

Kulturvergleichende Betrachtungen zu Varianten der therapeutischen Nutzung veränderter Wachbewusstseinszustände in der traditionellen mexikanischen Medizin und der westlichen Psychotherapie*

STEFFI ZACHARIAS

Zusammenfassung Im Zentrum des Artikels steht das breitgefächerte und hochwirksame Anwendungsspektrum von Zuständen veränderten Wachbewusstseins (VWB) innerhalb der Behandlung psychischer Erkrankungen. Während es in vielen traditionellen Therapiesystemen den „Königsweg“ zur Heilung darstellt und gezielt und variantenreich eingesetzt wird, sind Zustände des VWB innerhalb von Theorie und Praxis der westlichen Psychotherapie bislang stark unterrepräsentiert. Das traditionelle Anwendungsspektrum von Zuständen des VWB wird anhand eigener Feldforschungsdaten bei mexikanischen HeilerInnen und ihrer Klientel dargestellt. Dabei wird zunächst die Schlüsselstellung der oft weniger beachteten leichtgradigen Zustände des VWB gewürdigt, indem die bifokale Aufmerksamkeitslenkung durch Verflechtung von sinnlicher Prägnanz und symbolischer Bedeutung von therapeutischen Interventionen als Haupttechnik zur Induktion leichtgradiger Zustände des VWB herausgearbeitet und ihre vielfältige Nutzung in den ethnopsychotherapeutischen Ritualen aufgezeigt wird, die sowohl patienten- als auch therapeutenbezogen erfolgt (s. z. B. Reinigungsritual versus Orakeldiagnose). Das Verständnis des psychotherapeutischen Nutzens von tiefen Zuständen des VWB (Pilzritual, Schwitzhütte) wird erweitert, indem die für diese Zustände charakteristisch mystisch-numinose Qualität des Erlebens aus psychologischer Sicht als traumatische Erfahrung heilsamen Typs identifiziert wird. Aufgrund dessen können in kurzer Zeit nachhaltige wirksame „benigne Introjekte“ im psychischen Binnenraum des Patienten induziert werden. Es wird daraus gefolgert, dass Zustände des VWB in der Psychotherapie einen bedeutsamen allgemeinen Wirkfaktor verkörpern und in den westlichen Psychotherapien bislang unterrepräsentiert sind.

Schlagwörter verändertes Wachbewusstsein – traditionelle mexikanische Medizin – Curanderismo – allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie – Psychotrauma – benignes Introjekt – Primärprozess – bifokale multisensorische Stimulation – psychoaktive Substanz – Ethnopsychotherapie – Psychotherapieforschung – Mexiko

On Cultural Variety of Therapeutic Application of Altered States of Consciousness in Traditional Mexican Medicine and Western Psychotherapy

Abstract The main object of the interest is the broad range and powerful effect of altered states of consciousness (ASC). This has been strongly underrepresented in the theory and practice of Western psychotherapy due to cultural biases, while in traditional therapies it is often the silver bullet of healing and is used systematically and in a variety of layouts. The traditional application spectrum of ASCs is presented in detail based on own field research data from Mexican healers and their patients. Initially, the key position of often ignored mild ASCs in traditional healing rituals is recognized by depicting their typical induction by way of states of bifocal attention, through interweaving of sensory minuteness and the symbolic significance of therapeutic interventions, and then illustrating their manifold use in the ethno-psychotherapeutic rituals. Then the understanding of the psychotherapeutic benefits of deep states of ASCs (mushroom ceremony, sweat lodge ritual) from a psychological perspective is broadened by identifying the often mystical-numinous character of the experience as a traumatic experience with healing quality, which generates therapeutical “benign introjects.” In summary the use of ASCs represent one important of the common factors of symbolic therapies, and is still underrepresented in Western psychotherapies.

Keywords altered state of consciousness (ASC) – ethno-psychotherapy – traditional Mexican medicine – curanderismo – common factors of psychotherapy – psychotrauma – benign introject – primary process and therapeutic regression – bifocal multisensory stimulation – psychotherapy with psychoactive substances – Mexico

Résumé français siehe S. 254

* Überarbeiteter Vortrag der 29. Fachkonferenz Ethnomedizin mit dem Thema *Medizinethnologie 2016. The State of the Art*, in Heidelberg, 15.–17.6.2016.

1.1 Zur Aktualität kulturvergleichender Psychotherapieforschung im Allgemeinen und zur therapeutischen Nutzung von Zuständen des VWB im Besonderen

„Die schon lange vor Freud gängige Einsicht, dass das Bewusste nur eine kleine Insel im Meer des Unbewussten sei, geriet mit der Psychoanalyse Freuds in den Hintergrund. Seitdem ist das Unbewusste zu einer Instanz ontologisiert worden und (grob gesagt) zur Müllkippe verkommen: da wird hingeworfen, was dem Bewusstsein unbequem oder verpönt ist und was der Interpret dorthin projiziert [...] Das kostbare Potenzial des Unbewussten als Medium des Menschenge-meinsamen, des Kreativen, der Inspiration, des ich-überschreitenden Denkens geriet wie an den Rand.“ (SCHARFETTER 2008: 19)

Die intensiven Austauschprozesse im Rahmen von Globalisierung bringen sehr unterschiedliche Therapien und Medizinsysteme in vielfältiger Weise miteinander in Berührung, sei es durch die kulturelle Grenzen überschreitende mediale Kommunikation, durch Migrationsbewegungen mit steigendem Bedarf an interkultureller Kompetenz in Medizin und Psychotherapie, und insbesondere durch den Gesundheitstourismus. Als Suchbewegung nach alternativen und insbesondere „ganzheitlichen“ Therapiesystemen zeugt er von einem wachsenden Unbehagen innerhalb der eigenen „westlichen Medizin-Kultur“. Gleichzeitig kam es in Ländern, in denen traditionelle Medizinsysteme nicht völlig aus dem öffentlichen Leben verschwanden, sondern oft über Jahrhunderte eher geduldet als geschätzt neben der weltweit sich etablierenden westlichen Medizin-konzepten fortbestanden, in den letzten Jahrzehnten zu einer Rückbesinnung auf ihr therapeutisches Potenzial. Für die traditionellen chinesischen und indischen Medizinen (hier in erster Linie die Ayurveda) führte diese zu einer umfassenden Anerkennung und Etablierung der traditionellen Medizinsysteme im Kontext von Gesundheitsversorgungsstrukturen in den jeweiligen Ursprungsländern. Traditionelle Medizinkulturen des amerikanischen und afrikanischen Kontinents stehen im Vergleich dazu am Anfang eines solchen Prozesses, auch wenn in Ländern wie Peru, Südafrika, Mexiko bereits die formal juristische Legalisierung der Ausübung traditioneller Medizin erreicht wurde. Auf diese aktuellen wissenschaftlichen Diskurse im Kontext des Ringens um

Legitimierung als Medizinsystem innerhalb der mexikanischen Gesellschaft wurde Bezug genommen, indem im Artikel die Bezeichnung „Traditionelle Mexikanischer Medizin“ (TMM) anstatt des in der ethnologischen Literatur gebräuchlicheren Begriffs „Curanderismo“ verwendet wird.

Aus den skizzierten Prozessen resultiert ein Bedarf an dialogischer Begegnung zwischen sehr unterschiedlichen Therapiekulturen. Damit dieser Dialog fruchtbar werden kann, gilt es geeignete Ansätze und Konzepte zu finden, welche eine Kommunikation über die tiefgreifende Andersartigkeit von sakraler/traditioneller und säkularer/westlicher Medizin bzw. Psychotherapie auf der Grundlage des Respektes für die Einzigartigkeit einer jeden Therapiekultur ermöglichen und dadurch den Blick für Gemeinsames und Verbindendes sensibilisieren. Gerade weil sich auf dem Gesundheitsmarkt zwangsläufig jede Therapiekultur und -methode vor allem durch Betonung des Eigenen, Einzigartigen präsentiert, was wiederum das Selbstverständnis der jeweiligen Vertreter umfassend prägt, bleibt die Frage nach den sogenannten *common factors* oder gemeinsamen Wirkfaktoren symbolischer Therapien oft unterbelichtet. Das Interesse an den *common factors* symbolischer Therapie stellt indes eine Möglichkeit dar, hinter der kulturellen Vielfalt symbolischer Therapien die uns Menschen gemeinsame Grundverfasstheit im Zustand von Krankheit, Genesung und Gesundheit zu suchen.

Zustände veränderter Wachbewusstseins sind selbstverständlicher Bestandteil der religiösen und therapeutischen Praktiken in traditionellen Kulturen (BOURGUIGNON 1973). Die Klärung der verwendeten Begriffe ist schwierig, da weder für den Begriff des Bewusstseins noch für den des „Außeralltags-Wachbewusstseins“, auf welches sich das Interesse dieser Arbeit richtet, hinreichend verbindliche Definitionen vorliegen. Für eine ungefähre Orientierung wird hier die Definition von FARTHING (1992) wiedergegeben, welche auf Vorarbeiten von LUDWIG (1966) und TART (1969) Bezug nimmt: „Ein veränderter Bewusstseinszustand ist ein zeitweiser Wechsel im Gesamtmuster subjektiver Erfahrung, so dass das Individuum glaubt, seine psychischen Funktionen seien deutlich verschieden von bestimmten allgemeinen Normen seines normalen Wachbewusstseins“. Im vorliegenden Text bezeichnet der Oberbegriff „Zustand veränderter Wachbewusstseins“ v. a. Trancezustände verschiedener Tiefe

und ekstatische Erlebenszustände, in welchen der aus dem Alltagserleben vertraute Selbst- und Umweltbezug für eine begrenzte Zeit stark gelockert ist und die von einem tiefen Gefühl „erhebender“ Erschütterung begleitet werden. Typische Merkmale des subjektiven Erlebens in Zuständen veränderten Wachbewusstseins, wie Veränderungen von Denken und Emotionalität, von Zeitsinn und Körperschema (LUDWIG 1966) oder Veränderungen des Ich-Erlebens im Sinne „ozeanischer Selbstentgrenzung“ bzw. „angstvoller Ich-Auflösung“ (DITTRICH 1985) verdeutlichen die qualitative Andersartigkeit im Vergleich zum Erleben im Zustand normalen Alltagsbewusstseins. Mit dem Begriff Zustand veränderten Wachbewusstseins wird also eine grundsätzlich veränderte subjektive Qualität des bewussten Erlebens bezeichnet, ein andersartiges „Schema der Erfahrung“, im Unterschied zu Veränderungen, die sich auf einzelne Modalitäten des Ich-Erlebens beschränken, wie z. B. der Gedächtnisfunktion oder auf veränderte Bewusstseinsinhalte. Es handelt sich um in ihrer zeitlichen Dauer klar begrenzte und reversible Veränderungen des bewussten Erlebens. Zustände veränderten Wachbewusstseins können auch zunächst unbemerkt einsetzen. Die begriffliche Abgrenzung in Richtung auf pathologisch relevante Zustände einer Bewusstseinsminderung bzw. -störung ist schwierig und in der Fachliteratur umstritten. Gerade im Kontext westlicher Medizin und Psychotherapie und ihrer pathologiezentrierten Tradition ist immer wieder hervorzuheben, dass „ab-norme“, also „außerhalb des Gewöhnlichen“ zu verortende Qualitäten des bewussten Erlebens nicht zwangsläufig dem Pathologischen zuzuordnen sind (s. a. SCHARFETTER 2008: 16) In der Fachliteratur werden synonym für den hier gewählten Begriff des Zustandes veränderten Wachbewusstseins (Akronym in weiteren Text: Zustand des VWB) auch „außergewöhnlicher Bewusstseinszustand“ und im Englischen der Begriff „altered states of consciousness“ verwendet.

Die quasi allgegenwärtige und vielgestaltige therapeutische Nutzung von Zuständen des VWB in traditionellen Therapiesystemen hat von jeher das Interesse insbesondere der Ethnologen geweckt. Jedoch blieb die wissenschaftliche Beschäftigung damit größtenteils auf die Beschreibung der aus Sicht westlicher Kultur exotischen Heilpraktiken mit Nutzung tieferer Zustände des VWB beschränkt, wie verschiedene Trance- und Besessenheitsrituale

oder auch die Rituale unter Nutzung psychoaktiver Substanzen. Meines Erachtens gilt, dass eine systematische Analyse, welche u. a. auch die „unspektakulären“ geringfügig veränderten Zustände des VWB umfasst und welche v. a. eine differenzierte Beschreibung der Wirkungsweise von Zuständen des VWB leistet, noch aussteht. Dieser Artikel versteht sich als ein explizit ethnopsychologischer Beitrag zu einem umfassenden Verständnis der Wirksamkeit und Wirkungsweise von Zuständen des VWB in symbolischen Therapien.

