege Nachahmung in den übrigen Gesellschaftsschichten. Demgegenüber präsentiert Iḥsān ‘Alī, ganz gemäß den Prämissen des Reformislams, einen sparsamen Umgang mit den Finanzen, der auf die Zukunft bedacht ist, als dem Islam entsprechend. Dies sei der Lebensstil eines *šarīf* (Sg. von *ašrāf*). Der Begriffswandel, den dieses Wort mit dem Erscheinen der aufstrebenden Schicht der *ašrāf* und deren Rezeption des Reformislams erlebte, wird hier ganz deutlich. *Šarīf* weist nun nicht mehr auf eine hohe Abstammung, sondern auf eine fromme Lebensführung hin, die nach dem Wohl des Islam strebt.²³⁷

Im *Tahzīb-i Iḥsānī* sind demnach zentrale reformislamische Konzepte zu finden. Iḥsān ‘Alī schneidet den Heiligenkult als einen Exzess des Sufismus an, wenngleich er den Sufismus keineswegs negiert. Dennoch betont er den *tauḥīd* (Einheit Gottes), der die Verehrung anderer Gott

235 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 67; das Verhältnis zum Sufismus war eines der entscheidenden Differenzen der verschiedenen Reformbewegungen des 19. Jahrhunderts, obgleich sie sich allesamt auf Šāh Valīallāh beriefen; es wäre jedoch fraglich, Iḥsān ‘Alī nur auf dieser Grundlage einer dieser Strömungen zuordnen zu wollen, da er vielmehr ein Bild des Reformislam zeichnet, das im Großen und Ganzen all den Strömungen gemeinsam war.

236 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 20.

237 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 202.

Ebenbürtiger nicht zulasse. Andererseits wird im *Tahzīb-i Ihsānī* auch die größere Verantwortung zur Wahrung einer muslimischen Gesellschaft, die im Reformislam vom Staat auf das Individuum übergeht, deutlich. Ehrwürdigkeit (*šarāfat*) drückt sich nicht mehr durch Abstammung und Besitz, sondern durch das fromme Handeln und den Einsatz für den Islam aus. Bildung erhält in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle als Voraussetzung, das Leben nach den Vorgaben des Islam ausrichten zu können. Weiterhin erfährt Religion einen Wandel zum Diesseitigen und geht über den reinen Gottesdienst hinaus. *Šarāfat* definiert sich nun über das individuelle Handeln im alltäglichen Leben, sodass Religion und Weltliches eine Verbindung eingehen. Während jedoch in diesem Kontext der Prophet für gewöhnlich als bestes Vorbild herangezogen wird, bleibt dies im *Tahzīb-i Ihsānī* aus.

B. Verschränkung von Medizin und Religion

Das Kapitel zum Thema Jenseits (*mu'ād*) lässt deutlich werden, dass nicht nur eine Verbindung von alltäglichem Leben und Religion stattfindet, sondern auch die Medizin in Bezug zur Religion gesetzt wird:

„Das Jenseits wird eine religiöse Angelegenheit genannt und die Intelligenten erkennen die religiösen Angelegenheiten als den weltlichen übergeordnet. Denn die Religion ist dauerhaft und beständig. Die Welt ist nicht von Dauer und voll von Elend. Doch häufig sind weltliche und religiöse Angelegenheiten miteinander verwoben und überschneiden sich [*bā-ham mah̄lūt va muhtaliť*].“²³⁸

Im Folgenden führt der Autor die Reinheit (*tahārat*) als Beispiel an:

„Beispielsweise die Reinheit, die, obwohl eine religiöse Angelegenheit, auch weltlichen Nutzen trägt.“²³⁹

So führt Ihsān 'Alī weiter aus, dass es zwei Arten von Reinheit gebe, eine äußerliche und eine innere. Die äußerliche sei die Reinhaltung des eigenen Körpers und der Kleidung. Die innere hingegen bedeute, sich von Ungläubigkeit und Polytheismus in jeglicher Form, aber auch von Feindschaft zu anderen fernzuhalten. Den genauen Vorgang der äußerlichen Reinigung beschreibt der Autor nicht, sondern verweist auf die Regeln der Religion (*muwāfiq aḥkām-i mazhabī ke*). Auch der weltliche Nutzen wird nicht erneut aufgegriffen, sondern scheinbar als selbsterklärend verstanden. Als weiteres Beispiel führt er den Gottesdienst (*ibādat*) an, den er ebenfalls in zwei Kategorien einteilt. Die erste sei eine von Gott erteilte Pflicht, ein Unterlassen sei sündhaft.²⁴⁰

„Es gibt zwei Arten von Gottesdienst. Die erste hat der von seinen Dienern wahre Angebetete mittels ausgewählter Personen [*ašhāš-i mahšūš*] seinen Dienern aufgetragen. Das Unterlassen führt zur

238 Ihsān 'Alī, *Tahzīb-i Ihsānī*, S. 18.

239 Ebd., S. 18.

240 Ebd., S. 18f.

Feindschaft des Schöpfers und wird als ungehorsam gegenüber Gott und einer Strafe würdig betrachtet.²⁴¹

Die zweite Kategorie beinhaltet Formen der Anbetung, die Gott seinen ausgewählten Dienern mitgeteilt habe. Diese seien freiwillig, aber vor Gott sehr lobenswert:

„Zweitens haben die ausgewählten Diener des erhabenen Schöpfers die Diener darüber belehrt, was Gott gefalle. Diese Dinge wurden vom einem Mund zum anderen, sei es auch in schriftlicher Form, überliefert.“²⁴²

Damit verweist *Iḥsān* ‘Alī höchstwahrscheinlich auf das Vorbild des Propheten Muhammad, wie in der *ḥadīṣ*-Literatur überliefert, aber auch anderer Propheten. Die Darstellung bleibt damit sehr abstrakt und ein Bezug auf Überlieferungen selbst bleibt aus. Insgesamt strebt *Iḥsān* ‘Alī mit diesem Kapitel keine Beschreibung der rituellen Waschung oder des Gebets an. Er weist vielmehr über den reinen Ritus hinaus auf die innere Wirkung und damit die Verbindung zum Diesseits und dem tagtäglichen Leben des Menschen hin. So betont er, dass ohne eine reine Absicht (*nīyat*) und Konzentration auf den Gottesdienst dieser hinfällig werde, also ein leerer Ritus. In Bezug auf die Reinheit trennt er noch deutlicher zwischen dem Rituell der äußeren Waschung und der inneren Reinheit, die ihre Wirkung im Handeln des Individuums entfalte. Doch auch die äußerliche Reinheit ist in dieser Verstrickung von Religion und Weltlichem über den Ritus hinaus in Form von Hygiene mit einbegriffen. So führt er in einem anderen Kapitel zur körperlichen Gesundheit aus:

„[D]er äußere Körper soll durch Hygiene [*śust va śū*] und Duschen [*ḡuṣl*, auch rituelle Ganzkörperwaschung] von Dreck und Schweiß rein gehalten werden.“²⁴³

Hier wird nun der Kreis geschlossen und der Nutzen der religiösen Reinheit erklärt. Die rituelle Waschung erhält damit über den religiösen Aspekt hinaus eine medizinische Legitimation. Das Sakrale wird durch das Profane ergänzt und durch Letzteres auch in seiner diesseitigen Wirkung begründet und erläutert.

In einem weiteren Kapitel thematisiert *Iḥsān* ‘Alī den Geschlechtsverkehr. So habe Gott den Menschen als Mann und als Frau geschaffen und ihnen für die Zeit der Jugend die Lust gegeben. Es gebe vier Arten, diese auszuleben, von denen drei verboten seien. Die erste hiervon ist der Geschlechtsverkehr mit Prostituierten:

„Erstens: Es ist verboten, mit Prostituierten, die dies öffentlich als Beruf betreiben, [...] zu verkehren. Gott bewahre, damit gehen zahlreiche Übel einher. Erstens wird Gott gegenüber Ungehorsam und eine Sünde begangen, für die der Schöpfer äußerst strenge Strafen verkündet hat. Zweitens wird das eigene

241 *Iḥsān* ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 19.

242 Ebd., S. 19.

243 Ebd., S. 26.

Vermögen und die eigene Sexualität [...] vergeudet. Drittens sind solche Frauen ungebunden [in ihrem sexuellen Verkehr] und häufig an Syphilis und Gonorrhoe erkrankt. Aber sie verheimlichen ihre Krankheit [*nā-ba-kār*] nach Möglichkeit aus Angst vor finanziellem Verlust und Schaden ihrer Ehre und die Männer können aufgrund übermäßiger Begierde keine Untersuchung vornehmen. Da dies ansteckende Krankheiten sind, können sie sich auf den Geschlechtspartner übertragen und großes Unheil bringen. Viertens: Sollte sie schwanger werden und ein Sohn geboren werden, so wird er Zuhälter [*bharvā aur qaltbān*] genannt werden und wegen dieses Berufs für immer eine Schande und Demütigung des unwissenden Vaters sein. Wenn ein Mädchen geboren werden sollte, ist ihr eine solche Schande und Schmach zuteil, dass selbst ein Stift sich vor ihrer Beschreibung schämt und ekelt.“²⁴⁴

Iḥsān ‘Alī ergänzt hier das religiöse Verbot des unehelichen Geschlechtsverkehrs in Bezug auf Prostituierte mit zwei weiteren profanen Gründen. Zum einen verurteilt er dies als Geldverschwendung, was er bereits in vorigen Kapiteln hat anklingen lassen. Zum anderen argumentiert er hier aber auch aus medizinischer Sicht mit der Gefahr von Geschlechtskrankheiten, die sich beim Verkehr mit Prostituierten übertragen können. Göttliche Gesetze erhalten damit eine Erklärung außerhalb des Sakralen und werden als zusätzliche Legitimation bzw. Erläuterung der göttlichen Absicht hinter den Geboten herangezogen. Darin zeigen sich erste Ansätze des heute weit verbreiteten Ansatzes von „Islam and Science“. Auch hier wird versucht, den Koran und göttliche Gebote mit wissenschaftlichen Argumenten zu belegen und zu fundieren.²⁴⁵

Im Umkehrschluss lässt sich daraus aber auch folgern, wer sich von religiös Illegitimen fern hält, nimmt damit auch positiv Einfluss auf seine Gesundheit. Schließlich versucht Iḥsān ‘Alī mit dem oben gegebenen Beispiel darzulegen, dass die göttliche Absicht hinter Verboten das Wohl der Menschen und in diesem Fall auch ihrer Gesundheit sei. Deutlicher wurde dies bereits im vorangehenden Beispiel der Reinheit. Auch das Einhalten der Gebote Gottes hinsichtlich der Reinheit stellt eine regelmäßige Körperpflege und Hygiene sicher und bewahrt damit vor Krankheit. Der Autor erklärt die göttliche Intention der Gebote mit der Sorge um das Wohl seiner Diener. Folglich nimmt der Lebensstil des Individuums, je nachdem, ob er sich an Gottes Gebote hält, Einfluss auf den Gesundheitszustand. Dies wiederum stellt jedoch die Annahme eines geschlossenen Körpers infrage. Denn auch im Paratext des *Ṭibb-i Iḥsānī* sowie in der Konzeption, dass unter anderem die Abstinenz von Geiz und Gier eine grundlegende Voraussetzung für Gesundheit sei, wurde der Einfluss des Handelns und Verhaltens auf den Gesundheitszustand deutlich. In dieser Hinsicht zeigt sich der Körper also vielmehr als offen. So existiert zwar eine

244 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 38f.

245 Vgl. u.a. Maurice Bucaille, *The Qur'an and Modern Science*, von: „<http://www.sultan.org/articles/QScience.html>“, zuletzt überprüft: 19.07.2014.

Barriere zu physischen äußeren Einflüssen, während auf der anderen Seite die Einhaltung religiöser Gebote und Ideale direkt auf die Gesundheit wirkt. Zwar enthält das *Tahzīb-i Iḥsānī* auch zahlreiche Hinweise und Ratschläge auf primär Profanes wie die oben dargestellte Verurteilung eines verschwenderischen Lebensstils. Doch konnte gezeigt werden, dass eine Trennung zwischen Weltlichem und Religiösem negiert wird, Religion also als umfassend auf jede Lebenslage begriffen wird und jedes Handeln somit immer auch im Bezug zum Islam steht.

Der Autor nennt als einzig legitime Art des Geschlechtsverkehrs die Heirat und gibt in diesem Zusammenhang auch einige Hinweise zum rechten Eheleben. Bezüglich der Nachkommen schreibt er:

„Wenn dies [die Geburt von Nachkommen] passiert, so müssen einige Dinge berücksichtigt werden: Erstens sind Frauen häufig in religiösen Angelegenheiten ohne Bildung. Sollte die Ehe mit solch einer Frau geschlossen werden, so begreife man es als Pflicht, sie in religiösen Belangen zu unterrichten.“²⁴⁶

Damit kommen bereits im *Tahzīb-i Iḥsānī* erste Hinweise auf die Rolle der Frau für die religiöse Erziehung des Nachwuchses zum Vorschein, die in der späteren Entwicklung zentral werden soll.

Neben einigen weiteren Empfehlungen für die Ehe geht Iḥsān ‘Alī nun auf die sexuelle Lust ein:

„Nun sollte man wissen, dass die sexuelle Lust die Grundlage einer Ehe ist und die Aufgaben des Haushalts werden nur entsprechend der Ehe erfüllt. Daher werden an dieser Stelle einige wirkungsvolle Rezepte für die sexuelle Lust gegeben, deren Gebrauch mit oder ohne Notwendigkeit ein Höchstmaß an Vergnügen und Genuss gewährleistet.“²⁴⁷

Auf den folgenden Seiten führt Iḥsān ‘Alī nun verschiedene Rezepte sowie einzelne Mittel, die die Lust fördern bzw. verringern, an. Daneben finden sich noch zahlreiche weitere Stellen, an denen der Autor Behandlungen angibt. So diskutiert er direkt im anschließenden Kapitel Schwangerschaft und Geburt und gibt auch hier zahlreiche Rezepte zur Behandlung an. Auch der Prozess der Verdauung wird knapp erklärt. Allerdings werden theoretische Konzepte des *yūnānī* nicht eingeführt:

„Es gilt zu berücksichtigen, dass, wenn die Nahrung in den Magen gelangt, dessen Extrakt [*ḥulāṣah*] in die Leber geleitet und gekocht wird. Das [hieraus entstandene] Extrakt verteilt sich über die Adern im gesamten Körper und dessen [wiederum hieraus entstandene] Extrakt wird zum Teil des Körpers.“²⁴⁸

Die Körpersäfte bleiben in dieser stark gekürzten Darstellung unberücksichtigt. Dennoch wird eine Wirkung der Nahrung auf den Körper ersichtlich. Es werden auch einige Ernährungsregeln gegeben, in welchem Zusammenhang auch auf die Auswahl der Nahrung gemäß der individuellen

246 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 39.

247 Ebd., S. 40.

248 Ebd., S. 26.

Konstitution hingewiesen wird:

„Personen von cholericem [*ṣafrāvī*] Temperament sollten kalte und feuchte; Personen von sanguinem [*damavī*] Temperament sollten kalte und trockene; Personen von phlegmatischem [*balgamī*] Temperament sollten warme und trockene und Personen von melancholischem [*saudāvī*] Temperament sollten kalte und trockene Nahrung verwenden.“²⁴⁹

Eine Erklärung bzw. eine Möglichkeit, das eigene Temperament festzustellen beschreibt Iḥsān ‘Alī jedoch nicht. Damit hat im *Tahzīb-i Iḥsānī* eine noch stärkere Verknappung und Vereinfachung der medizinischen Konzepte stattgefunden.

Medizin wird somit nicht nur zur Erläuterung der Religion, sondern auch unabhängig hiervon herangezogen. Das *Tahzīb-i Iḥsānī* zeigt sich demnach als ein Wegweiser für verschiedenste Situationen des Lebens und bringt diese nach Möglichkeit in Verbindung mit medizinischen Aspekten. Iḥsān ‘Alī fasst den Inhalt des *Tahzīb-i Iḥsānī* als die „Erziehung religiöser wie weltlicher Angelegenheiten“ zusammen, worin die Medizin eine integrale Stellung einnimmt. Zum einen ist die Rolle der Medizin ihrer Sakralisierung geschuldet, die die Aneignung grundlegenden medizinischen Wissens zur Pflicht werden lässt. Doch wird im *Tahzīb-i Iḥsānī* noch ein anderer entscheidender Grund deutlich: Für die Erziehung erstellt Iḥsān ‘Alī einen Bildungskanon, an dessen erster Stelle der Unterricht der Religion steht, gefolgt vom Unterricht der Sprache des Herrschers. An dritter Stelle nennt der Autor schließlich die Medizin:

„Drittens: Unterrichten Sie die Medizin [*‘ilm-i ṭabābat*], wodurch man die eigene Gesundheit und die der Angehörigen wahren sowie Krankheit heilen kann. Man ist unabhängig von Fremden [*ḡair*].“²⁵⁰

Kenntnisse der Medizin sollen also aus einem Streben nach Unabhängigkeit von Außenstehenden der Familie unterrichtet werden. Als Folge der Sakralisierung wird die Medizin ähnlich der Religion zu einer individuellen und privaten Angelegenheiten. Der Staat alleine ist kein Garant mehr für eine islamische Gesellschaft. Diese Verantwortung trägt nun der Einzelne. Dazu verbreiten die *‘ulamā’* ihr Wissen mithilfe des Buchdrucks, um den Einzelnen zu befähigen, seine Pflicht zu erfüllen. Weiterhin verliert der Islam in Britisch-Indien einen Großteil seiner Bedeutung auf den Gebieten der Justiz, Bildung und der Macht. Die Religion wird damit zu einem großen Maß aus dem öffentlichen Leben verdrängt und zu einer privaten Angelegenheit.²⁵¹ Ganz ähnlich greifen auch die Autoren des institutionsfernen *yūnānī* auf den Buchdruck zurück und eröffnen den Zugang zum bisher von traditionellen *ḥakīm*-Familien geheim gehaltenen medizinischen Wissen. Da nun Medizin als Teil der Religion und die Aneignung von Grundkenntnissen hierin als religiöse Pflicht

249 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 22.

250 Ebd., S. 57f.

251 Francis Robinson, *Islam and Muslim History in South Asia*, S. 124f.

angesehen wird, muss dieses Wissen öffentlich zugänglich sein. Aber auch der Prozess der Privatisierung findet in der Medizin statt. Die Verantwortung der eigenen Gesundheit wird nun nicht mehr Außenstehenden übertragen, sondern obliegt ebenfalls dem Individuum oder soll zumindest innerhalb der Familie bleiben. Da nämlich Gesundheit die Voraussetzung zu religiöser Praxis ist, erklärt sich hieraus umgekehrt die Sakralisierung der Medizin:

„Der [Prophet] hat das Wissen über die Medizin aus jenem Grund als übergeordnet bezeichnet, weil ohne körperliche Gesundheit die Erlangung des zweiten Wissens [gemeint ist in Bezugnahme auf eine vorangehend zitierte Überlieferung das religiöse Wissen (*‘ilm al-adyān*)] unmöglich ist.“²⁵²

Zum anderen mag das Streben nach medizinischer Unabhängigkeit auch einem Eindringen Außenstehender in die Privatsphäre der Familie geschuldet sein, insbesondere in Bezug auf die Frauen des Hauses. Die Untersuchung dieser beispielsweise mithilfe der Pulsdiagnose würde die Grenzen des *pardah*, der zu einem zentralen Distinktionsmarker der *ašrāf* gegenüber den unteren Schichten wurde, überschreiten.²⁵³ Auch aus dem Grunde, „die eigene Gesundheit und die der Angehörigen wahren sowie Krankheit heilen“²⁵⁴ zu können, ohne die Grenzen des *pardah* zu überschreiten, mag also eine Unabhängigkeit angestrebt worden sein.

Das *Tahzīb-i Ihsānī* steht zwar hinsichtlich der Erziehung zu rechtem Verhalten und einer Körperkonzeption, die einen Einfluss des Handelns auf den Gesundheitszustand annimmt, in der Tradition der persischen *aḥlāq*-Literatur. Doch wandelt sich im *Tahzīb-i Ihsānī* die politische Theorie der *aḥlāq*-Literatur. Während die persische Tradition die Elementtheorie auf den Staat überträgt und von vier mit den Elementen korrespondierenden Schichten ausgeht, über denen der Herrscher als ordnender *ḥakīm* stehe, der das rechte Gleichgewicht wahre, spielt eine politische Theorie im *Tahzīb-i Ihsānī* keine Rolle. Auch diese Entwicklung ist dem Reformislam und der Übertragung von Verantwortung auf das Individuum geschuldet. Da der Einzelne anstelle des Staates die Verantwortung, eine islamische Gesellschaft zu wahren, übernehmen muss, steht im Zentrum des *Tahzīb-i Ihsānī* anstelle einer politischen Theorie das Individuum und seine Erziehung zu einem den Grundsätzen des Reformislam konformen Lebens. Medizinisches Wissen stellt dabei einen wesentlichen Teil eines kultivierten Menschen dar. Zum einen ermöglicht sie ein Verständnis der göttlichen Absicht religiöser Gebote. Zum anderen kann mit ihr die eigene Gesundheit und die der Familienangehörigen gewahrt werden. Gesundheit wiederum ist eine Grundvoraussetzung für die Ausübung der Religion, worin der Grund ihrer Sakralisierung liegt. Ganz ähnlich argumentiert

252 Ihsān ‘Alī, *Maqālāt-i Ihsānī*, S. 2.

253 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 294f.