Aus der kulturvergleichenden Perspektive scheinen Zustände des VWB in der westlichen Psychotherapie der Gegenwart auf den ersten Blick keine nennenswerte Rolle zu spielen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass dieser erste Eindruck auf eine weitreichende Tabuisierung des Themas zurückzuführen ist. Die Belegung des Themas mit einem Tabu kann als kollektive Reaktion der psychotherapeutischen Profession auf die in der Vergangenheit sehr kontroversen, nicht selten wenig sachlich vertretenen Positionen zur psychotherapeutischen Anwendung von Zuständen des VWB interpretiert werden. Verwiesen sei hier auf die euphorischen Hoffnungen bezüglich des therapeutischen Potenzials einer Anwendung von psychoaktiven Substanzen innerhalb der etablierten Psychotherapie in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts und ihr Scheitern, nachdem aus mehrheitlich außerklinischen Gründen ihre Anwendung in den 80er Jahren verboten wurde. Die sich nach drei Jahrzehnten neu formierenden und aus meiner Sicht sehr begrüßenswerten Bestrebungen eine „substanz-unterstützte Psychotherapie“ (JUNGABERLE *et al.* 2008: 23) innerhalb der westlichen Psychotherapie zu etablieren, sehen sich nicht nur mit noch bestehenden umfassenden gesetzlichen Einschränkungen konfrontiert, sondern auch mit dieser konfliktreichen Vergangenheit.

Diese Untersuchung möchte zu einem wissenschaftlichen Diskurs zum Thema der therapeutischen Nutzung von Zuständen des VWB innerhalb westlicher Psychotherapie beitragen. Dabei gilt es gegenwärtig und in der nahen Zukunft die etablierten Wahrnehmungstereotypen, welche teils aus sehr allmählich sich vollziehenden kollektiven Verdrängungsprozessen und teils aus den heftig ausgeprägten berufspolitischen Konflikten der jüngeren Vergangenheit erwachsen sind, durch konzeptuelle Alternativen zu ersetzen. Die hier vorgelegte Ana-

lyse der therapeutischen Funktionen von Zuständen des VWB innerhalb der traditionellen mexikanischen Medizin (Akronym im weiteren Text: TMM) als einer Therapiekultur, in welcher derartige Tabus und Polarisierungen im Wesentlichen keine Rolle spielen, wird als geeigneter Ort für diese notwendige Erweiterung und Differenzierung im Verständnis des therapeutischen Wirkpotenzials von Zuständen des VWB aufgefasst.

1.2 Der dialogisch-dialektische Ansatz interkultureller Perspektivenschränkung zur ethnopsychotherapeutischen Bedeutung der traditionellen mexikanischen Medizin (TMM)

“We cannot ask the empirical question without an ontological assumption; but when we start answering the empirical questions, we begin to revise the ontological assumptions.” (OBEYESEKERE 1990: 225)

In der Vorbereitungsphase auf meine ethnopsychotherapeutische Feldforschung bei mexikanischen HeilerInnen und ihren PatientInnen von 1998 bis 2001 im mexikanischen Bundesstaat Oaxaca gewann ich bei meinen Recherchen ethnologischer und ethnomedizinischer Literatur den Eindruck, dass als Reaktion auf die ab den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts sich durchsetzende Sensibilität für und berechtigte Kritik am Ethnozentrismus der frühen ethnomedizinischen Forschung (ab den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts) in den darauffolgenden Jahrzehnten vor dem Hintergrund kulturrelativistischer Positionen kulturübergreifende Vergleiche und Verallgemeinerungen vergleichsweise selten „gewagt“ wurden. Dadurch konnte die Fülle an gesammelten detaillierten Befunden zu Aspekten von spezifischen Heilsystemen kaum verallgemeinernd weiterverarbeitet werden.

Da es mir ein Anliegen war, in der eigenen Studie zu ethnopsychotherapeutischen Aspekten der TMM kulturspezifische Sensibilität und universalistische Fragestellung miteinander zu vereinen, fand ich mich herausgefordert, dafür einen passenden methodischen Ansatz zu entwickeln.¹ Dabei habe ich mich auf theoretische Überlegungen dazu von Alexander THOMAS (1993: 27), John W. BERRY und Kollegen (2002: 234) und Walter ANDRITZKY (1990: 30) gestützt. Ich bezeichnete ihn als *dialogisch-dialektischen Ansatz interkultureller Perspektivenschränkung*. Die zwei sich verschränken-

den Perspektiven waren einerseits die detaillierte Beschreibung des kulturspezifischen Wissens und Könnens der HeilerInnen auf dem Gebiet der Ethnopsychotherapie mit Hilfe qualitativer Erhebungs- und Auswertungsmethoden und andererseits die bewusste und reflektierte Anwendung von Konzepten der westlichen Psychotherapie und Psychologie, die hinlänglich geeignet erschienen, die Informationen zum kulturspezifischen Heilwissen der TMM systematisch darzustellen und wurden z. B. nach Begriffen wie Diagnose, Symptome, diagnostische und therapeutische Methoden oder unter Bezugnahme auf psychotherapeutische Wirkfaktorenkonzepte geordnet.

Die Hinzunahme der Perspektive westlicher Psychotherapiewissenschaft stellte in erster Linie die unvermeidliche Konstellierung der Perspektive des wissenschaftlichen Betrachters dar. Jedoch verstand ich die Anwendung von kulturfremden Konzepten auf die Theorie und Praxis der TMM gerade dadurch als Weg zu den gesuchten Antworten, da diese Art interkultureller Begegnung auf sozusagen konzeptueller Ebene vielfältige Irritationen erzeugte, die mich zu kontinuierlichen Selbst- und dialogischen Reflexionen der kulturellen Determinanten der beiden therapeutischen Wissenssysteme anhielten. So z. B. konfrontierte mich die von mir bestimmte Begrenzung der Fragestellung der eigenen Forschung auf die (ethno-)psychotherapeutische Behandlungspraxis der TMM mit dem fundamentalen Unterschied im Verständnis von Krankheit und Gesundheit zwischen beiden Heilsystemen. Der Begriff Psychotherapie impliziert bereits die für die westliche Medizin prägende Auffassung von Körper einerseits und Seele/Geist andererseits als getrennte Entitäten und steht damit in einem fundamentalen Widerspruch zu Grundüberzeugungen der TMM von der Mehrdimensionalität von Krankheit und Gesundheit, die als ein Ineinanderwirken der somatischen, psychischen und geistigen Ebene verstanden wird. Durch kleinschrittige und gegenüber der fremden Kultur achtsame begriffliche Klärungen gelangte ich schrittweise zu Konzepten, mit deren Hilfe die gewünschte tiefergehende Befragung der fremden und eigenen Kultur in Gang kommen konnte. Das sich differenzierende Verständnis für die fremde Therapiekultur lieferte mir neue Such- und Frageraster, sowohl für die ethnopsychotherapeutische Praxis der TMM als auch in Richtung auf die Theorie und Praxis der westlichen Psychothe-

rapie. Die Realisierung dieser interkulturellen Perspektivenverschränkung und ihr Erkenntnispotenzial sollen im folgenden Text anhand der gewonnenen Einsichten zur Bedeutung von Zuständen veränderter Wachbewusstseins in symbolischen Therapien veranschaulicht und zur Diskussion gestellt werden.²

2.1 Leichtgradig veränderte Wachbewusstseinszustände durch Bifokalität – ein omnipräsenter Wirkmechanismus in den Heilritualen der TMM

„Zuerst wird all die Traurigkeit, die der Patient hat, beseitigt, mit Blumen, mit Zweigen, mit Aromen. [...] Und danach wird er gestärkt, indem wir die Gesundheit erbitten und Energie vom Universum herabholen, um sie dem Kranken zu geben, damit er sich wieder gestärkt fühlt.“
(Heilerin Guadalupe)

Die Vielfalt von sinnlichen Qualitäten ist als Charakteristikum von traditionellen Heil- und Alltagsritualen in der ethnologischen und ethnopsychologischen Forschung ausführlich beschrieben worden (s. zuletzt u. a. KURZ 2015 für den brasilianische Spiritismus; LEISTLE 2007: 170ff für marokkanischer Sufi-Gruppen) und auch für jeden ungeschulten Beobachter oder Teilnehmer an einem solchen Ritual eindrucksvoll. Symbolträchtige Handlungen und reichhaltige sensorische Qualitäten dominieren die diagnostische und therapeutische Praxis, während verbalen Aktivitäten darin eine untergeordnete, wenn auch nicht unwichtige Rolle zukommt für Kurz. Das gilt auch für die Behandlungsrituale der TMM, wie das weit verbreitete Reinigungsritual (*limpia*) oder das *susto*- bzw. Reintegrationsritual, wie auch für Opfer- und Schutzrituale. Im Laufe eines Rituals werden meistens mehrere Sinnesmodalitäten gleichzeitig stimuliert, wobei die Konzentration auf die Nahsinne – Geruchssinn, Temperatursinn, Tastsinn – sowie die überwiegend positiv erlebte Qualität der Stimulation auffallen. Von Behandlungsbeginn an kommen angenehm aromatisch duftende Kräuter, Essenzen oder Räucherwerk zum Einsatz und beeinflussen als olfaktorischer Reiz die Großhirnrinde unmittelbar. Taktile Reize erlebt der Patient durch vielfältige Formen des Berührtwerdens durch die Heilerin – beim Handauflegen oder massierenden Abreiben mit einem rohen Ei oder mit einem Kräuterbüschel. Das Besprühen

mit alkoholhaltigen, aromatischen Essenzen provoziert zudem Wärme- und Kältereize sowie ein leichtes Erschrecken. Deartige rituelle Handlungen unter Verwendung symbolträchtiger Materialien (z. B. Ei, Kerzen, Kräuter, Wasser, Metall, z. B. als Münze) inszenieren anschaulich die intendierten psychischen Prozesse, wie Reinigung von „krankmachenden Energien“, Zufuhr „positiver, heilender Energie“ oder auch Prozesse des Suchens und Wiederauffindens und der Reintegration von zuvor „verlorenenen, dissoziierten Anteilen. Das als Diagnosemethode verbreitete Orakellesen mit Hilfe verschiedener Materialien (z. B. mittels einem rohen Ei, Kerzenwachs, Maiskörnern – *leer el huevo/leer la cera/leer el maiz*), welche den inneren Zustand des Patienten abbilden, ist ein „bildgebendes Verfahren“ par excellence. Die zahlreichen rituellen Handlungen werden von den HeilerInnen durch ausgesprochen rhythmisch-melodische Gebete und Gesänge untermalt. Für den Patienten vollzieht sich eine solche Behandlung seiner Beschwerden mit einem therapeutischen Ritual als eine Abfolge von vielfältigen und in gewisserweise außergewöhnlichen, da jenseits der Alltagserfahrung liegenden, sinnlichen Erlebnissen und damit assoziierten inneren Zuständen.

In der Theorie der HeilerInnen beruht die psychotherapeutische Wirksamkeit der sensorischen Stimulation auf der engen Verbindung zwischen sinnlichem Erleben und den geistig-spirituellen Prozessen. In ihrer an Metaphern reichen Sprache ist die Rede davon, dass sich der Geist (*espíritu*) eines Menschen, aber auch andere Geister, von angenehmen sinnlichen Reizen angezogen fühlen. Daraus leitet sich für die HeilerInnen beispielsweise die Verwendung von sinnlicher Stimulation bei der Behandlung dissoziativer Zustände ab, wie sie die Heilerin Hermila erwähnt: „Und mit den Kräutern schlagen wir vor allem auf den Brustbereich, damit er [der Patient; die Verf.] reagiert, damit er [der Geist des Patienten; die Verf.] zurückkehrt.“

Die (psycho-)therapeutische Funktion des Sinnesreichtums traditioneller Heilrituale ist von den sich damit beschäftigenden Wissenschaften bislang nur in Teilaspekten erklärt worden. Die frühe Phase der Erforschung traditioneller Therapiekulturen hob auf Rituale als Orte der Transformation von Bedeutungen ab (u. a. DOW 1986: 56, KLEINMAN 1988: 131). Dabei wurde die sinnliche Vielfalt der rituellen Handlungen eher als eine Art kulturspezifische



Abb. 1. Sanftes Schlagen mit dem aromatischen Kräuterbündel im Reinigungsritual, Heilerin Guadalupe mit Patient, San José de Pacífico/Oaxaca, 2012.