254 Ihsān ‘Alī, *Tahzīb-i Ihsānī*, S. 57f.

auch das *Bihīštī Zavar* für die Aneignung medizinischen Wissens.²⁵⁵ Jedoch steht hier die religiöse Erziehung der Frau im Mittelpunkt:

„[...] Gesundheit [...] ist eine religiöse Aufgabe [*dīn kā kām*]. Insbesondere für Frauen ist es notwendig, diese Dinge zu wissen, da in ihrer Obhut Kinder aufwachsen [...].“²⁵⁶

Zwar klingt dies auch im *Tahzīb-i Ihsānī* an, wird aber nicht weiter verfolgt. Das vorrangige Ziel des *Tahzīb-i Ihsānī* bleibt – ganz gemäß der persischen *ahlāq*-Tradition – die Erziehung zu einem kultivierten Menschen, zu dem die Medizin als integraler Bestandteil gehört. Nicht-medizinisches Wissen gehört zwar ebenso zu einem kultivierten *šarīf*. Doch wird dieses auf einer abstrakten Ebene behandelt. Stattdessen steht eine Verknüpfung verschiedener Situationen mit der Medizin im Vordergrund. Ganz anders hingegen intendiert das *Bihīštī Zavar* vorrangig die religiöse Erziehung und beschreibt so detailliert religiöse Rituale und Gebote und zieht den Propheten als bestes Beispiel heran.²⁵⁷

Trotz zahlreicher Parallelen zur religiösen Ratgeberliteratur steht das *Tahzīb-i Ihsānī* in der Tradition der persischen *ahlāq*-Literatur. Denn das *Tahzīb-i Ihsānī* legt mit der Vermittlung eines kultivierten Verhaltens, für das die Medizin eine integrale Rolle innehat, einen anderen Schwerpunkt als die Ratgeberliteratur. Zwar nennt Pernau einige religiöse Ratgeber, die bereits um die Mitte des 19. Jahrhunderts verfasst wurden und unter denen das *Ta’līm an-Nisā* auch medizinisches Wissen vermittelte. Allerdings ist der Text verschollen, sodass es nicht möglich ist zu untersuchen, in welcher Form und in welchem Umfang dies umgesetzt wurde.²⁵⁸ Auch Attewell nennt ein frühes Werk dieser Gattung, Šāh Jahān Begams 1881 erschienenes *Tahzīb an-Nisvān va Tarbīyat al-Insān*, in welchem ebenfalls medizinische Themen behandelt werden. Allerdings beschränkt sich dies auf Schwangerschaft, Hygiene und die Behandlung geringfügiger Krankheiten. Erst das *Bihīštī Zavar* „stands out for its more comprehensive discussion of unani tibb.“²⁵⁹ Thānavī strebt hier ähnlich wie auch Ihsān ‘Alī eine Unabhängigkeit – jedoch vornehmlich der Frauen – in medizinischen Belangen an.²⁶⁰

Damit nähern sich beide Traditionen sowohl mit der Argumentation für die Vermittlung von Medizin als auch in der zentralen Rolle des Individuums, die die *ahlāq*-Literatur mit der Neuauflage unter den institutionsfernen *ḥukamā’* erlebt, einander an. Darüber hinaus konzipiert das *Bihīštī Zavar* eine gesellschaftliche Krankheit, die in den Frauen verwurzelt sei und nur durch deren

255 Anna Vanzan, „Medical Education of Muslim Women in Turn-of-the-Century India“, S. 4.

256 Ašraf ‘Alī Thānavī, *Bihīštī Zavar*, ‘Aksī. o.O.: Islāmīk Buk Sarvis, o.J., S. 476.

257 Gail Minault, *Secluded Scholars*, S. 64f.

258 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 142ff.

259 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 200.

260 Ebd., S. 202f.

Bildung und Erziehung geheilt werden könne. Thānavī scheint darin geradezu die alte Tradition der persischen *ahlāq*-Literatur zu rezipieren, überträgt jedoch die Rolle des Herrschers, der als eine Art *hakīm* ordnend über der Gesellschaft stehe, auf die Reformer und Erzieher der Frauen:

„Here Thanavi casts himself in the role of the hakim diagnosing the root causes of society's ills, in a passage that resonates with the menace of a contagious disease that only women carry.“²⁶¹

Die Grenzen zwischen der *ahlāq*-Literatur und der religiösen Ratgeberliteratur scheinen hier infolge der stetigen Annäherung immer weiter verwischt worden zu sein, sodass im *Bihīštī Zavar* Einflüsse beider Gattungen zusammenkamen und nicht mehr eindeutig voneinander trennbar waren.

261 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 201.

Schluss

Die medizinische Kultur im Südasien des 19. Jahrhunderts zeichnet sich durch eine äußerst große Pluralität aus. Nicht nur, dass verschiedene medizinische Traditionen parallel zueinander existieren und praktiziert werden, auch die Traditionen selbst sind in sich keineswegs homogen, sondern teilen sich in verschiedene Subdiskurse. Alavi zeichnet ein sehr vielfältiges Bild von der Landschaft des *yūnānī*. Sie beschreibt das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aufkommende „neue *yūnānī*“ als eine Strömung, die sich aus *ḥukamā*’ aus dem Milieu der gesellschaftlichen Aufsteiger der *ašrāf* zusammensetze, anders als die seit teilweise mehreren Generationen existierenden Traditionsfamilien. Als Neulinge in der Medizin hätten sie daher auf eine andere legitimierende Autorität zurückgreifen müssen. Diese Lücke habe der Islam und insbesondere der Prophet Muhammad und die auf ihn zurückgeführte medizinische Tradition des *ṭibb an-nabawī* gefüllt. Alavi baut damit eine Parallele zur im 10. Jahrhundert vorrangig durch *‘ulamā*’ wiederbelebten arabischen bzw. prophetischen Medizin, wie in den *ḥadīṭ*-Überlieferungen tradiert, auf. Wie das *ṭibb an-nabawī* von einem Personenkreis von Nicht-Medizinern infolge erwachender Kritik an der rationalen galenischen Tradition des *yūnānī*, die der Religion keinen Raum ließ, als islamische Reaktion aufgegriffen worden sei, so sei auch das „neue *yūnānī*“ religiös motiviert gewesen und hätte eine Islamisierung der Medizin zur Folge gehabt.²⁶²

Das Beispiel Iḥsān ‘Alī, dessen Werke auch Alavi als wichtigen Beleg für ihre These einer Islamisierung anführt, zeigt hingegen keinen Einfluss des *ṭibb-i nabawī*, sondern präsentiert sich als fest in der humoralen Tradition des *yūnānī* verankert. Verschiedene sufische Heilmethoden, die Alavi als Beleg anführt, konnten als Interpretationsfehler widerlegt werden. Auch die Rolle des Propheten beschränkt sich im *Ṭibb-i Iḥsānī* auf ein konventionelles Lob, ohne jedoch auf den Inhalt des Werkes Einfluss zu nehmen. Weiterhin entstammt Iḥsān ‘Alī, anders als Alavi als zentrales Merkmal des „neuen *yūnānī*“ feststellt, durchaus einer traditionellen *ḥakīm*-Familie. Dies lässt Alavis diskursive Ordnung der verschiedenen Strömungen des *yūnānī* im 19. Jahrhundert äußerst fraglich erscheinen. Vielmehr zeigt sich eine grobe Gliederung des *yūnānī* in zwei Subdiskurse des institutionalisierten und des institutionsfernen *yūnānī*.

Eine kontinuierliche Islamisierung ist somit nicht feststellbar. Vielmehr scheint Alavi die Rolle des Islam zu hoch zu bewerten, da sie die Tradition des *yūnānī* und ihre Entwicklung als eigenständig und von britischen Einflüssen mehr oder weniger unabhängig zu belegen sucht:

262 Seema Alavi, *Islam and Healing*, S. 220, 222f.

„[T]his book has shown that people were not willing pawns on the colonial chessboard, waiting to be pushed around. They translated the colonial context to their own advantage and put their medical tradition to new uses despite a politically oppressive state.“²⁶³

Nun zeigt sich allerdings als Ergebnis vorliegender Arbeit, dass sich das Auftreten der Briten auf der medizinischen Bildfläche und insbesondere der Wandel ihres Selbstverständnisses weg von einem Verhältnis gegenseitigen Austauschs hin zu einem Gefühl der Überlegenheit durchaus auf die weitere Entwicklung des *yūnānī* auswirkte. Denn erst dieser dadurch entfachte Kampf um das medizinische Monopol Südasiens brachte das institutionsferne *yūnānī* als eine Reformbewegung gegen die festen Strukturen der traditionellen *ḥakīm*-Familien hervor. Beide Strömungen versuchten nun, die Anwendung und den Gebrauch des *yūnānī* zu wahren.²⁶⁴ Wenngleich damit keine direkte Einflussnahme der Briten feststellbar ist, so sind die Auswirkungen infolge der Kolonialisierung doch keineswegs zu übergehen. Vielmehr muss das Zusammenwirken sowohl des kolonialen Kontextes als auch des Islam berücksichtigt werden.

Denn auch der Einfluss des Islams – insbesondere in Gestalt des Reformislam – kann nicht vernachlässigt werden. Doch drückt sich dieser weniger direkt in der Theorie und Praxis der Medizin aus, wie Alavi argumentiert, sondern stellt sich deutlich subtiler in der gesellschaftlichen Verankerung dar. Das intendierte Publikum setzt sich aus den *ašrāf*, welche sich aktiv im Reformislam einbrachten, zusammen, sodass sich auch reformislamische Konzepte in der Medizin widerspiegeln. So weist das *Tibb-i Iḥsānī* zahlreiche Hinweise auf grundlegende Konzepte des Reformislams auf, die jedoch erst im *Tahzīb-i Iḥsānī* im Detail ausformuliert werden. Da Gesundheit hier als Grundvoraussetzung für die Ausübung der Religion begriffen wird, findet eine Sakralisierung der Medizin statt. Die Aneignung grundlegenden Wissens hierin wird zur religiösen Pflicht und die im Reformislam gestiegene Verantwortung des Individuums wird auch auf die persönliche Gesundheit übertragen. Es obliegt nun dem Einzelnen, für seine Gesundheit zu sorgen und so fähig zur Religionsausübung zu bleiben. Diese Verantwortung wird nicht mehr einem *ḥakīm* übertragen. Um dieser Pflicht nachkommen zu können, wird der allgemeine Zugang und die Verbreitung medizinischen Wissens zentral. Hierin überkreuzen sich nun das Reformbestreben seitens der institutionsfernen *ḥukamā'* und die Sakralisierung der Medizin. Die institutionsfernen *ḥukamā'* verbreiten das zuvor geheim gehaltene medizinische Wissen und ermöglichen so dessen weitere Praxis. Als Publikum können sie dabei auf die *ašrāf* setzen, die dieses Wissen infolge der Sakralisierung rezipieren.