Abb. 2: Besprühen (rociar) mit Blütenwasser im Susto-Ritual (Reintegrationsritual), Heilerin Guadalupe mit Patientin, San José de Pacífico/Oaxaca, 2012.

Untermalung der für die Heilung relevanten symbolischen Inhalte aufgefasst, die per se keine therapeutische Funktion hatte. Im Konzept der Performanz (LADERMAN & ROSEMAN 1996) fand die reichhaltige sinnliche Qualität von traditionellen Therapien als therapeutisches Phänomen explizit Beachtung, während jedoch der Aspekt ihrer möglichen symbolischen Bedeutung bzw. intendierter Veränderung von Sinnerleben weitgehend ausgeklammert blieb. Die eigenen Befunde führten mich zu der Erkenntnis, dass es gerade die gleichzeitige Präsenz und Wechselwirkung der beiden Dimensionen Sinn/symbolische Bedeutung einerseits und Sinnlichkeit/Perfomanz andererseits in einem Heilritual sind, welche einen bedeutenden psychotherapeutischen Wirkmechanismus zu aktivieren vermögen. Der Begriff „Bifokalität“ erschien mir am geeignetsten, um dieses Merkmal und Wirkprinzip von Behandlungs-

ritualen der TMM zu bezeichnen. Durch Beobachtungen und Interviewdaten konnte ich zunehmend deutlicher erkennen, dass die HeilerInnen eine solche Kopplung zwischen sinnlicher Erfahrung und Bedeutungsebene mit Hilfe zahlreicher therapeutischer Interventionen innerhalb der Heilrituale sehr gezielt erzeugen. Von der Heilerin Guadalupe wird das u. a. wie folgt beschrieben:

Und wenn du das Gebet sprichst, dass er jetzt zur Ruhe kommen kann, dann reibst du ihn dabei mit einer Essenz ein, damit er das Angenehme fühlen kann, dass er alle Last abwerfen kann, dass er schon etwas Neues empfängt. In Wirklichkeit ist das ein Symbol, die Essenz, die aufgetragen wird, aber im Inneren, da fühlt man die Veränderung. Du denkst, dass das durch das Aroma bewirkt wird, dieses Gefühl, sich zu mögen, ausgeglichen zu sein. Aber in Wirklichkeit

rührt das daher, dass in dir etwas zu erstrahlen beginnt. Nur, dass das Aroma die Wahrnehmung von etwas Angenehmen, Schönerem hervorruft. Das heißt, du nimmst etwas wahr, was gleichzeitig innerlich geschieht. Nur, dass das nicht vom Aroma herrührt, du glaubst nur, dass das Aroma das bewirkt.

Die psychotherapeutische Wirkungsweise bifokaler Interventionen ist wissenschaftlich gut erklärbar. So ruft die sensorische Stimulation zuerst eine vorübergehende leichtgradige Destabilisierung der etablierten psychischen Strukturen beim Patienten hervor, was wiederum deren Veränderbarkeit erhöht. In der Hypnotherapie wird dieses Moment u. a. als „Musterunterbrechung“ bezeichnet. Sehr deutlich wird dieser Wirksamkeitsaspekt, wenn die HeilerInnen im Reinigungsritual durch die Technik des „Besprühens“ (*rociar*) eine kurze Schreckreaktion provozieren, indem sie eine aromatische Essenz aus dem eigenen Mund mit Druck auf bestimmte Punkte des Körpers des Patienten „sprühen“. Anders gesagt wird durch die bifokale Aufmerksamkeitslenkung die Suggestibilität³ der Person erhöht, was nichts anderes heißt, als dass in diesem Zustand die psychische Abwehr vorübergehend herabgesetzt ist und damit der Betreffende zugänglicher für ausgeübte Einflüsse auf seine psychische Verfasstheit ist, die nicht selten subliminal, unterhalb der Bewusstseinsschwelle, erfolgen. Die beschriebene Qualität des „Angenehmen“ der von den HeilerInnen induzierten sinnlichen Erfahrungen kann als nonverbale Form suggestiver Einflussnahme aufgefasst werden, indem sie beim Patienten auf der Ebene körperlich-sinnlichen Erlebens eine konkrete kurzfristige Erfahrung von Veränderung von einem Zustand des Unwohlseins hin zu einem Erleben von Wohlgefühl induziert. Die HeilerInnen nutzen diese Form nonverbaler suggestiver Einflussnahme sehr gezielt:

Zum Beispiel, du bist innerlich tief traurig, du fühlst dich sehr traurig, und wenn du dann mit Orangenblütenessenz besprüht wirst [...] ist das kühl, dann reagierst du [...] Und es ist, als ob das Belastende sich von dir ablöst und du fühlst sogar, dass Wärme in dich eintritt. (Heilerin Guadalupe).

Obwohl im Erscheinungsbild deutlich andersartig wird dieses Wirkprinzip auch innerhalb der westlichen Psychotherapie genutzt. Während jedoch das Wirkprinzip der Bifokalität einen allge-

genwärtigen Bestandteil des therapeutischen Wissens und der Behandlungspraxis der HeilerInnen der TMM darstellt, spielt es in der gegenwärtigen Theorie und Praxis der westlichen Medizin und Psychotherapie eine auf bestimmte Methoden eingeschränkte Rolle. Seit vielen Jahrzehnten wird bifokale Aufmerksamkeitslenkung in der klassischen Hypnose zur Tranceinduktion genutzt, also zum Erreichen eines leichtgradig veränderten Wachbewusstseinszustandes bzw. eines Zustandes erhöhter Suggestibilität⁴. Erst seit ca. zwei Jahrzehnten gewann die bifokale Aufmerksamkeitslenkung vor allem im Kontext der EMDR-Methode⁵ eine größere Bedeutung, hier allerdings vorrangig als Zugang zu im normalen Wachbewusstsein verdrängten traumatischen Erlebnisinhalten. Interessanterweise erwies sich dieser Weg gleichzeitig als günstiger Zugang zum kreativen Potenzial des Unbewussten des Patienten. Weitere innerhalb der westlichen Psychotherapie praktizierte, jedoch nicht durch bifokale Aufmerksamkeitslenkung realisierte Zugänge zu leichtgradigen Zuständen des VWB beim Patienten sind das regressionsförderliche Setting der analytischen Therapie oder auch die Induktion von Zuständen des Tagträumens in der katathym-imaginativen Therapie.

Die bei der Erforschung der TMM gewonnenen Erkenntnisse zeigen deutlich, dass das psychotherapeutische Potenzial von bifokaler Aufmerksamkeitslenkung weit über den Effekt der Erhöhung der Suggestibilität hinausgeht. Welches therapeutische Potenzial sich bereits durch die Induktion von leichtgradigen Zuständen des VWB mittels bifokaler Stimulierung eröffnet, kann mit der folgenden Analyse der Wirkungsweise der Orakeltechniken innerhalb der TMM gezeigt werden.

Diagnostik durch Orakellesen stellt eine in vielen traditionellen Therapiesystemen verbreitete Diagnosemethode dar. Die HeilerInnen der eigenen Studie nutzten drei Orakelmethoden mit unterschiedlichen Materialien, die genau so oder in nur sehr leicht abgewandelter Form auch in anderen Regionen Mexikos und darüber hinaus anzutreffen sind. Es handelte sich um das Ei-Orakel (*leer el huevo = das Ei lesen*), das Orakellesen mit Hilfe von Wachs (*leer la cera = das Wachs lesen*) sowie das Maisorakel (*leer el maiz = den Mais lesen*). Beim „Ei-Orakel“ wird ein rohes Ei, mit welchem unmittelbar zuvor der Körper des Patienten in einem Reinigungsritual abgerieben wurde, an einem



Abb. 3: Heilerin Guadalupe beim Lesen des Ei-Orakels, San José de Pacífico/ Oaxaca, 2012.

halb gefüllten Wasserglas aufgeschlagen, und anhand der Formen, welche das Eigelb und Eiweiß annehmen, wird die Diagnose ermittelt⁶. In ähnlicher Weise werden dünne Wachskerzen, nachdem sie in Kontakt zum Körper des Patienten gebracht wurden, in einem Tiegel geschmolzen, das flüssige Wachs wird in eine wassergefüllte Schale gegeben und bildet dort neue feste Strukturen aus. Im Maisorakel wird eine bestimmte Zahl Maiskörner auf einem Tuch ausgeworfen und aus der Anordnung der Körner die Diagnose gelesen. Welches Material in der Orakelmethode angewendet wird, ist von den örtlichen Traditionen abhängig.

Die von den HeilerInnen aus dem materiellen Substrat herausgelesenen diagnostischen Informationen betreffen üblicherweise Aussagen zu Art und Schweregrad der Erkrankung, zur Krankheitsverursachung, wie zum Beispiel, dass eine Krankheit durch einen kurz zuvor erfolgten Sturz oder durch Streitigkeiten oder Neid ausgelöst wurde, und immer auch Empfehlungen, mit welchen Behandlungsmaßnahmen die Krankheit geheilt werden kann. Anders als im sonstigen therapeutischen Ritual kommen die HeilerInnen während des Orakellens ausführlicher mit dem Patienten ins Gespräch, um auf diesem Weg die aus dem Orakelmaterial herausgelesene diagnostische Information zu präzisieren und anzureichern. In einer guten Diagnose ist Wesentliches von Unwesentlichem geschieden, subliminal Wahrgenommens bewusst gemacht und Komplexität auf eine symbolische Form reduziert, die für den Patienten in hilfreicher Weise Hoffnung auf Heilung generiert und in Hinblick auf Genese und Therapie der Beschwerden Sinn stiftet. Eine gute Orakeldiagnose regt den Patienten an, von der



Abb. 4: Heiler Alwino beim Diagnostizieren mit Hilfe des Maisorakel, San José de Tenango/ Oaxaca, 1999 (alle Fotos © Steffi Zacharias).

zu Beginn des Orakelrituals meist eher passiven Haltung in eine aktive, sein seelisches Erleben und seine Beziehungen zum sozialen Umfeld selbstexplorierende und zunehmend bewusst reflektierende Haltung hinüber zu wechseln. Ihre Langzeitwirkung bezieht die Orakeldiagnose auch durch die symbolische und sinnlich unterlegte Bildhaftigkeit.

Bei der Interpretation der sich im Orakel herausbildenden Strukturen scheinen sich die HeilerInnen zu einem Teil eine innerhalb der Kultur vorhandene Symbolik zu nutzen, wie es die folgende Aussage der Heilerin Guadalupe wiedergibt: „Zum Beispiel, im Eigelb bildet sich das Körperliche ab, die körperlichen Symptome; und das Eiweiß gibt mir Informationen über den energetischen Zustand, das was krankhaft ist, was die Beschwerden verursacht, und auch über den emotionalen Zustand, der zerrüttet ist.“ Dies trifft ebenso auf die Erläuterungen des mazatekischen Heilers Alwino zu: „Zu verschiedenen Gelegenheiten habe ich beobachtet, dass die Hexer sich mit ihren Verwünschungen an die Lichtmasten wenden, an alle Dinge, die mit Elektrizität zu tun haben, um jemanden krank zu machen. In solchen Fällen sind die Maiskörner aufgerichtet wie Masten.“ Ausgehend von eigenen Daten zur Praxis der Orakeldiagnose schließe ich mich der u. a. von ANDRITZKY (1988, 1999) vertretenen Sichtweise an, dass trotz des Vorhandenseins derartiger Deutungsregeln die HeilerInnen dennoch einen beachtlichen Interpretationsspielraum zur Verfügung haben, so dass von einem „interpretatorischen“ Charakter des Orakels gesprochen werden sollte (PARK 1974: 917, zit. bei ANDRITZKY 1999: 57). Aus der Perspektive

westlicher Psychotherapie wurde die von den HeilerInnen in der Orakeldiagnostik geleistete Interpretation lange Zeit mit dem psychischen Mechanismus der Projektion erklärt. Anders als bei den projektiven psychoanalytischen Testverfahren innerhalb der westlichen Psychotherapie sind es jedoch in diesem Fall nicht die Patienten, sondern die HeilerInnen selbst, welche psychische Inhalte, die im Kontakt mit dem Patienten stimuliert wurden, auf das Orakelmaterial projizieren (z. B. SCHMIDBAUER 1970).