Allerdings hatte diese Verbindung zahlreiche Auswirkungen auch auf die Praxis und Theorie der

263 Seema Alavi, *Islam and Healing*: S. 335.

264 Ebd., S. 205; Ulrike Stark, *An Empire of Books*, S. 292.

Medizin selbst. *Iḥsān* ‘Alī wendet sich mit seinem *Ṭibb-i Iḥsānī* nicht mehr an ein elitäres Publikum, sondern ganz bewusst an eine breite Masse, deren Ziel nicht war, *yūnānī* in all seinen Feinheiten zu beherrschen. Vielmehr war die Vermittlung einer praktisch anwendbaren Medizin vorrangig, was in zahlreichen Vereinfachungen der Theorie resultierte. Im *Ṭibb-i Iḥsānī* konnte gezeigt werden, dass die Diagnose die Humoraltheorie stark vernachlässigt und stattdessen die Patientenaussage zum wichtigsten Instrumentarium erhöht wird. Dies spiegelt sich auch in der Therapie wider. Es werden zu einem Großteil symptomatische Behandlungen mit uniformen Medikamenten beschrieben, in denen weder die Ätiologie der Krankheit noch die individuelle Konstitution des Patienten in Betracht gezogen wird.

Daraus folgt eine interessante Entwicklung: Einerseits wird das Individuum befähigt, unabhängig und selbst für seine Gesundheit Sorge zu tragen, während die damit einhergehenden Vereinfachungen die Berücksichtigung des Individuums in medizinischer Hinsicht, d.h. bezüglich seiner Konstitution, hingegen unmöglich machen. Die Individualität in der unabhängigen Ausübung der Medizin steigt und nimmt zugleich im Verlust der persönlichen Konstitution ab.

Die Theorie des *yūnānī* wird im *Ṭibb-i Iḥsānī* zwar erläutert, spielt jedoch für die Behandlung kaum bis keine Rolle, sondern dient vorrangig der Distinktion zu anderen Traditionen. Insbesondere der westlichen Medizin gilt dieses Streben, eine eigenständige Identität zu wahren, um nicht infolge des Machtkampfs um das medizinische Monopol Südasiens in dieser aufzugehen. *Āyurveda* hingegen wird, zumindest am Beispiel *Iḥsān* ‘Alīs, vielmehr als ein allein geographisch getrennter Zweig im *yūnānī* integriert. Beide Diskurse werden zu einem vereint, sodass eine die Grenzen des *yūnānī* und *āyurveda* übergreifende Identität gegenüber der westlichen Medizin konstruiert wird. Nicht die Abgrenzung zum oftmals mit dem Hinduismus assoziierten *āyurveda*, sondern die Integration in einen gemeinsamen Diskurs indigener Medizin (*desī ṭibb*) wird ersichtlich. Diese ersten Anzeichen einer gemeinsamen Identifikation indigener Medizin wird in der 1910 von Ḥakīm Ajmal Ḥān gegründeten *All India Vedic and Unani Tibbi Conference* (AIVUTC), die ebenfalls die Gemeinsamkeiten der beiden Traditionen hervorhebt, noch deutlicher:

„The AIVUTC was the first organisation to lobby formally for the combined interests of unani and ayurveda, or desi tibt.“²⁶⁵

Somit versucht *Iḥsān* ‘Alī auf der einen Seite durch eine Integration des *āyurveda* mit dem *yūnānī*, eine gemeinsame Front gegen die Briten und die westliche Medizin zu schaffen. Auf der anderen Seite verwendet er aber im *Tahzīb-i Iḥsānī* Zertifikate der Briten über seine gute Arbeit als Legitimation, eine Abhandlung über rechtes Verhalten in explizit islamischem Kontext zu verfassen.

265 Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb*, S. 148.

Der Diskurs der westlichen Medizin wird also abgelehnt, da eine Vereinnahmung durch diesen gefürchtet wird. Die Theorie muss daher als eindeutiges Distinktionsmerkmal des *yūnānī*-Diskurses aufrecht erhalten werden, auch wenn sie nur wenig auf die Praxis wirkt. Auf der anderen Seite ist eine Verschränkung und Überschneidung der moralischen Diskurse offenbar hinnehmbar und gefährdet nicht die Distinktion des Islam. Womöglich wird sogar eine Anpassung an britische Ideale gefördert, um die Berufschancen im britischen Staatsdienst zu verbessern.²⁶⁶ Schließlich betont Iḥsān ‘Alī auch die Kenntnis der Sprache des Herrschers an zweiter Stelle seines Bildungskanon, sogar noch vor der Medizin.²⁶⁷

Die Vereinfachungen der Theorie wirken sich aber auch auf die Körperkonzeption aus. So wird im *Ṭibb-i Iḥsānī* die aristotelische Vorstellung von einer Verbindung zwischen dem Makrokosmos der Elemente und dem Mikrokosmos des menschlichen Körpers für die leichte Anwendbarkeit der Medizin aufgegeben. Der Körper wird somit von seiner Außenwelt abgetrennt und eindeutig begrenzt. Während Pernau allerdings in der Entwicklung des *yūnānī* in Südasien bis zum 20. Jahrhundert eine kontinuierliche Schließung des Körpers sieht, lässt sich auf der anderen Seite auch eine erneute Öffnung feststellen, nicht gegenüber physischen Einflüssen, sondern dem Handeln des Individuums.²⁶⁸ Die Einhaltung religiöser Gebote – gemäß der Auslegung im Reformislam ist jedes Handeln immer auch in Bezug zum Islam zu betrachten, da der Prophet als bestes Beispiel für jede Situation konsultiert wird – wird im *Tahzīb-i Iḥsānī* als wirksam auch auf die Gesundheit verstanden. Der Körper verschließt sich so zwar durch die Trennung von Mikro- und Makrokosmos äußeren physikalischen Einflüssen, öffnet sich aber hinsichtlich des Handelns des Einzelnen wieder. Weniger äußere, nicht kontrollierbare Einflüsse führen demnach zu Krankheit, als vielmehr ein Verhalten, das nicht mit den Geboten des Islams konform ist. Auch hier spiegelt sich in der zentralen Rolle des Individuums und seiner Verantwortung der Einfluss des Reformislams wider.

Um dem Menschen sowohl ein rechtes Verhalten als auch Kenntnisse der Medizin zu vermitteln, greifen die Autoren des institutionsfernen *yūnānī* die persische Tradition der *ahlāq*-Literatur wieder auf. Doch gestalten sie diese gemäß den Prämissen des Reformislams um. Anstelle einer politischen Theorie, die dem Herrscher eine ordnende Funktion zukommen lässt, legt das *Tahzīb-i Iḥsānī* diese Verantwortung wiederum in die Hand des Individuums.

Das Individuum nimmt somit im institutionsfernen *yūnānī* infolge der Verquickung von Medizin mit dem Reformislam eine sehr zentrale Stellung ein. Die Verantwortung, den islamischen

266 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 251.

267 Iḥsān ‘Alī, *Tahzīb-i Iḥsānī*, S. 57.

268 Margrit Pernau, „The Indian Body and Unani Medicine“, S. 114f.

Charakter der Gesellschaft durch das eigene Handeln für den und konform mit dem Islam, die dem Einzelnen durch den Machtverlust des Mogulreiches von den religiösen Reformern übertragen wird, zeigt sich auch sehr deutlich in der Konzeption des *yūnānī*. Zwar zentrieren sich viele Aspekte auf das Individuum, andererseits geht aber in diesem Zusammenhang zugleich die persönliche Konstitution als ein wichtiger Teil der Individualität unter medizinischen Aspekten verloren.

Der Diskurs des *yūnānī* zeigt sich am Beispiel der institutionsfernen Tradition als beständig im Wandel und stark mit gesellschaftlichen Diskursen verflochten. Obgleich die grundlegenden theoretischen Konzepte des *yūnānī* auch bei Iḥsān ‘Alī unangetastet bleiben, variiert die Auslegung und Umsetzung in der Praxis je nach Strömung erheblich. Die Theorie dient somit als distinktiver Marker nach außen zu anderen Traditionen, zugleich aber auch als bindendes Merkmal aller verschiedener Subdiskurse innerhalb des Diskurses des *yūnānī*. Auf dem Feld der Medizin lehnt sich die institutionsferne Tradition hinsichtlich seiner Körperkonzeption stark an die persische Tradition an, wodurch es zu zahlreichen diskursiven Überschneidungen bezüglich seiner gesellschaftlichen Verortung kommt. So geht die institutionsferne Tradition eine starke Verbindung mit dem Reformislam ein, der sich sowohl in der Körperkonzeption als auch in der Verbindung mit der Erziehung zum rechten Verhalten widerspiegelt. Allerdings werden die *ahlāq* zugleich mit britischen Moralvorstellungen gekoppelt. Darüber hinaus schafft Iḥsān ‘Alī eine indische Identität durch die Verbindung von *āyurveda* und *yūnānī*, womit er sich auch im Diskurs des Nationalismus einschreibt. Vonseiten der ‘*ulamā*’ hingegen wird dieselbe Tradition zur Konstitution einer muslimischen Identität zum *islāmī ṭibb* instrumentalisiert. Daran wird deutlich, dass trotz der unveränderten theoretischen Fundierung der Diskurs des *yūnānī* einen beständigen Wandel durchläuft und sogar die einzelnen Subdiskurse alles andere als fixiert sind. Die jeweilige Richtung des Wandels ist dabei stark mit den gesellschaftlichen Umständen verquickt.

Diese diskursive Verflechtung des *yūnānī* lässt sich in Hinblick auf Homi K. Bhabhas postkolonialer Theorie der *Mimikry* als unvollständiger Prozess der Anpassung an den Kolonisator begreifen. Bhabha untersucht in seinen Arbeiten die Beziehung zwischen Kolonisator und Kolonisiertem und nimmt dabei Bezug auf Edward Said und Frantz Fanon. Doch führt Bhabha deren Arbeiten weiter und löst eine binäre Opposition zwischen Kolonisator und Kolonisiertem auf. Said geht von einem dominanten kolonialen Diskurs aus, der intentional seine Macht über das Wissen verwende, um die Kolonisierten zu unterdrücken. Die Macht über das Wissen befähige alleine die Kolonisatoren, die Kolonisierten zu repräsentieren. Diese Fremdrepräsentation schaffe

verschiedene Stereotype, die als Gegenbild zu den Kolonisatoren dienen. Auf dieser Basis des Gegensatzes konstituierte sich die Identität der Kolonisatoren.²⁶⁹

Bhabha bestreitet jedoch eine eindeutige Opposition und geht stattdessen von einem komplexen, reziproken Verhältnis von Kolonisator und Kolonisiertem aus. Der koloniale Diskurs sei niemals vollkommen gewesen, sondern gezeichnet von Widersprüchen. Bhabha nennt hier als Beispiel die gleichzeitige Begeisterung sowie Furcht und Ablehnung gegenüber der Kultur der Kolonisierten. Daraus schließt er, dass der koloniale Diskurs keineswegs einer klaren Intention gedient habe, wie Said annimmt.²⁷⁰

Den Zwiespalt der Kolonisatoren erklärt Bhabha in Anlehnung an Lacan damit, dass sich Identität nicht durch einen totalitären Gegensatz konstituierte, sondern auf der Grundlage einer unendlichen Kette äußerer Wahrnehmungen, auf die Ähnlichkeiten mit dem Selbst projiziert werden. Zum anderen erkenne das Subjekt jedoch auch Differenzen zu seinem Selbst, die die Eigenständigkeit der Identität des Subjekts aufrecht erhielten. Die Projektion von Ähnlichkeiten des Selbst auf dieses imaginierte *Anderere* bezeichnet Lacan als einen Akt des narzisstischen Wiedererkennens, der jedoch im gleichen Moment ein Erschrecken über die Ähnlichkeit auslöse. Das Subjekt erkenne in dem *Anderen* einen Rivalen, der in seiner Ähnlichkeit die Identität des Subjekts infrage stelle, sodass eine Ablehnung gegenüber dem *Anderen* erwache.²⁷¹ Dieses *Anderere* sei jedoch aus Stereotypen imaginiert, d.h. Ersatz für das „reale“ Objekt, wodurch es dazu befähige, die Ambivalenz zwischen narzisstischem Wiedererkennen und ablehnendem Streben nach Differenz zu kontrollieren.²⁷² Das *Anderere* müsse stets in Einklang mit den bestehenden Stereotypen gebracht werden, um diese Ambivalenzen kontrollieren zu können. Identität werde demnach über ein imaginiertes *Andereres* konstituiert und Identität gründe sich so nicht auf einem Abbild des Selbst und damit einer positiven Identitätskonstitution, sondern auf einem Äußerem, dem *Anderen*. Dieses *Anderere* könne die Identität nur aus dem Negativen heraus, d.h. auf Annahmen dessen, was die eigene Identität eben nicht sei, bilden. Da eine Konstitution der Identität aus dem Negativen keine positive Identität schaffen könne, sei die Identität der Kolonisatoren niemals abgeschlossen,

269 Homi K. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, Jürgen Freudl, Michael Schiffmann (Übers.), (Stauffenburg Discussion; Bd. 5), Tübingen: Stauffenburg, 2000 [im Folgenden: Homi K. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*]; hier S. 106; Edward Said, *Orientalism*, First Edition, New York: Vintage Books, 1979, S. 3; María Do Mar Castro Varela, Nikita Dhawan, *Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung*, (Cultural Studies; 12), Bielefeld: transcript, 2005 [im Folgenden: María Do Mar Castro Varela, Nikita Dhawan, *Postkoloniale Theorie*]; hier S. 85.

270 Homi K. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 106f.

271 Jacqueline Rose, „The Imaginary“, Slavoj Žižek (Hrsg.), *Jacques Lacan, Critical Evaluations in Cultural Theory*, Bd. 1, London, New York: Routledge, 2003, S. 7-33, hier S. 12f.

272 María Do Mar Castro Varela, Nikita Dhawan, *Postkoloniale Theorie*, S. 87ff.; Ina Kerner, *Postkoloniale Theorien zur Einführung*, Hamburg: Junius, 2012, S. 127.

sondern immer im Prozess der Konstitution durch ständige Reproduktion des *Anderen* begriffen.²⁷³

Diese ambivalente Beziehung von narzisstischem Wiedererkennen durch die Projektion von Ähnlichkeiten auf das *Andere* und Differenz suchender Ablehnung des Kolonisators gegenüber dem Kolonisierten resultiert in der Schaffung eines Subjekts, das wie der Kolonisator und doch anders als derselbe – d.h. von hybrider Identität, wie Bhabha es nennt²⁷⁴ – sei, was sich insbesondere in der *civilising mission* ausgedrückt habe. Bhabha spricht in diesem Zusammenhang von *Mimikry*, die das Begehren des Kolonisators beschreibt, im Kolonisierten eine Ähnlichkeit herzustellen, und doch eine vollständige Angleichung negiert, da sie die Distinktion zum Kolonisierten und damit wiederum die eigene Identität auflösen würde.²⁷⁵

Bhabha erkennt die *Mimikry* weiterhin als einen Widerstand gegen den kolonialen Diskurs. Die Anpassung der Kolonisierten an den kolonialen Diskurs stelle die Identität und damit die Autorität des Kolonisators infrage. Doch erst die kulturelle Differenzierung gebe dem Kolonisator Macht und sei Legitimation der *civilising mission* – damit jedoch auch der *Mimikry*. *Mimikry* erhält so die Bedeutung als Ausdruck der Überlegenheit und Macht des Kolonisators, erzeuge allerdings zugleich durch die Anpassung des Kolonisierten eine Destabilisierung dieser Autorität. Der koloniale Diskurs selbst bringe damit einen Widerstand der Kolonisierten hervor. Doch Bhabha begreift dies einzig als eine Folge des kolonialen Diskurses, nicht als eine Waffe in der Hand der Kolonisierten. *Mimikry* sei vielmehr als eine Handlungsmacht ohne Subjekt zu verstehen.²⁷⁶

In den hier untersuchten Werken Iḥsān ‘Alī konnte hinsichtlich der *ahlāq* eine Verquickung mit britischen Moralvorstellungen konstatiert werden, die es dem Autor ermöglicht, Zeugnisse seiner britischen Vorgesetzten als Beleg für seine tadellosen *ahlāq* vorzubringen. Doch wird dieser Diskurs keineswegs gänzlich vom Diskurs britischer Moralvorstellungen überlagert. Stattdessen formiert sich ein Diskurs, der zwar Inhalte aus dem britischen Diskurs entlehnt, aber dennoch durch seine eindeutige Verortung im islamischen Kontext erkennbar getrennt von diesem bleibt. Eine ähnliche Entwicklung findet auch im medizinischen Diskurs statt. Infolge von Verkürzungen und Vereinfachungen erlebt die medizinische Praxis des institutionsfernen *yūnānī* eine deutliche Anpassung an die westliche Medizin. Die Behandlung erhält deutlich symptomatischen Charakter und in der Medikation wird die Individualität des Patienten zugunsten von uniformen Medikamenten aufgegeben, sodass nur noch die Betonung der Theorie des *yūnānī* eine Distinktion

273 Homi K. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 120, 133.

274 Ebd., S. 164f.

275 Ebd., S. 126.

276 Ebd., S. 147f.; María Do Mar Castro Varela, Nikita Dhawan, *Postkoloniale Theorie*, S. 91f.

zur westlichen Medizin wahr. Sowohl im Bereich der Moral als auch der Medizin ist folglich eine Annäherung des Kolonisierten an den Kolonisator feststellbar, die jedoch unvollständig bleibt und den Kolonisierten weiterhin als erkennbar different zum Kolonisator bleiben lässt.

Nun kann hinsichtlich der Annäherung der medizinischen Diskurse argumentiert werden, dass die entstandenen Annäherungen nur eine nicht intendierte Folge des Strebens nach möglichst weitreichender Verbreitung und der damit einhergehenden Vereinfachungen sei. Allerdings geht Bhabha in seinen Darstellungen der *Mimikry* von einer Handlungsmacht ohne Subjekt aus, sodass Anpassung, beabsichtigt wie unbeabsichtigt, stattfindet.²⁷⁷ Folglich wird am Beispiel Iḥsān ‘Alīṣ sowohl im medizinischen als auch im *ahlāq*-Diskurs die mit der *Mimikry* einhergehende unvollständige Anpassung des Kolonisierten, der zwar dem Kolonisator – hinsichtlich der Moral sowie der Medizin – ähnlich wird, aber dennoch – durch die Verortung der Moralvorstellungen in einem islamischen Kontext und die Betonung der *yūnānī*-Theorie – erkennbar different bleibt, deutlich.

Bhabha erkennt in dieser Anpassung, welche die Identität und damit die Macht verleihende Autorität destabilisiert, einen inhärenten Widerstand gegen den kolonialen Diskurs. Doch zeigt sich am Beispiel Iḥsān ‘Alīṣ infolge der *Mimikry* weniger eine Gefährdung der Identität des Kolonisators als vielmehr des Kolonisierten. Eine zu große Anpassung an den Kolonisator wird zunehmend als Gefahr empfunden, die die eigene Identität gefährdet. So wird eine Reform des *yūnānī* angestrebt, um die Praxis dieser Tradition angesichts der steigenden Verbreitung der westlichen Medizin zu gewährleisten. Andererseits bildet sich eine gemeinsame Identität indigener Medizin heraus, die sich aus dem Negativen des Kolonisators heraus konstituiert. Die Anpassung ist demnach Voraussetzung für eine Verfestigung der Identität des Kolonisierten, die sich ähnlich dem Kolonisator aus dem Negativen in Abhängigkeit vom *Anderen* konstituiert. Der Widerstand gegen den kolonialen Diskurs drückt sich somit am Beispiel Iḥsān ‘Alīṣ nicht in der Destabilisierung der Autorität des Kolonisators, sondern vielmehr in der Identitätskonstitution des Kolonisierten aus.