Aus meiner Sicht beschreibt das psychoanalytische Konzept des Abwehrmechanismus der Projektion die Qualität des psychischen Verarbeitungsprozesses in der Orakeldiagnose nicht zutreffend, u. a. da dieser unwillkürlich und vollständig unbewusst erfolgt, während die Generierung einer Diagnose zielgerichtet und unter Einbeziehung sowohl unbewusster als auch bewusster Wahrnehmungen erfolgt und die Komplexität der Informationsverarbeitung mit dem Ziel der Diagnosestellung nicht abbildet.

Interessanterweise war bereits FREUD zu einem differenzierteren Verständnis von Orakeldiagnosen gelangt, welches er in seiner Arbeit zu „Traum und Okkultismus“ darlegt (s. FREUD 1969). Er erkennt Parallelen zwischen dem von ihm beschriebenen Prozess der „Traumarbeit“, als welche er die im Unbewussten erfolgenden psychischen Aktivitäten bezeichnet, durch welche die manifesten erinnerbaren Traum inhalte entstehen, und dem Prozess des Orakel lesens, den er deshalb „Orakelarbeit“ nannte. Die Traumarbeit besteht nach FREUD in einem autonom bzw. unbewusst erfolgenden psychischen Verarbeitungsprozess, welche wesentlich durch die besondere Sprache des Unbewussten, von FREUD auch als „Primärvorgang“⁷ bezeichnet, charakterisiert ist, mit Merkmalen wie Bildhaftigkeit, dem Prinzip der Verdichtung, der Aufhebung von Zeit- und Raumgrenzen und Gegensätzen und in welcher durch abgeschwächte Wirksamkeit von Abwehrmechanismen unbewusste Konflikte deutlicher, aber dennoch z. B. durch den Mechanismus der Verschiebung „entschärft“, zutage treten. Die „Orakelarbeit“, die anders als die „Traumarbeit“ im Wachzustand vollzogen wird, besteht nach FREUD darin, dass die HeilerInnen Konflikte, welche den manifesten Beschwerden ihrer Patienten zugrunde liegen, so in die Diagnoseformulierung integrieren, dass eine therapieförderliche Resonanz zwischen bewussten und unbewussten psychischen Anteilen des Patienten erzeugt wird: „Der Klient wird gleichsam mit ei-

nem Traum konfrontiert, der ihn durch eine geheimnisvolle Resonanz mit seinem Unbewussten dazu anhält, noch lange nach der Orakelsitzung sich damit zu beschäftigen und ihn zu entschlüsseln. [...] Vielleicht ist es diese, durch das Orakel und seine spezielle Technik induzierte Selbstexploration, die dessen Verbreitung, Intensität und regelmäßige Inanspruchnahme erklärt“ (ANDRITZKY 1999: 58).

Für das bifokale Wirkprinzip und sein Potenzial durch die psychologische Analyse der Heilrituale im Allgemeinen Sensibilisierte, wird es evident, dass die eingesetzten Orakelmaterialien den HeilerInnen visuelle Reize anbieten, welche parallel zum Prozess der emotionalen, geistigen und intellektuellen Verarbeitung der vielfältigen aufgenommenen Informationen Wirkungen entfalten und somit bei den HeilerInnen selbst eine bifokale Ausrichtung der Aufmerksamkeit anregen. Daraus kann gefolgert werden, dass die HeilerInnen auf diese Weise den eigenen Bewusstseinszustand leichtgradig modifizieren. Das Eintreten in einen solchen leichtgradig veränderten Zustand des VWB innerhalb der Orakelmethoden dient augenscheinlich vor allem dazu, die Kapazität und Kreativität der HeilerInnen bei der innerpsychischen Verarbeitung der äußerst komplexen diagnostischen Informationen zu einer „guten Diagnose“ zu erhöhen.⁸

Dass der Diagnoseformulierung in der TMM eine enorme innerpsychische Arbeitsleistung zugrunde liegt, wurde mir durch Aussagen der HeilerInnen mehrfach bestätigt: So erwähnt die Heilerin Hermila über ihre Erfahrungen mit dem Ei-Orakel:

Man kann alles im Ei sehen, alles, alles. Früher habe ich so gearbeitet, ungefähr 20 Jahre lang. Aber jetzt bin ich erschöpft, ich arbeite nur noch selten mit dem Ei, ja, weil man dabei viel Energie verbraucht. Ich habe den Eindruck, dass man dabei sehr viel Energie braucht. Wenn die Leute kommen und sagen, dass sie das wollen, dann mache ich es, wenn kein anderer da ist, der es machen kann; aber wenn mein Sohn es macht, dann mache ich es besser nicht.

Wenn die Heilerin Guadalupe äußert: „Um das Ei zu lesen, das ist ein wenig kompliziert, weil du diese Fähigkeit des Sehens (videncia) entwickeln musst, um es zu können“, meint sie ebenfalls diese besondere innerpsychische Verarbeitungsleistung der „Zusammenschau“ bzw. kreativen Synthese der vielfältigen, über Empathie, Visionen, Beobachtung und Gespräch erfassten Informationen.

Die bisherige Analyse verdeutlicht, mit welcher Meisterschaft und in welcher vielgestaltigen Weise die HeilerInnen in ihren Behandlungsritualen das Prinzip bifokaler Stimulierung und anderer Formen der Induktion leichtgradig veränderter Zustände des VWB „im Dienste der Therapie“ nutzen. Vor allem in Hinblick auf die therapeutenbezogene Anwendung von leichtgradigen Zuständen des VWB gehen die traditionellen Ethnopsychotherapien weit über die Praxis westlicher Psychotherapie hinaus. Die beschriebene, mittels Bifokalität subtil realisierte suggestive Einflussnahme kann einen erheblichen Teil der Wirksamkeit der zahlreichen sehr sinnlich ausgestalteten Heilrituale wissenschaftlich erklären. Darüber hinaus verdeutlicht in besonderer Weise die Analyse der Orakeltechnik, dass bereits in leichtgradigen Zuständen des VWB auf das autonome schöpferische Potenzial des Psychischen zugegriffen werden kann und dieses für diagnostische und therapeutische Prozesse vielfältig nutzbar wird. Von besonderem Interesse ist der Befund, dass die Orakelmethode den HeilerInnen zur Selbstinduktion leichtgradiger Zustände des VWB dient, die sehr gut gesteuert werden können und durch welche die Qualität des diagnostischen Urteils sehr positiv beeinflusst wird.

Aus einer kulturvergleichenden Perspektive verdeutlichen diese Ergebnisse, dass das Wirkprinzip Bifokalität sowie leichtgradig veränderte Wachbewusstseinszustände in der westlichen Psychotherapie vergleichsweise eingeschränkt genutzt werden. Diese Beschränkungen manifestieren sich v.a. darin, dass Zustände des VWB fast ausnahmslos beim Patienten induziert werden. Daneben scheint eine Tendenz zur Leugnung von an therapeutischen Prozessen beteiligten leichtgradig bis mittelgradig veränderten Wachbewusstseinszuständen zu bestehen, was u.a. im expliziten Selbstverständnis der EMDR-Methode augenfällig ist, welches deren Mitbeteiligung mit einer selbst kreierten methodenspezifischen Begrifflichkeit verschleierte. Es ist zu vermuten, dass die vergleichsweise junge EMDR-Methode auf diese Weise bemüht ist, nicht mit dem immer noch relativ mächtigen Tabu, welches mit der therapeutischen Nutzung von tiefen Zuständen des VWB innerhalb der westlichen Psychotherapie assoziiert ist, in Konflikt zu geraten.

2.2 Die Generierung benigner Introjekte als ein bedeutsamer Wirkmechanismus in der Therapie mit tiefen Zuständen des VWB

Das hat ihm geholfen, klar zu sehen. Auch haben ihn die Pilze veranlasst, eine Entscheidung darüber zu treffen, wer er im Leben sein will. Das ist jetzt ein Versuch zur Änderung, aber viel bewusster, tiefergehend. Denn vorher, da hat er es auch schon versucht, aber dann, wenn er Ärger mit seinem Bruder oder seiner Mutter hatte, nahm er wieder Drogen. Jetzt hat er keinerlei Verlangen mehr, Drogen zu besorgen [...] Und die Pilze, haben ihm auch gesagt, dass er seinen Freundeskreis ändern muss, und dass er studieren soll und dass sein Weg die Musik ist. Er war sehr zufrieden nach dieser Erfahrung. (Heilerin Guadalupe über die Wirkung des Pilzrituals bei einem Patienten mit Suchterkrankung)

Es ist bekannt, dass in der mexikanischen und ebenso in anderen traditionellen Medizinkulturen Mittel- und Südamerikas Rituale mit Anwendung von psychoaktiven Substanzen aufgrund ihrer hohen therapeutischen Potenz, die insbesondere in der Induktion tiefer Zustände des VWB liegt, eine besondere Wertschätzung erfahren. Dieser Umstand verweist auf den schamanischen Charakter der indigenen amerikanischen Medizintraditionen. Die HeilerInnen der Feldstudie praktizieren das Pilzritual (*ceremonia de hongos*)⁹. Neben der Nutzung psychoaktiver Substanzen finden sich in der untersuchten Praxis der TMM weitere ritualisierte Formen der Nutzung von tiefer veränderten Zuständen des VWB bzw. ekstatischen¹⁰ Zuständen zum Zweck der Heilung, wie Trancerituale zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Auch im Schwitzhüttenritual (*temazcal*) spielt die therapeutische Wirkung von stärker ausgeprägten Zuständen eines VWB eine zentrale Rolle.

Aus Sicht der TMM erklärt sich die Wirksamkeit von Ritualen mit tieferen Zuständen des VWB vor dem Hintergrund des bei den indigenen Völkern des amerikanischen Kontinents verbreiteten Weltverständnisses, in welchem alles Seiende unter dem übergeordneten Einfluss von geistig-spirituellen Kräften steht und jeder Mensch prinzipiell zur Teilhabe an dieser spirituellen Dimension befähigt ist. Die psychoaktiven Substanzen werden als Manifestation einer göttlichen Weisheit verstanden. Das kommt sehr deutlich in den verschiedenen Be-

zeichnungen der psychoaktiven Pilze oder Pflanzen im traditionellen Anwendungskontext als „Meister“ bzw. „Lehrer“ oder wie im Fall der psychoaktiven Pilze als „heilige Kinder“ (*ninos santos*) zum Ausdruck. Unter der Voraussetzung eines *lege artis* durchgeführten Rituals kann jede Person durch Eintritt in einen Zustand des VWB mit der spirituellen Dimension des Kosmos bzw. einer göttlichen Instanz kommunizieren, um dadurch z.B. therapeutische Hilfe zu erfahren. In der schamanischen Tradition sind es vor allem die HeilerInnen, die in einen Zustand des VWB eintreten und in diesem diagnostizieren und behandeln. Dass auch der Patient innerhalb des Rituals in einen solchen Zustand eintritt, ist in der schamanischen Tradition erwünscht aber nicht obligatorisch. Die Behandlungspraxis des mazatekischen Heilers in der eigenen Feldstudie entsprach dieser traditionellen Vorgehensweise, während die städtischen Heilerinnen vor allem die vom Patienten selbst im Zustand des VWB gewonnenen Einsichten als therapeutisch wirksam erachteten und sich selbst als Begleiterinnen dieses Prozesses des Patienten verstanden.

Im Unterschied dazu ist die psychotherapeutische Anwendung von tiefen Zuständen des VWB innerhalb der westlichen Medizin- und Psychotherapiekultur der Gegenwart nicht existent. Dieses Fehlen lässt sich kulturhistorisch aus der Entwicklung der westlichen Medizin als säkulare Medizin erklären, die wiederum aus psychoanalytischer Sicht eine umfängliche kollektive Abwehr und Verdrängung der in den frühen Medizinkulturen vorhandenen engen Verbindung von Religion/Spiritualität und Krankheit/Gesundheit bzw. Therapie/Medizin erforderlich machte. Insofern bringt die Beschäftigung mit diesem Aspekt der traditionellen Medizin für westliche Medizin und Psychotherapie immer auch eine nicht selten affektgeladene Konfrontation mit gesellschaftlichen Tabuisierungen mit sich.