Infolge der Identitätsstabilisierung des Kolonisierten wird die *Mimikry* zunehmend instrumentalisiert und erhält so einen Handlungsträger. Der Kolonisierte greift auf verschiedene Diskurse des Kolonisators zurück, um seine Identität weiter zu verfestigen. So ermöglicht erst die Technik des Buchdrucks eine Reform des *yūnānī* seitens der institutionsfernen Tradition, infolgedessen das *yūnānī* jedoch – hinsichtlich seiner Praxis – eine Anpassung an die westliche Medizin erlebt. Doch hier erlebt die *Mimikry* einen Wandel und wird gegen den Kolonisator gewandt. Denn

²⁷⁷ Homi K. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 147f.; María Do Mar Castro Varela, Nikita Dhawan, *Postkoloniale Theorie*, S. 91f.

diese neue Form des *yūnānī* wird mithilfe von Diskursen des Kolonisators vor einer Vereinnahmung der westlichen Medizin gewahrt. Die Anpassung nämlich macht das *yūnānī* konkurrenzfähig im Kampf um das medizinische Monopol Südasiens. Auf der anderen Seite wird die Theorie des *yūnānī* betont, um die Distinktion zu wahren.

Die sich dadurch konstituierende Identität des Kolonisierten stellt jedoch eine hybride Form dar: Einerseits wird aus Diskursen des Kolonisators zur Stabilisierung der eigenen Identität entlehnt, während auf der anderen Seite Konzepte aus vorkolonialen Diskursen in einen neuen Kontext übertragen und umgedeutet werden. Am deutlichsten zeigt sich diese Umdeutung an der Neuinterpretation der *yūnānī*-Theorie, die sich in ihren Grundlagen nur geringfügig verändert, in der Praxis jedoch einen großen Wandel erlebt. Für diese hybride Identität stellt die Anpassung der *Mimikry* zugleich eine Voraussetzung der Identitätskonstitution dar und kann somit als stabilisierend beschrieben werden. Auf der anderen Seite stellt eine zu große Anpassung die eigenständige Identität des Kolonisierten infrage. Die Identität des Kolonisierten ist damit gleich dem Kolonisator nicht abgeschlossen, sondern immer im Prozess der Konstitution aus dem Negativen heraus, das nie eine positive Identität schaffen kann, sondern unterliegt ebenfalls einem Zwiespalt der *Mimikry* als zugleich stabilisierendes sowie destabilisierendes Moment.

Folglich lässt sich ein Widerstand gegen den kolonialen Diskurs nicht alleine in der *Mimikry* und der Destabilisierung der Identität des Kolonisators verorten. Vielmehr spiegelt sich dieser in der Instrumentalisierung der *Mimikry* durch den Kolonisierten gegen den Kolonisator.

Die Forschung hat sich bisher vorrangig dem institutionalisierten *yūnānī* gewidmet, während die institutionsferne Strömung höchstens am Rande behandelt wird. Womöglich ist dies eine Folge der Argumentation des institutionalisierten *yūnānī*, das sich von der institutionsfernen Strömung abgrenzte und diese als Scharlatane oder *jāhil* (ungebildet) begriff. Dennoch hat diese Strömung eine eigene Entwicklung durchlaufen, die, wie in vorliegender Arbeit zu zeigen versucht wurde, sowohl als Vorreiter in der Reform des *yūnānī* auf das institutionalisierte *yūnānī* als auch im Kontext des Reformislam einen wichtigen Einfluss hatte. So wurde durch die Entwicklung hin zu einer vorrangig symptomatischen Behandlung der Weg für uniforme Medikation und damit die Gründung des *Hindūstānī Davā-Hānah* durch Ḥakīm Ajmal Ḥān bereitet. In der Begründung einer gemeinsamen Identität der indigenen medizinischen Traditionen finden sich bereits erste Schritte hin zur *All India Vedic and Unani Tibbi Conference*, die diese Gemeinsamkeit noch deutlicher betont. Andererseits konnte aber auch eine enge Beziehung zwischen der *ahlāq*-Literatur der

ḥukamā’ zur einflussreichen religiösen Ratgeberliteratur hergestellt werden.

Damit war das institutionsferne *yūnānī* über die Medizin hinaus stark mit anderem Wissen verwoben und weist somit eine ganz andere Entwicklung als die institutionalisierte Tradition auf, für die Pernau eine Spezialisierung des Wissens und Abtrennung von anderen Wissenschaften konstatiert. Das institutionsferne *yūnānī* stand in diesem Zusammenhang hingegen vielmehr in der persischen Tradition, in der Kenntnisse des *yūnānī* und anderen Wissenschaften wie der Philosophie, Mathematik oder Astronomie ein wichtiges Merkmal eines kultivierten Menschen waren.²⁷⁸ Daher wurde auch weniger die Vermittlung sämtlicher Feinheiten, als das Erlernen grundlegender Konzepte in den Vordergrund gerückt.

Am Beispiel Iḥsān ‘Alī konnten zwar bereits einige interessante Einblicke in die institutionsferne Tradition gegeben werden, die die Darstellungen Alavis, die sich bisher als nahezu einzige intensiver dieser Strömung gewidmet hat, hinterfragen. Doch ist eine Untersuchung auf Basis eines größeren Korpus vonnöten, um die hier gemachten Thesen zu untermauern und zu vertiefen.

278 Margrit Pernau, *Bürger mit Turban*, S. 253, 257.

Literaturverzeichnis

- ABEL, A. „Dār al-Islām“. P. Bearman (Hrsg.). *Encyclopaedia of Islam. Second Edition*. Bd. 2. Leiden: Brill, 1965. S. 127-128.
- AFKHAMI, Amir Arsalan. „Humoralism“. Ehsan Yarshater (Hrsg.). *Encyclopaedia Iranica*. Bd. 7, Fasc. 6. New York: Encyclopaedia Iranica Foundation. S. 566-570.
- AHMAD, Imtiaz. „The Ashraf and Ajlaf Categories in Indo-Muslim“. *Society Economic and Political Weekly*. Vol. 2, No. 19 (May 13, 1967). S. 887-891.
- ALAVI, Seema. „From Scholastic Learning to Religious Healing: Unani Medicine and Civil Society in 19th Century India“. Mushirul Hasan (Hrsg.). *Islam in a Globalized World. Negotiating Faultlines*. Gurgaon: imprintOne, 2010. S. 232-243.
- Dies. *Islam and Healing. Loss and Recovery of an Indo-Muslim Medical Tradition, 1600-1900*. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
- Dies. „Medical Culture in Transition: Mughal Gentleman Physician and the Native Doctor in Early Colonial India“. *Modern Asian Studies*. Volume 42, Issue 05. S. 853-897.
- Dies. „Unani medicine in the nineteenth-century public sphere: Urdu texts and the Oudh Akhbar“. *Indian Economic Social History Review*. 42,101 (2005). S. 101-129.
- ‘ALĪ, Iḥsān. *Maqālāt-i Iḥsānī*. 6. Bār. Lakhna’ū: Naval Kišor, 1914.
- Ders. *Mu‘ālaġāt-i Iḥsānī*. 7. Bār. Lakhna’ū: Naval Kišor, 1926.
- Ders. *Tahzīb-i Iḥsānī*. Lakhna’ū: Naval Kišor, 1878.
- Ders. *Ṭibb-i Iḥsānī*. 6. Bār. Lakhna’ū: Naval Kišor, 1935.
- ANSARI, Usama Yasin. „'Tandrusti Deen ka Kaam Hai': Health as a Matter of Religion in Book 9 of Ashraf Ali Thanvi's *Bahishti Zewar*“. *History of Religions*. Vol. 52, No. 1. S. 49-76.
- ARNOLD, David. *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1993.
- Ders. *The New Cambridge History of India. Science, Technology and Medicine in Colonial India*. Bd. 3, 5. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press, 2000.
- ATTEWELL, Guy. *Refiguring Unani Tibb. Plural Healing in Late Colonial India*. (New Perspectives in South Asian History; 17). New Delhi [u.a.]: Orient Longman, 2007.
- Ders. „Yunani Tibb and Foundationalism in Early Twentieth Century India“. Peregrine Horden, Elisabeth Hsu (Hrsg.). *The Body in Balance. Humoral Medicine in Practice*. (Epistemologies of Healing; Vol. 13). New York, Oxford: Berghahn, 2013. S. 129-148.
- AVICENNA (Abū ‘Alī al-Ḥusayn ibn ‘Abd Allāh ibn Sīnā). *The Canon of Medicine (al-Qānūn fi'l-tibb)*. O. Cameron Gruner, Mazhar H. Shah (Übers.). Chicago: Great Books of the Islamic World, 1999.
- AZMI, Altaf Ahmad. *Basic Concepts of Unani Medicine. A Critical Study*. New Delhi: Jamia

Hamdard, 1995.

Ders. *History of Unani Medicine in India*. New Delhi: Jamia Hamdard, 2004.

BANERJI, Sures Chandra. *A Companion to Sanskrit Literature. Spanning a Period of over Three Thousand Years, Containing Brief Accounts of Authors, Works, Characters, Technical Terms, Geographical Names, Myths, Legends and Several Appendices*. 2. ed. Delhi [u.a.]: Motilal Banarsidass, 1989.

BHABHA, Homi K. *Die Verortung der Kultur*. Jürgen Freudl, Michael Schiffmann (Übers.). (Stauffenburg Discussion; Bd. 5). Tübingen: Stauffenburg, 2000.

BROWNE, Edward G. *Arabian Medicine. Being the Fitzpatrick Lectures Delivered at the College of Physicians in November 1919 and November 1920*. Cambridge: Cambridge University Press, 1921.

BÜRCEL, J.C. „Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine“. Chalres Leslie (Hrsg.). *Asian Medical Systems. A Comparative Study*. Berkeley [u.a.]: University of California Press, 1976. S. 44-62.

CHITTICK, W.C. „Taṣawwuf. Ibn al-‘Arabī and after in the Arabic and Persian lands and beyond“. P. Bearman [u.a.] (Hrsg.). *Encyclopaedia of Islam. Second Edition*. http://referenceworks.brillonline.com.ubproxy.ub.uni-heidelberg.de/entries/encyclopaedia-of-islam-2/tasawwuf-COM_1188. Zuletzt überprüft: 20.07.2014.

CONRAD, Lawrence I. „The Arab-Islamic medical Tradition“. Lawrence I. Conrad [u.a.] (Hrsg.). *The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. S. 93-138.

DUNN, Fred L. „Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems“. Chalres Leslie (Hrsg.). *Asian Medical Systems. A Comparative Study*. Berkeley [u.a.]: University of California Press, 1976. S. 133-158.

ERNST, Waltraud. „Plural Medicine, Tradition and Modernity. Historical and contemporary perspectives: views from below and from above“. Waltraud Ernst (Hrsg.). *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800–2000*. London, New York: Routledge. S. 1-18.

FOUCAULT, Michel. *Die Ordnung des Diskurses*. Übers.: Walter Seitter. 11. erweiterte Aufl. Frankfurt: Fischer, 2010.