Aus dieser erheblichen kulturellen Konfliktpannung lässt sich der durchaus dramatisch zu nennende Verlauf der ersten Phase klinischer Anwendungsforschung mit psychoaktiven Substanzen innerhalb der westlichen Psychotherapie in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts erklären. Initiiert durch erste ethnologische Forschungsberichte zur therapeutischen Nutzung von psychoaktiven Substanzen in traditionellen Medizinkulturen und durch die Entdeckung des LSD setzte in vielen Län-

dern Europas und Amerikas eine von den Beteiligten nicht selten euphorisch reflektierte Anwendung im klinischen Setting westlicher Medizin ein (Überblick z. B. bei SCHULTES & HOFMANN 1998, YENSEN & DRYER 1994). Diese kam trotz vielversprechender Ergebnisse (Überblick zu Therapieerfolgsstudien u. a. ZACHARIAS 2015: 321–327) in den 80er Jahren abrupt zum Erliegen, als die einsetzende restriktive staatliche Drogenpolitik, welche die missbräuchliche Anwendung psychoaktiver Substanzen in der Gesellschaft zu begrenzen versuchte, auf die Medizin und Psychotherapie ausgeweitet wurde. Infolge des Verbotes zum Einsatz psychoaktiver Substanzen beschränkte sich die therapeutische Anwendung von Zuständen des VWB in der westlichen Psychotherapie danach auf nicht-substanzbasierte Möglichkeiten der Induktion von Zuständen des VWB, wie z. B. das „Holotrope Atmen“ nach GROF oder Trancetrommeln. Aber auch diese therapeutische Arbeit behält bis jetzt einen Außenseiterstatus.

Gegenwärtig kann von einer beginnenden zweiten Phase der Anwendungsforschung im Kontext westlicher Psychotherapie gesprochen werden. Im Rahmen von Ausnahmegenehmigungen und an sehr kleinen Patienten-Stichproben erfolgt eine klinische Anwendungsforschung von psychoaktiven Substanzen in der psychotherapeutischen Behandlung von Krankheitsbildern, welche mit den Mitteln der konventionellen Psychotherapie nicht zufriedenstellend behandelbar sind, wie z. B. schwere, „therapieresistente“ Traumafolgestörungen, schwere Zwangsstörungen sowie in der Sterbebegleitung (vgl. ZACHARIAS 2015: 323ff). Im deutschsprachigen Raum etabliert sich diese Anwendungsforschung unter dem Begriff der „substanzunterstützten Psychotherapie“ (JUNGBERLE *et al.* 2008: 30).

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, stellen aus meiner Sicht ein vorurteilsfreier wissenschaftlicher Zugang zu den therapeutischen Prozessen im Zustand tiefer Zustände des VWB sowie zu der kulturspezifischen Anwendungspraxis innerhalb der TMM eine wichtige Möglichkeit dar, die in Bezug auf dieses Thema innerhalb des Diskurses der westlichen Medizin und Gesellschaft dominierende Tabuisierung und kollektive Abwehr schrittweise aufzuheben.

Die aktuelle Forschung zur psychotherapeutischen Wirkungsweise psychoaktiver Substanzen liefert erste Erklärungsansätze für deren Wirkung. Sie werden recht übereinstimmend als eine „che-

mische Aktivierung dynamischer Matrizen im Unbewussten“ konzeptualisiert (GROF 1983: 63 – zit. in JUNGABERLE *et al.* 2008: 30), die sich pharmakologisch durch die chemische Verwandtschaft der in traditionellen Medizinsystemen genutzten psychoaktiven Substanzen zu den Neurotransmittern des menschlichen Gehirns erklärt.¹¹

Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass eine solche „Aktivierung störungsrelevanter mentaler Inhalte“ eine unabdingbare Voraussetzung für jedwede psychotherapeutische Veränderungen darstellt (s. GRAWE 1999). Ein psychotherapeutisch bedeutsames Spezifikum der Wirkungsweise von psychoaktiven Substanzen ist, dass sie in großer zeitlicher Nähe zur Problemaktivierung offenbar auch ressourcenhafte Gedächtnis- und Erfahrungsinhalte der individuellen Psyche zu aktivieren vermögen. Oft kommt es in einem Behandlungsritual mit tiefen Zuständen des VWB zu fließenden Übergängen von aktualisierten konflikthafter psychischen Mustern in einen Prozess der Formierung neuer, heilsamer psychischer und mentaler Verknüpfungen. Diese zwei charakteristischen innerpsychischen Erlebensqualitäten bei Anwendung psychoaktiver Substanzen wurden bereits in frühen Forschungsarbeiten beschrieben (u. a. ROQUET & FAVREAU 1981: 121), wobei die erste Phase als psycholytische Phase und die zeitlich nachgeordnete als psychosynthetische Phase bezeichnet wurde. In der psycholytischen Phase vollzieht sich unter dem Einfluss der psychoaktiven Substanz eine vorübergehende Abschwächung von Ich-Funktionen und damit auch der individuellen neurotischen Abwehrformationen. Gleichzeitig intensivieren sich Emotionen und Affekte. Subjektiv erlebt der Ritualteilnehmer bzw. Patient dadurch eine Problemaktivierung und -konfrontation, die oft mit kathartischen Abreaktionen einhergeht. Zeitlich nachgeordnet kommt es in der psychosynthetischen Phase zu einem unwillkürlich ablaufenden Prozess der schöpferischen Neuformierung individueller psychischer Strukturen, worauf die Bezeichnung „psychosynthetisch“ abhebt.¹² Dieser Prozess wird nicht selten als tiefgreifende Wandlung persönlicher Haltungen oder Gewinnen einer sehr bedeutsamen Einsicht empfunden.

Dieser Prozess ist typischerweise von ausgeprägten positiven Emotionen und mit einem intensiven Verbundenheitsgefühl zur Welt begleitet, welches VAN QUEKELBERGHE (1995) mit dem Begriff der „generalisierten oder auch kosmobiopsychosozialen Bin-

dungserfahrung“ wissenschaftlich zu beschreiben versuchte. VAN QUEKELBERGHE kann anhand dieses Konzeptes verdeutlichen, dass eine solche positive mehrdimensionale Erfahrung des Verbundenseins des Einzelnen mit der Welt – ein zentraler Aspekt der spirituellen Erfahrung – insbesondere im Erwachsenenalter eine einzigartige Möglichkeit intensiver Bindungserfahrung darstellt und demzufolge ein hohes kuratives bzw. salutogenetisches Potenzial beinhaltet. Weniger detailliert hat sich die bisherige Forschungsliteratur mit dem Phänomen beschäftigt, dass in der psychosynthetischen Phase charakteristischerweise die menschliche Psyche zur sinnhaften Selbstorganisation bzw. zur Selbstheilung aktiviert wird. Eine wissenschaftliche Aufklärung dieses hochkomplexen und kreativen innerseelischen Phänomens der Selbstheilung steht m.E. noch am Anfang (s. z. B. Konsistenztheorie von GRAWE 2004).¹³ In der Praxis westlicher Psychotherapie wird diese bemerkenswerte Eigenschaft des Psychischen kaum gezielt angesprochen. Eine Ausnahme stellen z. B. hypnotherapeutische Techniken oder auch Techniken in der kathartischen imaginativen Psychotherapie dar.

Zu dem überblicksweise referierten aktuellen Forschungsstand zum psychotherapeutischen Potenzial tiefer Zustände des VWB möchte ich ein anhand der eigenen Beobachtungsdaten entwickeltes Modell hinzufügen, welches die besonders tiefgreifende und nachhaltige Wirkung der Einsichten und Erfahrungen in der psychosynthetischen Phase anhand der Spezifika des Prozesses der Aneignung und Internalisierung in Ritualen mit tieferen Zuständen des VWB erklärt und beschreibt. Dazu veranlasste mich der Befund, dass die im Ritual mit tieferen Zuständen des VWB gewonnenen, therapeutisch relevanten Erfahrungen und tiefgreifenden Einsichten in einer sehr nachhaltigen und spezifischen Art und Weise verinnerlicht werden.

Das von mir entwickelte Modell wird anhand der Behandlung eines jungen Mannes (Patient I.) erklärt, der sich zur Behandlung einer Mehrfachabhängigkeit, Depressivität und Schulversagen bei der Heilerin Guadalupe in Behandlung befand. Nach einer Motivations- und Vorbereitungsphase mit mehreren kurzen Behandlungsmaßnahmen, mehrheitlich Reinigungsritualen und Gesprächen, durchlief der Patient an einem Wochenende eine komplexe Behandlung, die aus einem Schwitzhüttenritual und einem sich unmittelbar anschließenden Pilzritual

bestand. Diese Komplexbehandlung führte beim Patienten zu sehr plötzlichen und umfangreichen Veränderungen von wichtigen Einstellungen. Eine seiner Schlüsselerfahrungen im Schwitzhüttenritual beschrieb er mit folgenden Worten:

In der dritten Runde ist die Hitze am größten ... dort habe ich mich völlig verausgabt, habe geschrien gesungen, alles ... als die vierte Runde begann, hatte ich keine Kraft mehr. Da musste ich Kräfte entwickeln, wo ich eigentlich keine mehr hatte. In diesem Moment habe ich es als von Gott gesandt erlebt. Ich habe anerkannt, dass meine menschlichen Kräfte nicht mehr ausreichen, die Dinge zu tun ... Dort hatte ich die Demut, jemanden um Kraft zu bitten und sie wurde mir gegeben, ich weiß nicht wie. Ich habe es besiegt und bin da raus und habe mich wie Superman gefühlt, nicht wahr. Ich habe mich sehr gut gefühlt, das war eine starke Erfahrung [...].

Durch diese Erfahrung habe er sich unmittelbar nach dieser Komplexbehandlung in der Lage gefühlt, sich den Herausforderungen seines Alltags zu stellen:

Ich bin zurückgekehrt mit viel Energie und Lust, die Dinge anzupacken ... Das wird ein schwerer Kampf. Es kostet mich viel Mühe, mich zu disziplinieren und zu lernen ... Aber ich gebe nicht auf. Ich habe vor, es zu schaffen. Ich weiß nicht, was passiert ist, aber ich habe meinen Platz wiedergefunden.

Die Katamneseerhebungen nach sechs Monaten und nach einem Jahr bestätigten die langfristige Wirksamkeit dieser Veränderungen. So schloss er wenige Monate nach dem Komplexritual die Schule erfolgreich ab und konnte einen einmaligen Rückfall, den er anlässlich der Feier seines erfolgreichen Schulabschlusses hatte, mit Hilfe der im Ritual gewonnen Einsichten konstruktiv bewältigen, anstatt sich in der Konfrontation mit Enttäuschungs- und Kleinheitsgefühlen aufzugeben (ausführliche Darstellung der Behandlung in ZACHARIAS 2015: 225ff.)

Die zitierten Aussagen des Patienten verdeutlichen beispielhaft die Qualität des Außergewöhnlichen und Überwältigenden, welche die Erfahrungen und Einsichten im Ritual mit tieferem Zustand des VWB haben. Sie sind zu einem erheblichen Teil durch ihre mystisch-numinose Qualität¹⁴ nur schwer verbalisierbar und repräsentieren Erfahrungen, die der Betreffende als sehr neuartig bzw. zu seinem Selbsterleben im normalen Bewusstseinszu-

stand nicht zugehörig, also ich-dyston, erlebt. Diese Feststellungen ließen mich schlussfolgern, dass diese plötzlichen und das vertraute Ich- und Welt-erleben der betreffenden Person tief erschütternden Erlebnisse im therapeutischen Ritual aus psychologischer Sicht den Charakter einer „traumatischen“ Erfahrung haben. Für diese Annahme spricht auch, dass nach therapeutischen Ritualen mit tieferen Zuständen des VWB Flashback-Phänomene¹⁵ auftreten können, die sonst als ein typisches Merkmal von Psychotraumata bekannt sind. Im Unterschied zur im Kontext der westlichen Psychotherapie üblichen Verwendung des Trauma-Begriffes für pathologische Einwirkungen auf die Psyche des Betroffenen wird im Fall einer solchen therapeutisch induzierten überwältigenden bzw. ekstatischen Erfahrung ein kurativer bzw. benigner Effekt auf die Psyche beabsichtigt. Die auf diesem Weg bewirkte Veränderung in der Psyche des Patienten oder Ritualteilnehmers wird deshalb in meinem Modell als „benignes Introjekt“ bezeichnet.

Dass die westliche Medizin und Psychotherapie kulturell bedingt zur Pathologisierung von psychischen Phänomenen und Zuständen tendiert, in welchen die dem „normalen Alltagsbewusstsein“ zugeschriebenen Merkmale einer Dominanz rational-logischer Reflexionsfähigkeit und Kohärenz des Ich-Erlebens nicht mehr gegeben sind, wie dissoziative Phänomene, Trance, Ekstase, ist zunehmend kritisch beleuchtet worden (u. a. SELIGMAN & KIRMAYER 2008, SCHARFETTER 2008, WOLFRADT 2013). Die einseitige Verknüpfung des Psycho-trauma-Konzeptes mit dem Psychopathologischen innerhalb der westlichen Psychotherapie kann als weitere Konsequenz dieses kulturell bedingten Bias gesehen werden. Das von mir entwickelte Konzept des benignen Introjekts verdeutlicht, dass auch das Trauma-Konzept ins Nicht-Pathologische und Kurative hineinreicht, jedoch in diesen Aspekten im Kontext westlicher Psychotherapie in Theorie und Praxis bislang fast vollständig ignoriert wurde.

Aus der Psychotrauma-Forschung ist bekannt, dass traumatische Erlebnisse anders im Gedächtnis abgespeichert werden als herkömmliche Erfahrungen. Die Art der Verinnerlichung wird in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie als Introjektion oder auch Intrusion im Unterschied zur Verinnerlichung durch Internalisierung/Identifizierung bezeichnet.¹⁶ Introjektartige Gedächtnisspuren sind weiterhin durch eine subjektiv erlebte relative

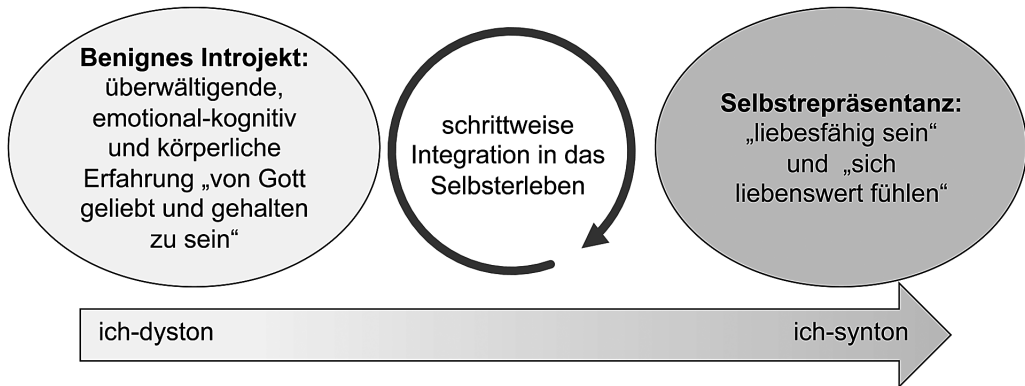


Abb. 5: Modell der psychotherapeutischen Langzeit-Wirkung von „benignen Introjekten“, generiert in Ritualen mit tieferen Zuständen des VWB (ZACHARIAS 2015: 289).

Fremdartigkeit gegenüber dem Bereich des Denkens und Fühlens charakterisiert, welchen das „Ich“ als „zu sich gehörig“ empfindet (s. a. HIRSCH 2002) sowie durch eine eingeschränkte Verbalisierbarkeit. Wie ich zeigen konnte, sind diese beiden Qualitäten für die sogenannten mystisch-numinosen Erfahrungen in tieferen Zuständen des VWB typisch. Der Introjektcharakter psychischer Inhalte erschwert den willentlich-bewussten und rational geprägten Zugriff auf die verinnerlichten neuen Erfahrungen, woraus sich ihre lange Haltbarkeit und episodisch intensive Präsenz in der individuellen Psyche erklärt. Bei malignen Introjekten ist diese Persistenz bekannt als oft problematische Veränderungsresistenz von (Täter-)Introjekten. Für benigne traumatische Erfahrungen in tieferen Zuständen des VWB innerhalb therapeutischer Rituale kann eine ähnlich gute Haltbarkeit angenommen werden, welche in diesem Fall therapeutisch hilfreich ist, indem das benigne Introjekt eine Art kurative psychische „Depotwirkung“ in der Psyche entfaltet. Beispielsweise beschrieb der Patient I. in der Katamnese, dass er auf die außerordentliche und positive Schlüsselerfahrung im Schwitzhüttenritual über einen Zeitraum von etwa einem Jahr zurückgreifen konnte, wenn er im Alltag Ermutigung brauchte, sich mit schwierigen, ängstigen Situationen, wie dem anstehenden Abschluss der Abiturstufe, zu konfrontieren, während er bis dahin Versagensängste durch die euphorisierende oder entspannende Wirkung der Suchtmittel abgewehrt hatte.

Das Beispiel zeigt, dass die präverbale, nicht-narrative Qualität der im Ritual induzierten benignen

Introjekte eine psychotherapeutisch hochinteressante Möglichkeit bietet, sehr basale präverbale frühkindliche Erfahrungen, wie z. B. die Erfahrung des „Geliebt-Seins“ oder „Geborgen-Seins“, für eine Person nachträglich als innerpsychische Erfahrung zugänglich zu machen. In einer konventionellen Psychotherapie lassen sich solche basalen Defizite oder Defekte der psychischen Struktur oft sehr schwer, immer erst durch aufwendige Behandlungen und meist nur mit begrenztem Erfolg, therapeutisch hilfreich beeinflussen. Eine so plötzliche und umfangreiche therapeutische Veränderung, wie sie der Patient I. innerhalb der Komplexbehandlung an einem Wochenende erlebte, stellt in konventionellen Psychotherapien ein sehr seltenes Ereignis dar.

Das dargestellte therapeutische Potenzial von tieferen Zuständen des VWB lässt auch aus der Perspektive der westlichen Psychotherapie nachzuvollziehbar werden, dass die traditionellen HeilerInnen Rituale mit Anwendung intensiver Zustände des VWB als „Königsweg“ zur Heilung betrachten und dürfte auch für jede andere Form von Psychotherapie von Interesse sein. Während in der ersten mit ROQUET & FAVREAU (1981) als „psycholytisch“ bezeichneten Phase eines Rituals mit therapeutischer Nutzung von tieferen Zuständen des VWB zielsicher und in sehr kurzer Zeit – durch Reduktion psychischer Abwehr und Erkennen von „Inkonsistenzen“ der psychischen Struktur – die Schlüsselstellen psychischer Konflikthaftigkeit aktualisiert werden, generiert die erschütternd-traumatische und inhaltlich hochkomplexe kurative Erfahrung nachhaltige wirksame benigne Introjekte, welche tiefgreifende

therapeutische Veränderungen in Gang bringen, die noch lange nach Ritualende intensiv weiter wirken und so direkt die Stabilität des Behandlungserfolges verbessern.

Aus den dargestellten Besonderheiten lässt sich eine besondere Eignung dieser therapeutischen Rituale bei bestimmten Patientengruppen erklären. Bekannteste Beispiele sind die Behandlung von Suchterkrankungen und schwere Psychotraumastörungen, welche auf die herkömmlichen Traumatherapiemethoden, wie z. B. EMDR-Behandlungen nach Shapiro⁵ oder die Technik des Imagery Rescripting & Reprocessing (IRRT nach Smucker), nicht ansprechen. Diese spezifische Indikation lässt sich zum Ersten aus der bereits beschriebenen spezifischen und intensiven, oft als spirituell bezeichneten Erfahrungsqualität eines kosmobiopsychosozialen Bindungserlebens ableiten. Eine solche positive therapeutische Einflussnahme auf das bei diesen Patienten oft schwer beschädigte „Urvertrauen“ ist von entscheidender Bedeutung für den Heilungsprozess und ist, wie bereits erwähnt wurde, in herkömmlichen westlichen Psychotherapien, die sich wesentlich auf rational-logisch geprägte, verbale Kommunikation zwischen Therapeut und Patient stützen, schwer induzierbar. Erschwerend kommt hinzu, dass der in psychodynamischen Psychotherapien genutzte Weg der korrigierenden Beziehungserfahrung zwischen Therapeut und Patient für diese Patientengruppe oft schwer nutzbar ist, da größere zwischenmenschliche Nähe in dyadischen Beziehungen aufgrund des beschädigten Urvertrauens starke Ängste auslöst.¹⁷

Für diese Patientengruppen kann die Induktion benigner Introjekte innerhalb von Ritualen mit tieferen Zuständen des VWB m. E. eine lohnenswerte Alternative bieten, da die Neuorganisation psychischer Strukturen dabei weitgehend unabhängig vom Einfluss des Therapeuten erfolgt. Der therapeutische Prozess wird vielmehr als Zugang zu einem „inneren Wissen“ um Sinnbezüge der eigenen Existenz und zu „Selbstheilungskräften“ oder einer geistig-spirituellen Dimension erlebt und trägt somit für den Patienten bzw. Ritualteilnehmer den Charakter einer emanzipatorischen Erfahrung.

3. Zusammenfassung und Ausblick

„Wir sind der Spiegel und das Bild darin ...“
(MAULANA DSCHALAL AD-DIN AR-RUMI)¹⁸

Die therapeutische Nutzung von Zuständen des VWB stellt offensichtlich einen zentralen Wirkmechanismus traditioneller symbolischer Therapiekulturen dar. Das kann durch die einsichtig gewordene Schlüsselfunktion bifokaler, sinnlich-sinnhafter Interventionen für die Induktion leichtgradiger Zustände des VWB belegt werden. Auch das vorgeschlagene Konzept des benignen Introjekts, welches einen Aspekt der enormen Wirksamkeit tiefer Zustände des VWB erklärt, bestätigt diese Aussage. Die Analyse der variantenreichen Formen der Realisierung und des Wirkspektrums von Zuständen des VWB innerhalb der traditionellen symbolischen Therapie der TMM liefert eine psychotherapiewissenschaftlich nachvollziehbare Erklärung für die oft eindrücklich hohe Erfolgsrate traditioneller symbolischer Heilrituale (Überblick zu Therapieerfolgsraten u. a. ANDERSON 1992: 1–18; ZACHARIAS 2015: 255–262). Die von dieser vertieften kulturspezifischen Kenntnis ausgehende kulturvergleichende Betrachtung der *therapeutischen Nutzung von Zuständen des VWB* legt weiterhin nahe, dass es sich hierbei um einen grundlegenden und universal verbreiteten Wirkfaktor symbolischer Therapien (sog. *common factor*) handelt, wie es einzelne Autoren bereits seit Längerem postuliert haben (z. B. ANDRITZKY 1990: 29).

Über das bessere Verständnis der Wirkungsweise von symbolischen Therapien im Kontext traditioneller Heilsysteme wie der TMM hinaus verdeutlichen die dargestellten Ergebnisse und Schlussfolgerungen das psychotherapeutische Potenzial dieses in der westlichen Psychotherapie eher wenig beachteten und genutzten Wirkmechanismus. Die Arbeit mit Zuständen des VWB kann aus der Perspektive der westlichen Psychotherapie u. a. auch als gezielte breite Nutzung des primärprozesshaften Modus des Psychischen im Dienste der Therapie aufgefasst werden. Indem nun, solchermaßen inspiriert, der Frage nach den Möglichkeiten einer „Psychotherapie im Primärprozess“ kulturvergleichend nachgegangen wurde, zeigten sich zwischen TMM und westlicher Psychotherapie wesentliche Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten.

Zunächst wurde deutlich, dass auch innerhalb der westlichen Psychotherapie Zustände des VWB genutzt werden. Weithin bekannt und etabliert ist die Nutzung leichtgradiger Zustände des VWB im Kontext analytisch orientierter Psychotherapien, so im induzierten regressiven Zustand des Patienten.

Auch die Hypnotherapien und die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) nach LEUNER arbeiten gezielt mit leichtgradig veränderten Zuständen des VWB beim Patienten. Bislang wahrscheinlich vorsätzlich „unerkannt“ werden in den Techniken mit bifokal-multisensorischer Stimulation wie dem EMDR oder Klopftechniken leichtgradige bis tiefere Zustände des VWB beim Patienten induziert.