GHAZI, Mahmood Ahmad. *Islamic Renaissance in South Asia 1707-1867. The Role of Shāh Walī Allāh and His Successors*. Islamabad: Islamic Research Institute, 2002.

GOOD, Bryon; Del Vecchio Good, Mary-Jo. „The Comparative Study of Greco-Islamic Medicine: The Integration of Medical Knowledge into Local Symbolic Contexts“. Charles Leslie, Allan Young (Hrsg.). *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1992. S. 257-271.

HUME, John C. Jr. „Rival Traditions: Western Medicine and Yūnān-i Ṭibb in the Punjab, 1849-1889“. *Bulletin of the History of Medicine*. 51: 2 (1977). S. 214-231.

IBN SĪNĀ. *Al-Qānūn kā urdū tarjumah*. Ġulām Ḥasnain Kantūrī (Übers.). Lāhaur: Maktabah-i Dāniyāl, o.J.

- JAGGI, O.P. *History of Science and Technology in India. Medicine in Medieval India*. Bd. 8. Delhi, Lucknow: Atma Ram & Sons, 1981.
- JAHRAUS, Oliver. *Literaturtheorie. Theoretische und methodische Grundlagen der Literaturwissenschaft*. Tübingen, Basel: A. Francke Verlag, 2004.
- JALBANI, G.N. *The Teachings of Shāh Walīyullāh of Delhi*. Third Reprinted. New Delhi: Kitab Bhavan, 2005.
- JONES, Kenneth W. *Socio-Religious Reform Movements in British India*. (The New Cambridge History of India; 3,1). Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- KABĪR-AD-DĪN, Muḥammad. *Kitāb al-Mufradāt. Maḥzan al-Mufradāt*. Lāhaur: ‘Uṣmān Publī Kešanz, o.J.
- KERNER, Ina. *Postkoloniale Theorien zur Einführung*. Hamburg: Junius, 2012.
- KULKE, Hermann; ROTHERMUND, Dietmar. *Geschichte Indiens. Von der Induskultur bis heute*. 2. aktualisierte Auflage. München, C.H. Beck, 2010.
- KUMAR, Anil. „The Indian Drug Industry under the Raj, 1860-1920“. Biswamoy Pati, Mark Harrison (Hrsg.). *Health, Medicine and Empire. Perspectives on Colonial India*. (New Perspectives in South Asian History; 1). Hyderabad [u.a.]: Orient Longman, 2001. S. 356-385.
- LADERMAN, Carol; Del Vecchio Good, Mary-Jo. „The Comparative Study of Greco-Islamic Medicine: The Integration of Medical Knowledge into Local Symbolic Contexts“. Charles Leslie, Allan Young (Hrsg.). *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1992. S. 272-288.
- LELYVELD, David. *Aligarh's First Generation. Muslim Solidarity in British India*. Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1996.
- LESLIE, Charles. „The Ambiguities of Medical Revivalism in Modern India“. Charles Leslie (Hrsg.). *Asian Medical Systems. A Comparative Study*. Berkeley [u.a.]: University of California Press, 1976. S. 356-367.
- LIEBESKIND, Claudia. „Arguing Science: Unani *tibb*, hakims and biomedicine in India, 1900-50“. Waltraud Ernst (Hrsg.). *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800–2000*. London, New York: Routledge. S. 58-75.
- MALIK, Jamal. *Islam in South Asia. A Short History*. (Themes in islamic studies ; 4). Leiden [u.a.]: Brill, 2008.
- MASSINGTON, L.; Radtke, B. „Taṣawwuf. Early development in the Arabic and Persian lands“. P. Bearman [u.a.] (Hrsg.). *Encyclopaedia of Islam. Second Edition*. http://referenceworks.brillonline.com.ubproxy.ub.uni-heidelberg.de/entries/encyclopaedia-of-islam-2/tasawwuf-COM_1188. Zuletzt überprüft: 20.07.2014.
- MASUD, Muhammad Khalid. „The World of Shah ‘Abd al-‘Aziz (1746-1824)“. Jamal Malik (Hrsg.). *Perspectives of Mutual Encounters in South Asian History 1760-1860*. Leiden, Boston, Köln: Brill, 2000. S. 298-314.
- METCALF, Barbara D. „Hakim Ajmal Khan: Rais of Delhi and Muslim Leader“. R.E. Frykenberg (Hrsg.). *Delhi Through the Ages. Essays in Urban History, Culture and Society*. Delhi [u.a.]:

Oxford University Press, 1986. S. 299-315.

Dies. *Islamic Revival in British India: Deoband, 1860-1900*. Princeton: Princeton University Press, 1982.

Dies. „Nationalist Muslims in British India: The Case of Hakim Ajmal Khan“. *Modern Asian Studies*. Volume 19, Issue 01. S. 1-28.

Dies. „The Madrasa at Deoband: A Model for Religious Education in Modern India“. David Taylor (Hrsg.). *Islam in South Asia. Reform and Resistance During the Colonial Period*. Bd. 2. London: Routledge, 2011. S. 113-134.

MILLS, Sara. *Der Diskurs. Begriff, Theorie, Praxis*. Tübingen: A. Francke, 2007.

MINAULT, Gail. *Secluded Scholars. Women's Education and Muslim Social Reform in Colonial India*. Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1998.

MOORE-GILBERT, Bart. *Postcolonial Theory Contexts, Practices, Politics*. London, New York: Verso, 2000.

NETTON, I.R. „Nafs“. P. Bearman (Hrsg.). *Encyclopaedia of Islam. Second Edition*. http://referenceworks.brillonline.com.ubproxy.ub.uni-heidelberg.de/entries/encyclopaedia-of-islam-2/nafs-COM_0833. Zuletzt überprüft: 20.07.2014.

NUTTON, Vivian. „Medicine in the Greek World, 800-50 BC“. Lawrence I. Conrad [u.a.] (Hrsg.). *The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. S. 11-38.

Dies. „Roman Medicine, 250 BC to AD 200“. Lawrence I. Conrad [u.a.] (Hrsg.). *The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. S. 39-70.

PERNAU, Margrit. *Bürger mit Turban. Muslime in Delhi im 19. Jahrhundert*. (Bürgertum Neue Folge; Bd. 5). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008.

Dies. „Teaching Emotions. The Encounter between Victorian Values and Indo-Persian Concepts of Civility in Nineteenth-Century Delhi“. Indra Sengupta, Daud Ali (Hrsg.). *Knowledge Production, Pedagogy, and Institutions in Colonial India*. New York: Palgrave Macmillan, 2011. S. 227-247.

Dies. „The Indian Body and Unani Medicine: Body History as Entangled History“. *Paragrana. Internationale Zeitschrift für Historische Anthropologie*. Bd. 18, Heft 1 (2009). S. 107-118.

PLATTS, John T. *A Dictionary of Urdū Classical Hindī and English*. New Delhi, Manohar, 2006.

PRECKEL, Claudia. „Healing the People and the Princes: Hospitals, Ḥakīms and Doctors in Bhopal“. Fabrizio Speziale (Hrsg.). *Hospitals in Iran and India, 1500-1950s*. (Iran Studies; 7). Leiden, Boston: Brill, 2012. S. 191-214.

QUAISER, Neshat. „Politics, Culture and Colonialism: Unani's Debate with Doctory“. Biswamoy Pati, Mark Harrison (Hrsg.). *Health, Medicine and Empire. Perspectives on Colonial India*. (New Perspectives in South Asian History; 1). Hyderabad [u.a.]: Orient Longman, 2001. S. 317-355.

ROBINSON, Francis. *Islam and Muslim History in South Asia*. 2. impression. New Delhi [u.a.]:

Oxford University Press, 2001.

Ders. „Islam and the Impact of Print in South Asia“. Nigel Crook (Hrsg.). *The Transmission of Knowledge in South Asia. Essays on Education, Religion, History, and Politics*. Delhi [u.a.]: Oxford University Press, 1996. S. 62-97.

Ders. „Religious Change and the Self in Muslim South Asia since 1800“. David Taylor (Hrsg.). *Islam in South Asia. Reform and Resistance During the Colonial Period*. Bd. 2. London: Routledge, 2011. S. 1-14.

ROSE, Jacqueline. „The Imaginary“. Slavoj Žižek (Hrsg.). *Jacques Lacan. Critical Evaluations in Cultural Theory*. Bd. 1. London, New York: Routledge, 2003. S. 7-33.

SAID, Edward. *Orientalism*. First Edition. New York: Vintage Books, 1979.

SAVAGE-SMITH, Emilie. „Medicine“. Roshdi Rashed (Hrsg.). *Encyclopedia of the history of Arabic science*. London [u.a.]: Routledge, 1996. S. 903-962.

Dies. „Ṭibb. Medicine in the Islamic world“. P. Bearman (Hrsg.). *Encyclopaedia of Islam. Second Edition*. http://referenceworks.brillonline.com.ubproxy.ub.uni-heidelberg.de/entries/encyclopaedia-of-islam-2/tibb-COM_1216. Zuletzt überprüft: 20.07.2014.

Dies. „Were the Four Humours Fundamental to Medieval Islamic Practice?“. Peregrine Horden, Elisabeth Hsu (Hrsg.). *The Body in Balance. Humoral Medicine in Practice*. (Epistemologies of Healing; Vol. 13). New York, Oxford: Berghahn, 2013. S. 89-106.

SHEEHAN, Helen E.; Hussain, S.J. „Unani Tibb: History, Theory and Contemporary Practice in South Asia“. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. September 2002. S. 122-135.

SPEZIALE, Fabrizio. „India xxxiii. Indo-Muslim Physicians“. *Encyclopaedia Iranica*. <http://www.iranicaonline.org/articles/india-xxxiii-indo-muslim-physicians>. Zuletzt überprüft: 20.07.2014.

STARK, Ulrike. *An Empire of Books. The Naval Kishore Press and the Diffusion of the Printed Word in Colonial India*. Ranikhet: Permanent Black, 2007.

THĀNAVĪ, Ašraf ‘Alī. *Bihisṭī Zewar*. ‘Aksī. o.O.: Islāmīk Buk Sarvis, o.J.