Das in der „ethnopsychotherapeutischen“ Praxis der HeilerInnen der TMM manifeste klinische Erfahrungswissen um die Möglichkeit, dass Verstehen bzw. Heilung durch induziertes Regredieren auf den Primärvorgang erreicht werden kann und dieser Zugang sowohl den TherapeutInnen als auch den PatientInnen offen steht, fordert das Selbstverständnis und therapeutische Wissen der westliche Psychotherapie heraus, welche nur den Sekundärvorgang, das rational-logischen Verstehen als quasi unentbehrlich für symbolische Therapien erachtet. In recht umfänglicher Weise gilt, dass sich westliche Psychotherapeuten auffällig abstinenter bis vermeidend gegenüber der Möglichkeit verhalten, eigene veränderte Wachbewusstseinszustände für die Therapie zu nutzen. Einzige Ausnahme scheint die Technik der freischwebenden Aufmerksamkeit in den psychoanalytischen Therapien darzustellen.

Im Vergleich zur Offenheit der HeilerInnen der TMM, selbstinduzierte Zustände des VWB im Dienste der Therapie zu nutzen (s. z. B. Orakeldiagnose), wird der restriktive Umgang mit dem Primärvorgang des eigenen Psychischen des hiesigen Therapeuten umso deutlicher. In der Regel ist der Umgang mit dem Primärvorgang innerhalb analytisch orientierter westlicher Psychotherapie immer noch stark von einem pathologieorientierten Verständnis geprägt, welches vor allem die potenziellen Gefährdungen der Ich-Funktionen durch tiefere Regression im Blick hat. Hingegen findet das benigne, psychosynthetische Potenzial zur Selbstheilung des Primärvorgangs gerade in den analytisch orientierten Therapien weder theoretisch noch praktisch Beachtung und erscheint wie ausgeblendet. Insbesondere könnten gerade diese mit dem bereits vorhandenen konzeptuellen Werkzeug zum Verständnis des Unbewussten viel dazu beitragen, dieses Theoriedefizit zu beheben.¹⁸

Mit Blick auf die durch den Kulturvergleich einsichtig gewordenen Beschränkungen und „Leerstellen“ in der Theorie und Praxis der westlichen Psychotherapiemethoden bzw. auf die dadurch

brachliegenden therapeutischen Ressourcen erscheint es dringend geboten, die tradierten pathologiezentrierten Auffassungen zum Unbewussten und v.a. zum Primärvorgang zu revidieren und dabei v.a. dem klinisch evidenten, aber von der Theorie bisher stiefmütterlich behandelten „Selbstheilungs- oder kreativen Selbstorganisationspotenzial“ des Unbewussten die gebührende wissenschaftliche und klinische Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Die überraschenden Befunde einer unerwartet heterogenen Praxis der klinischen Anwendung von Zuständen des veränderten Wachbewusstseins in den beiden Therapiekulturen ermöglicht über alle Unterschiede hinweg indes ein tieferes Verständnis derselben und legen nahe, dass es sich um einen weiteren *common factor*, d.h. einen (der) kultur- und methodenübergreifend relevanten Wirkfaktor von Psychotherapie bzw. symbolischer Therapie handelt, dessen praktische Bedeutung, so beispielsweise in Hinblick auf Variantenreichtum, Intensität und Reflexionsniveau der Nutzung, im jeweiligen Heilsystem in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext stark variiert. Dass dieser Wirkfaktor mehr noch innerhalb der westlichen Psychotherapiewissenschaft als in ihrer klinischen Praxis im Vergleich zu anderen Kulturen tendenziell unterrepräsentiert ist, wird auf den Einfluss der westlich-abendländischen Kultur mit der ihr inhärenten Skepsis gegenüber primärprozesshaften, nicht-logisch-rational dominierten psychischen Prozessen zurückgeführt, der in diesem Fall eine umfängliche Erkenntnis seiner klinischen Bedeutung einschränkt. Indem die kulturell determinierten Defizite von Therapietheorie und -praxis in Hinblick auf die klinische Nutzung von Zuständen veränderten Wachbewusstseins durch kulturellen Perspektivwechsel einsichtig wird, ist eine wichtige Voraussetzung für ein umfassenderes Verständnis und größere Wertschätzung dieses Wirkfaktors in der westlichen Psychotherapie geschaffen.

Danksagung

Der Abdruck der Fotos und Grafiken auf den Seiten 181, 183 und 189 erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Psychosozial-Verlags, www.psychosozial-verlag.de und ist den Seiten 167, 168, 182, 191 und 289 der Monographie der Autorin entnommen (siehe ZACHARIAS 2015).

Anmerkungen

1. Die Feldforschung erfolgte kontinuierlich zwischen Dezember 1998 und November 2000 und wurde durch kürzere, mehrwöchige Forschungsaufenthalte zwischen 2001 und 2012 ergänzt. Sie war auf zwei „Stichproben“ konzentriert: Die städtische Stichprobe bildeten zwei überwiegend in der Stadt Oaxaca, Hauptstadt des gleichnamigen Bundesstaates im Südwesten Mexikos, praktizierenden Heilerinnen Doña Guadalupe und Doña Hermila und ihren PatientInnen. Die „dörfliche Stichprobe“ umfasste den mazatekischen Heiler Don Alwino aus dem Ort San José Tenango und sein Klientel, ansässig in kleinen Ortschaften der Region der Mazateca Alta, einer Bergregion im Südosten des Bundesstaates Oaxaca. Eine detaillierte Darstellung der methodischen Umsetzung sowie die kompletten Forschungsergebnisse zu Theorie, Praxis, Wirksamkeit und Wirkungsweise der TMM als Ethnopsychotherapie findet der interessierte Leser in der auf meiner Dissertation (2005) basierenden Monografie (ZACHARIAS 2015). Die Namen der PatientInnen sind anonymisiert. Die Namen der HeilerInnen, die mit mir im Rahmen der Feldforschung zusammengearbeitet haben, wurden auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin nicht anonymisiert. Für die HeilerInnen stellt dies in erster Linie eine Anerkennung und Würdigung ihres persönlichen Mitwirkens an der Forschung dar und wird als potenziell förderlich für die Bekanntheit ihrer therapeutischen Tätigkeit eingeschätzt. Der Heiler Alwino ist inzwischen verstorben.
2. Andere Ergebnisse aus dem dialogisch-dialektischen Ansatz interkultureller Perspektivenverschränkung werden ebenda eingehend dargestellt, wie z.B. zum *Susto*-Konzept, das aus der TMM und vielen anderen traditionellen Medizinsystemen bekannt ist und als ein ethnopsychotherapeutisches (Psycho-)Trauma-Konzept in der Medizinethnologie kontrovers diskutiert wird. Dabei besteht eine Tendenz zur Unterschätzung des sozialen Umfeldes als pathogenem Einflussfaktor und eine zu wenig entwickelte Präventionspraxis im Bereich psychischer Gesundheit in der westlichen Medizin sowie zur Spiritualität als therapeutischer Ressource und der Problematik ihrer Nutzung innerhalb einer säkularen westlichen Psychotherapie.
3. Suggestion bezeichnet in der Psychotherapie die Arten zwischenmenschlicher Einwirkung, die mittels gefühlsbetonter Vorstellungen und ohne Beteiligung rationaler Verarbeitungsprozesse erfolgen (u. a. KOSSAK 2004).
4. Die klassische Hypnose als fremdsuggestive Methode wurde im Kontext westlicher Psychotherapiemethoden im Zuge der wachsenden Orientierung auf einen selbstbestimmten therapeutischen Prozess kritisch betrachtet und führte dadurch Jahrzehnte lang ein „Nischendasein“ innerhalb der westlichen Psychotherapiemethoden.
5. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine von der US-amerikanischen Psychologin Francine SHAPIRO (1999) entwickelte Methode, welche die bifokale Stimulierung zur Umstrukturierung traumaspezifischer, pathologischer innerpsychischer Erlebnis- und Erfahrungsmuster nutzt. Dabei wird eine bifokale Aufmerksamkeitslenkung durch den kommunikativen Prozess zwischen Therapeut und Patient begleitende sinnliche Reize, wie Handbewegungen des Therapeuten im Blickfeld des Patienten oder Berührungen durch Antippen der Knie realisiert. Durch gezielte Gesprächsführung des Therapeuten werden gleichzeitig die in das Gedächtnis des Patienten eingeschriebene traumatische Erinnerungen und damit assoziierten dysfunktionalen Überzeugungen und starke negative Affekte angeregt. Nach einer Phase intensiven, emotionalen Wiedererlebens der traumatischen Gedächtnisinhalte setzt in einer EMDR-Behandlung eine relativ autonom ablaufende Neuverknüpfung und -ordnung psychischer Inhalte im Umfeld der traumatischen Erinnerung ein.
6. Für die Praxis der Orakelmethode gilt, ähnlich wie es für andere Diagnosemethoden bereits dargestellt wurde, dass diagnostische und im engeren Sinne therapeutische Behandlungselemente innerhalb eines Behandlungsritual eng ineinander greifen. So zum Beispiel dient das für Orakelmethode genutzte rohe Ei gleichzeitig als ein wichtiger „heilkräftiger Gegenstand“, da ihm heilkräftige Eigenschaften wie starke Rezeptivität und Fähigkeit zur Absorption von „krankmachenden Energien“ zugeschrieben werden, wodurch es für „Reinigungsprozesse“ geeignet ist. Des Weiteren wird es in der traditionellen Symbolik als „natürlicher Träger“ von neuen, schöpferischen Energien aufgefasst, welche nach Ansicht der HeilerInnen auf den Patienten übergehen und damit seine Genesung fördern können.
7. Die Konzepte „Primärprozess“ und als Pendant „Sekundärprozess“ sind wichtige Konzepte der ersten Phase der von FREUD anhand der Beschäftigung mit dem Traum entwickelten Theorie des Unbewussten, bei Freud als Primärvorgang bzw. Sekundärvorgang bezeichnet (LAPLANCHE & PONTALIS 1973: 396f). Der psychische Modus des Primärprozesses ist durch das Nebeneinander von Widersprüchen (sowohl/als auch), Zeitlosigkeit, Vorherrschaft des Lustprinzips, Bildhaftigkeit, Dominanz sensorischer und emotionaler Assoziationen charakterisiert und dominiert nach Freud das frühkindliche Erleben sowie das Traumgeschehen. Im Sekundärprozess ist psychische Aktivität durch die für das rational-logische Denken charakteristischen Regeln der Kausalität, eine Logik des Entweder/oder, Anerkennung von Raum- und Zeitgrenzen, stärkeren Einfluss von Abwehrmechanismen usw. geprägt. Der Sekundärprozess dominiert das psychische Erleben des Erwachsenen und wird nur in Zuständen der Schwächung des Ich zugunsten des Primärprozess zurückgedrängt, so z. B. in nächtlichen Träumen, Tagträumen, Trancezuständen, psychotischen Erleben, intendiert auch in analytischen Therapien. Die meist nur vorübergehende Schwächung des Sekundärprozesses wird psychoanalytisch als *benigne* oder *maligne Regression* bezeichnet.
8. Andritzky's Beobachtungen in seiner Feldstudie zum peruanischen Koka-Orakel bestätigen, dass durch das visuelle Fixieren des Orakelmaterials und weitere Techniken ein leichtgradig veränderter Bewusstseinszustand beim Heiler und ebenso beim Patienten eintritt, ohne dass er dies bereits in Zusammenhang mit dem psychotherapeutischen Wirkmechanismus einer bifokalen Aufmerksamkeitslenkung in Verbindung bringt. Er stellt vielmehr einen Bezug zur psychoanalytischen Technik der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ her und dem bereits von SCHMIDBAUER zur Erklärung herangezogenen Mechanismus der Projektion unbewusster Inhalte auf das Orakelmaterial (ANDRITZKY 1999: 58).
9. Die Nutzung psychoaktiver Pilze in therapeutischen Ritualen durch traditionelle HeilerInnen hat im Bundesstaat Oaxaca eine Tradition, die bis in die Zeit vor der Kolonialisierung zurück reicht. Erste ethnografische Informationen über die bis in die Gegenwart fortbestehende Praxis eines „Pilzkultes“ in Mexiko entstammen Forschungsarbeiten des US-amerikanischen Forscherehepaars R. Gordon Wasson und Valentina Pavlovna aus den 1950er Jahren, welche durch die mazatekische Hei-