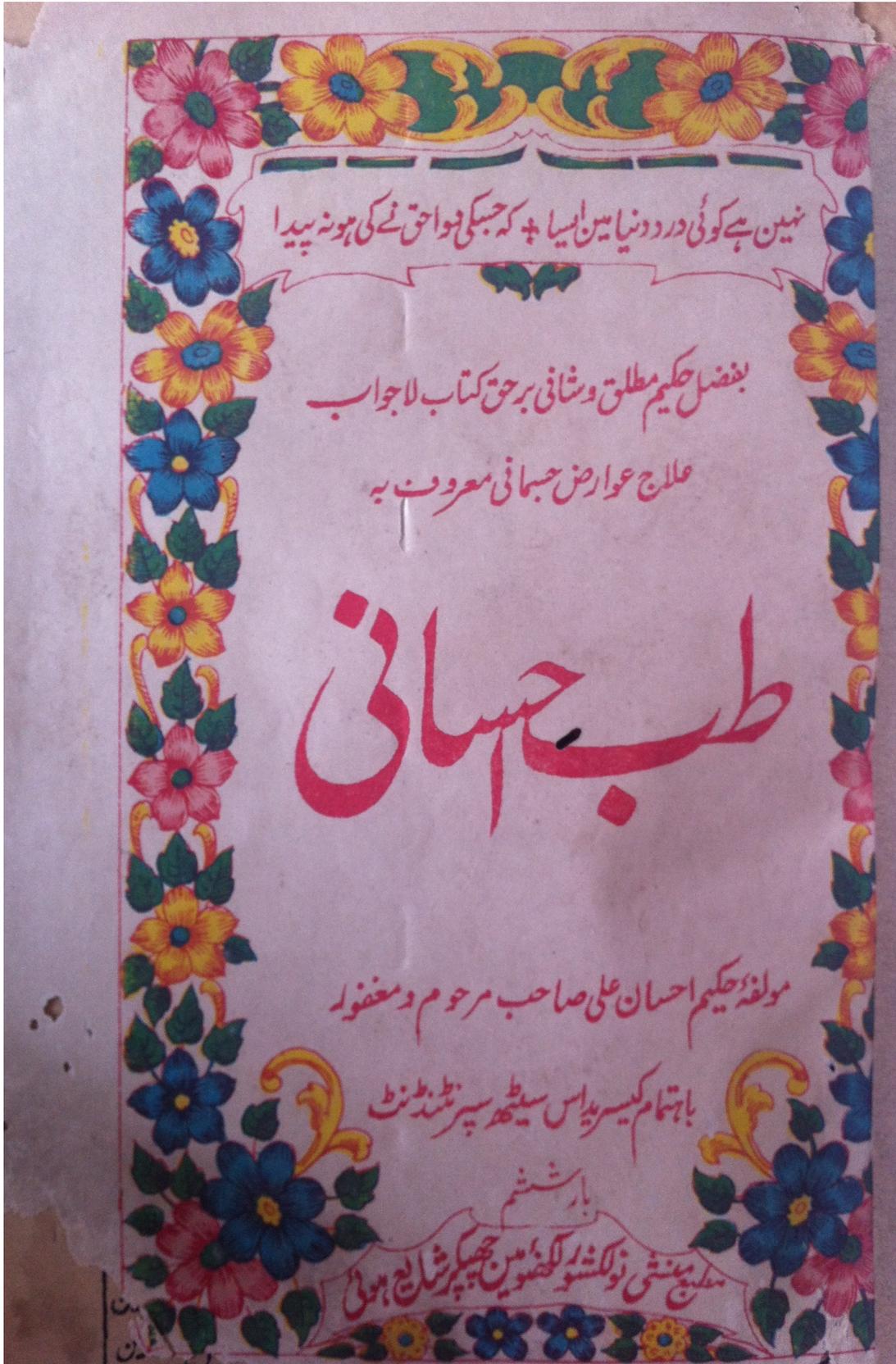
ULLMANN, Manfred. *Die Medizin im Islam*. (Der Nahe und der Mittlere Osten; Ergänzungsband 6). Leiden, Köln: Brill, 1970.

VANZAN, Anna. „Hamdard, How to Share Pain in a Muslim Way“. Fabrizio Speziale (Hrsg.). *Hospitals in Iran and India , 1500-1950s*. (Iran Studies; 7). Leiden, Boston: Brill, 2012. S. 215-229.

Dies. „Medical Education of Muslim Women in Turn-of-the-Century India. The 9th Chapter of the *Bihisṭī Zewar*“. *Journal of the Pakistan Historical Society*. Vol. XLVIII, No. 1. S. 3-8.

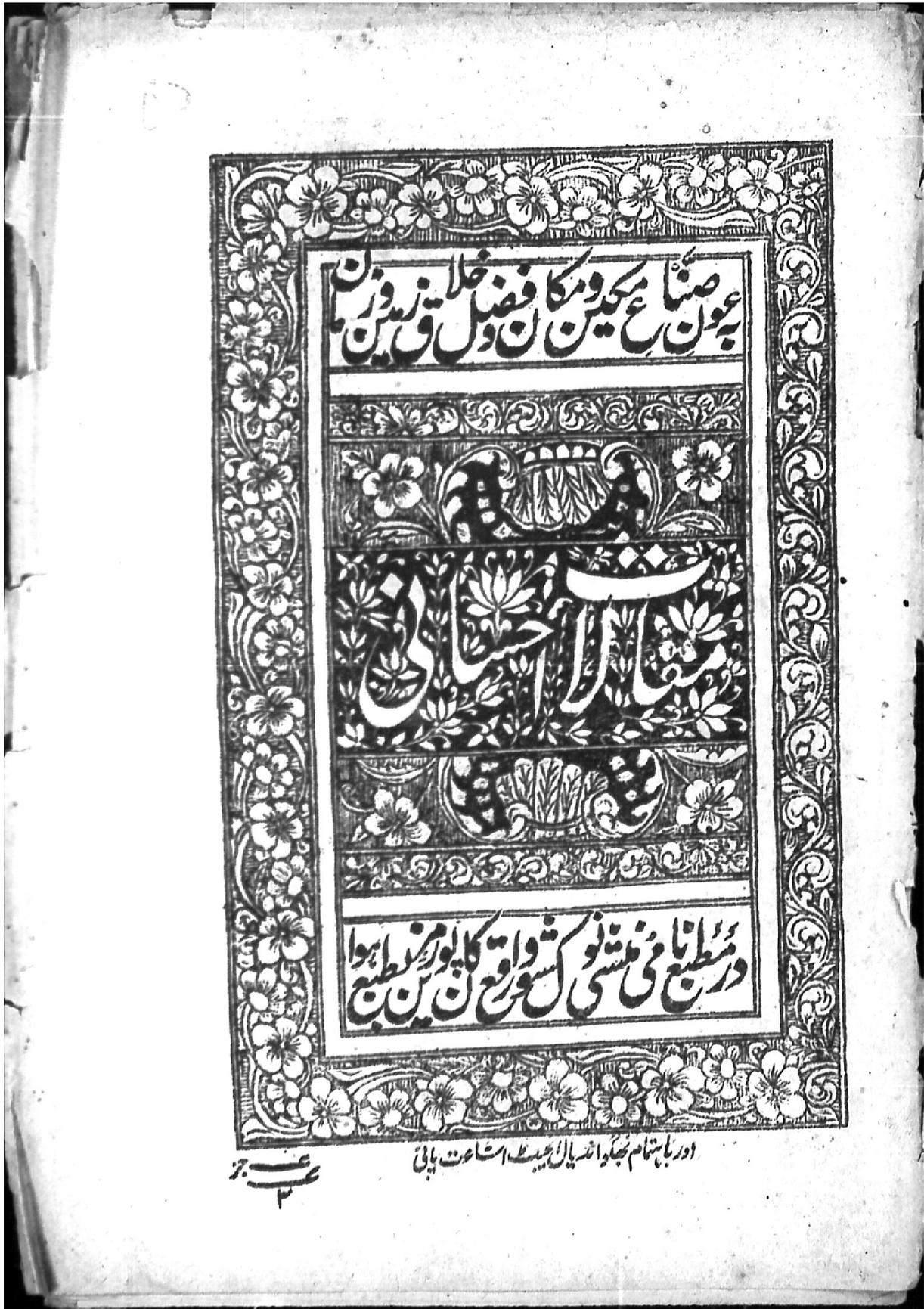
VARELA, María Do Mar Castro; DHAWAN, Nikita. *Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung*. (Cultural Studies; 12). Bielefeld: transcript, 2005.

Anhang



Titelseite des *Ṭibb-i Ihsānī*.

فہرست مطالب تہذیب احسانی	
۳۳	تہذیب تہذیب - بیماری جاتوران پروردہ
۳۸	تہذیب ہفتدہم - مصاحبت و ملافت نسوین
۴۳	تہذیب ہشتم - تدبیر جالہ محل مولودین
۴۸	تہذیب نوزدہم - قواعد و قواعد شہکارین
۴۹	تہذیب دہم - آداب ملاقات میں
۵۰	تہذیب یازدہم - ادراک اسم ساتھ ہسایگان ہجرت
۵۱	تہذیب سولہم - حفاظت و تقویت اعضا
۵۱	تہذیب سولہم - تدابیر حفاظت و تقویت اعضا
۵۲	تہذیب چہارم - طریقہ تجارت میں
۵۵	تہذیب پنجم - مداح و ذمہ نگر میں
۵۶	تہذیب ہشتم - معاملات میں
۵۷	تہذیب نہدہم - پرورش و تربیت لادین
۵۸	تہذیب دہم - بیان تدابیر سفر میں
۶۰	تہذیب یازدہم - نم اور سفر و زمین جو انسانوں
	کو اتفاقاً پیش آجاتے ہیں
۶۲	تہذیب سولہم - موثر تعلقہ بعد موت میں
۴	مقدمہ تہذیب تحریر میں
۶	تہذیب اول - ذکر آفریدگار حقیقی و ادب کے آداب میں
۹	تہذیب دوم - ذکر مقربان فریدگار و ادب کے آداب میں
۱۱	تہذیب سوم - آداب سلاطین و حکام میں
۱۲	تہذیب چہارم - مان باپ کی خدمات میں
۱۳	تہذیب پنجم - آداب مشاد و مرشد کے بیان میں
۱۴	تہذیب ششم - ذکر حسین و فضیلین میں
۱۵	تہذیب ہفتم - تحسین اقوال میں
۱۶	تہذیب ہشتم - بیان تمدن و تمدن میں
۱۸	تہذیب نهم - حسن معاہدہ میں
۱۹	تہذیب دہم - تدابیر معاش میں
۲۱	تہذیب یازدہم - بیان گول شہر و میں
۲۶	تہذیب سولہم - اصلاح جسم میں
۲۹	تہذیب یازدہم - بیان ریاضات میں
۳۰	تہذیب چہارم - بیان بلوسات میں
۳۱	تہذیب پانزدہم - بیان اخلاقیات و ادب میں



Titelseite des *Maqālāt-i Ihsānī*.



IMPRESSUM

Neusprachliche Südasiestudien

Südasiestudien-Institut

Im Neuenheimer Feld 330

D-69120 Heidelberg

www.sai.uni-heidelberg.de/nsp/