- lerin Maria Sabina (Bundesstaat Oaxaca) ermöglicht wurden (vgl. u. a. WASSON, HOFMANN & RUCK 1990).
10. s. a. etymologische Bedeutung von Ekstase (griech. Ekstasis) – (aus dem Ich) heraus-treten
 11. Es wäre unzutreffend, die Anwendung psychoaktiver Substanzen als eine „indigene Psychopharmakotherapie“ einzuordnen, da im Unterschied zu den Effekten psychiatrischer Pharmakotherapie die psychoaktive Substanz nur eine kurzzeitige Veränderung neuroendokrino-logischer Prozesse bewirkt und dadurch in der Regel unmittelbar sinnhaft erlebte Effekte erzielt werden, welche als solche therapeutisch verwertbar sind (JUNGBERLE *et al.* 2008: 33).
 12. Der Begriff „psychosynthetisch“ zur Charakterisierung der zweiten Phase in psychotherapeutischen Behandlungen mit Induktion tiefer Zustände des VWB durch psychoaktive Substanzen (s. ROQUET & FAVREAU 1981) steht in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der als „Psychosynthese“ bezeichneten Form der Psychotherapie, die vom italienischen Psychologen Assagioli entwickelt wurde und zu den frühen transpersonalen Therapiemethoden zu rechnen ist (z. B. ASSAGIOLI 2004).
 13. GRAWE verstand Konsistenz als ein Grundprinzip der Regulation vitaler Prozesse im Organismus, sozusagen eine Art selbstorganisierendes Prinzip der Vereinbarkeit bzw. Übereinstimmung gleichzeitig ablaufender neuronaler und bewusster und unbewusster psychischer Prozesse (2004: 186). JUNGBERLE und Kollegen vertreten die sehr plausible Ansicht, dass „durch direkte Stimulation neuronaler Prozesse unter Substanz-einfluss eine zeitweilige Veränderung der Konsistenzregulation im Organismus angeregt wird. Die weitestgehend vorbewusst ablaufenden Konsistenzsicherungsmechanismen, wie Abwehrprozesse und die Emotionsregulation, werden verändert und ermöglichen dadurch Einsicht und Neuerfahrung im Erleben des Patienten.“ (JUNGBERLE *et al.* 2008: 33).
 14. „Das Numinose“ ist eine von dem Religionswissenschaftler OTTO (1869–1937) eingeführte religionswissenschaftliche Bezeichnung für die persönliche Erfahrung des Heiligen als ein gestaltloses Göttliches, das mit Worten der „natürlichen Sprachen“ nicht beschreibbar ist und seinerweise als *mysterium tremendum* (erschreckend, erschütternd) oder *mysterium fascinans* (anziehend) erfahren wird (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Numen>, 02.04.2016).
 15. In der medizinischen Forschungsliteratur zu substanz-gestützter Psychotherapie werden Flashbacks als eine mögliche Nebenwirkung bzw. Komplikation beim Gebrauch psychoaktiver Substanzen beschrieben. Das Flashback-Phänomen ist noch nicht umfassend untersucht, jedoch sehr wahrscheinlich zurückführbar auf neuropsychologische Prozesse vom Typ eines „ergotropen Exzitationssyndromes“, welches für traumatische Zustände bekannt ist (s. HERMLE 2008: 154f). Dass ein solches „ergotropes Exzitationssyndrom“ ebenfalls die neuropsychologische Ebene einer intensiven therapeutischen Erfahrung im Zustand veränderten Wachbewusstseins darstellt, ist bei näherer Kenntnis solcher Erfahrungen daher sehr plausibel.
 16. Introjektion ist ein prinzipiell passiver Modus der Aneignung der „äußeren“ Erfahrung/Objekteigenschaften, im Unterschied zur Identifizierung als aktiver Modus, mit welchem das Selbst sich eine „äußere Erfahrung/Objekteigenschaft“ aneignet und diese assimiliert.
 17. Letzteres lässt sich psychodynamisch auf die Erfahrung schwerer Defizite, Verluste und Enttäuschungen in nahen Beziehungen zurückführen, die eine tiefgreifende Störung der

Vertrauens- und Hingebefähigkeit mit ausgeprägter emotionaler Ambivalenz („Hass-Liebe“) und Abwehr von Bedürftigkeit und assoziierten Emotionen in nahen Beziehungen zur Folge haben. Die für die Patientengruppe typische unbewusste Konflikt-dynamik überfordert oft die Tragfähigkeit eines dyadischen therapeutischen Settings (ausführlich u. a. ZACHARIAS, 2015: 327ff).

18. persischer Dichter und Mystiker (1207–1273)
19. Als eine Voraussetzung dafür und Ergebnis zugleich erscheint mir, dass die in ihrer frühen Vergangenheit der Psychoanalyse entstandene Spaltung im Verständnis des Unbewussten überwunden werden kann, deren entscheidende Wurzeln in der Trennung von Freudianischer und Jungianischer Psychoanalyse liegen, welche gerade Themen wie Spiritualität und Selbstheilungspotenzial für die Freudianische Theorie mit einem Tabu belegen.

Literatur

- ANDERSON R. 1992. The efficacy of ethnomedicine: research methods in trouble. In NICHTER M. (ed). *Anthropological approaches to the study of ethnomedicine*. Langhorne, PA: Gordon and Breach Science Publishers: 1–18.
- ANDRITZKY W. 1988. Wahrsagen und Lebensberatung. Ethnopsychologische Aspekte des Koka-Orakels in Peru. *Curare* 11, 2: 97–118.
- 1990. *Konzepte für eine kulturvergleichende Therapie-forschung: Probleme der Effektivität, Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit ethnischer Heilmethoden*. (Jahrbuch für transkulturelle Medizin und Psychotherapie, Bd. 1). Berlin: VWB: 15–65.
- 1999. *Traditionelle Psychotherapie und Schamanismus in Peru*. Berlin: VWB.
- ASSAGIOLI R. 2004. *Handbuch der Psychosynthese. Grundlagen, Methoden und Techniken*. CH-Rümlang: Navo-Verlag.
- BERRY J. W., POORTINGA Y. H., SEGALL M. H. & DASEN R. P. 2002. *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BOURGUIGNON E. 1973. *Religion, altered states of consciousness, and social change*. Columbus, OH: Ohio State University Press.
- DITTRICH A. 1985. *Ätiologie-unabhängige Strukturen veränderter Wachbewusstseinszustände. Ergebnisse empirischer Untersuchungen über Halluzinogene I. und II. Ordnung, sensorische Deprivation, hypnagoge Zustände, hypnotische Verfahren sowie Reizüberflutung*. Stuttgart: Enke.
- DOW J. 1986. Universal aspects of symbolic healing. A theoretical synthesis. *American Anthropologist* 88, 1: 56–69.
- FARTHING G. W. 1992. *Psychology of consciousness*. Englewood Cliffs, NJ/USA: Prentice Hall.
- FREUD S. 1969. *Traum und Okkultismus*. In MITSCHERLICH A., RICHARDS A. & STRACHEY J. (Hg). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge, Studienausgabe*. Bd. 1. Frankfurt am Main: Fischer: 472–495.
- GRAWE K. 1999. Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 350–359.
- 2004. *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- HERMLE L. 2008. *Risiken und Nebenwirkungen von LSD, Psilocybin und MDMA in der Psychotherapie*. In JUNGBERLE H. *et al.*, a. a. O.: 147–164.
- HIRSCH M. 2002. *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- JUNGBERLE H., GASSER P., WEINHOLD J. & VERRER S. (Hg) 2008. *Therapie mit psychoaktiven Substanzen. Praxis und Kritik der Psychotherapie mit LSD, Psilocybin und MDMA*. Bern: Huber.

- 2008. *Die Professionalisierung Substanz-unterstützter Psychotherapie (SPT)*. In DIES. (Hg), a. a. O.: 21–40.
- KLEINMAN A. 1988. *Rethinking Psychiatry*. New York: Free Press.
- KOSSAK H.-C. 2004. *Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. München: Psychologie Verlags Union.
- KURZ H. 2015. "Depression is not a Disease. It is a Spiritual Problem."—Performance and Hybridization of Religion and Science within Brazilian Spiritist Healing Practices. *Curare* 38, 3: 173–191.
- LADERMAN C. & ROSEMAN M. (eds) 1996. *The performance of healing*. London: Routledge.
- LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. 1973. *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- LEISTLE B. 2007. Einige Bemerkungen zum Verstehen fremder Lebenswelten in der Ethnologie. *Curare* 30, 2+3: 163–176.
- LUDWIG A.M. 1966. Altered states of consciousness. *Archive of General Psychiatry* 15: 225–234.
- OBEYSEKERE G. 1990. *The work of culture: Symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- QUEKELBERGHE R. VAN. 1995. *Grunddimensionen symbolischen Heilens. Psychologische Reflexionen über Besessenheit und schamanische Heilrituale*. (Jahrbuch für transkulturelle Medizin und Psychotherapie). Berlin: VWB : 17–40.
- ROQUET S. & FAVREAU P. 1981. *Los aluzinógenos. De la concepción indígena a una breve psicoterapia*. México D.F.: Ediciones Prismas.
- SCHARFETTER C. 2008. *Nachdenken über Psychotherapie und Psychotherapeuten. Geleitwort*. In JUNGABERLE H. et al., a. a. O.: 9–20.
- SCHMIDBAUER W. 1970. Zur Psychologie des Orakels. *Psychologische Rundschau* 21: 88–98.
- SCHULTES R. E. & HOFMANN A. 1998. *Pflanzen der Götter: Die magischen Kräfte bewusstseinsweiternder Gewächse*. Aarau: AT.
- SHAPIRO F. 1999. *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- SELIGMAN R. & KIRMAYER L.J. 2008. Dissociative experience and cultural neuroscience: Narrative metaphor and mechanism. *Culture, Medicine and Psychiatry* 32: 31–64.
- TART C. & 1969 (ed). *Altered states of consciousness*. New York: Wiley & Sons.
- VOLLENWEIDER F. 2008. *Neurobiologie der Halluzinogene-Erfahrung*. In JUNGABERLE et al., a. a. O.: 111–129.
- THOMAS A. (Hg) 1993. *Kulturvergleichende Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- WASSON R.G., HOFMANN A. & RUCK C.A. 1990. *Der Weg nach Eleusis. Das Geheimnis der Mysterien*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- WOLFRADT U. 2013. Kultur und dissoziative Prozesse: Eine integrative Perspektive. In DERS., HEIM G. & FIEDLER P. (Hg). *Dissoziation und Kultur*. (Pierre Janet's Beiträge zur modernen Psychiatrie und Psychologie, Bd. 3). Lengerich: Pabst Science Publishers: 11–21.
- YENSEN R. & DRYER D. 1994. *Dreißig Jahre psychedelische Forschung*. In DITTRICH A., HOFMANN A. & LEUNER H. (Hg). *[Welten des Bewusstseins:] Bedeutung für die Psychotherapie*. (Welten des Bewusstseins/Worlds of Consciousness, Bd. 4). Berlin: VWB: 155–188.
- ZACHARIAS S. 2005. *Das psychotherapeutische Wissen und die Behandlung psychischer Erkrankungen innerhalb des mexikanischen Curanderismus – eine qualitative einzelfallorientierte Studie*. Leipzig, unveröffentlichte Dissertation.
- 2015. *Orakel, Träume Transzendenz. Traditionelle mexikanische Medizin im Dialog mit westlicher Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Manuskript eingegangen: 17-11-2016,
Letzte Fassung angenommen: 31-07-2017



Steffi Zacharias, Dr. phil., Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, Supervisorin. Studium der Psychologie (Dresden, Leipzig, Mexiko-Stadt). Mehrjährige Tätigkeit als klinische Psychologin an einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhaus in Dresden. 1998–2001 ethnopschotherapeutische Feldforschung in Oaxaca/Mexiko (gefördert durch den DAAD) und dazu 2005 Promotion in Leipzig. Seit 2005 in Dresden in eigener Praxis als Psychotherapeutin tätig (Tiefenpsychologie/Psychoanalyse). Vortrags- und Dozententätigkeit im Bereich kulturvergleichender Psychotherapie sowie in der Aus- und Weiterbildung im Bereich Tiefenpsychologie/Psychoanalyse. Veröffentlichung: *Orakel, Träume, Transzendenz – traditionelle mexikanische Medizin im Dialog mit westlicher Psychotherapie*, Psychosozial Verlag, Gießen 2015.

Psychotherapeutische Praxis
Körnerplatz 7, 01326 Dresden
e-mail: praxis@psychotherapie-zacharias.de