

Fortbildungsvideos Hypnotherapie / Psychotherapie

Milton H. Erickson & Jeffrey K. Zeig

INDUCTION OF HYPNOSIS (JETZT AUCH MIT DEUTSCHER SIMULTANÜBERSETZUNG).

In diesem historischen legendären Lehrband aus dem Jahre 1983 werden sieben Therapiesequenzen von Milton H. Erickson aus dem Jahre 1964 gezeigt und von Jeffrey Zeig kommentiert.

Bestell-Nr. VT 499, © 1964 und 1983, Englisch oder DEUTSCH simultan,
ca. 105 Minuten, Preis DM 79,-

Gunther Schmidt

SELBSTHYPNOSE UND SELBSTMANAGEMENT

Nah an den Bedürfnissen der Teilnehmer gelingt es Gunther Schmidt das Thema "Selbsthypnose und Selbstmanagement" in der Theorie und Selbsterfahrungsübungen engagiert, mit Humor und Leichtigkeit anzubieten.

Bestell-Nr. VT 930, © Heidelberg 1999, 4 Kassetten,
ca. 9 Std. 56 Min., statt 356,- DM nur 280,-

Burkhard Peter

EINFÜHRUNG IN DIE TECHNIK DER HYPNOTHERAPEUTISCHEN SCHMERZKONTROLLE

In einem Vortrag und einer Demonstration mit einer Seminarteilnehmerin zeigt Burkhard Peter hypnotherapeutische Herangehensweisen bei der Schmerztherapie mit dissoziativen, assoziativen und symbolischen Techniken.

Bestell-Nr. VT 666, © 1997, Deutsch, ca. 165 Minuten, Preis 98,- DM

Walter Bongartz

HYPNOSETHERAPIE UND INTRAPSYCHISCHE KONFLIKTE TEIL 1 + 2

Ein praxisnaher Workshop. Mit vielen Beispielen und Demonstrationen wird erläutert, wie durch hypnotherapeutische Strategien und Methoden frühes Problem-Erleben mit Ressourcen verknüpft werden können. Ergebnis: Auflösung von Ängsten und Schutzmechanismen.

Paket Band 1 + 2 Bestell-Nr. VT 939, © 1999, 5 Std. 10 Min., Preis DM149,-

SIE FINDEN UNS IM INTERNET UNTER WWW.VCR.DE ODER FORDERN SIE UNSEREN
GERAMTKATALOG MIT ÜBER 500 FORTBILDUNGS-VIDEOS NOCH HEUTE AN.

Katalog Tel. 0331 / 81 60 70 Faxanforderung 0331 / 81 33 71 E-Mail: info@vcr.de
Briefpost VCR GmbH, Rieder 10, 44146 Dortmund

Trance, Krankheitsattribution und soziale Komplexität in traditionellen Kulturen

Walter Bongartz
und Stefan Knössel

■ Die Beschäftigung mit der Vergangenheit der Hypnose kann auch einen praktischen Zweck verfolgen, etwa aus dem Trancegebrauch in traditionellen Kulturen Interventionen für die moderne Hypnotherapie abzuleiten. Dazu stellt unsere Untersuchung eine Stichprobe von traditionellen Kulturen zusammen, die Trance verwenden. Die Krankheitsvorstellungen dieser Kulturen, die hauptsächlich übernatürliche Krankheitsursachen annehmen (z.B. Dämonen), lassen sich modernen Kategorien der Krankheitsattribution zuordnen (internal, external), womit ein gemeinsamer diagnostischer Rahmen für den traditionellen und modernen Kontext geschaffen ist. Diese Zuordnung wird durch den systematischen Zusammenhang mit der sozialen Komplexität der Kulturen sowie mit dem "Trancenutzer" (Patient, Heiler) bestätigt.

Stichwörter: traditionelle Kulturen, soziale Komplexität, Trance, Hypnosetherapie

Einleitung

Anders als andere psychotherapeutische Verfahren hat die Hypnosetherapie eine weit zurückreichende Geschichte, die im engeren Sinne mit dem animalischen Magnetismus von Franz Anton Mesmer (1734-1815) beginnt (Bongartz, 1988; Peter, in diesem Heft). Es gibt aber auch weiter zurückliegende Quellen, aus denen die Hypnosetherapie schöpft. Vor der Cartesianischen Trennung von Leib und Seele beschäftigte sich etwa die Medizin der Renaissance mit der "vis imaginativa" (Vorstellungskraft) und vertrat in diesem Zusammenhang den sehr modern anmutenden Standpunkt, daß imaginative Prozesse ("imaginatioes"), die auch für die Vermittlung hypnotischen Erlebens grundlegend sind, krank, aber auch gesund machen können (Fienus, 1657). Auch dort muß man nicht halt machen, sondern kann die Geschichte der Hypnose weiter zurückverfolgen bis zu den frühen Hochkulturen (Rowe, 1946; Jovanovic,

1993) bzw. ihren prähistorischen Wurzeln (Bongartz, 1992), die sich heute in der Anwendung von Trance in traditionellen Kulturen wiederfinden.

Unsere Arbeit bezieht sich auf diesen traditionellen Kontext. Dabei steht für uns nicht das rein historische Interesse an der Vergangenheit der Hypnose im Vordergrund, sondern ein empirisches Anliegen im Zusammenhang mit der Frage, ob die Beschäftigung mit der Anwendung von Trancerialen in traditionellen Kulturen auch für die heutige Arbeit mit Trance von Bedeutung sein und die moderne Praxis der Hypnosetherapie bereichern kann - ähnlich wie die Ethnopharmakologie die Wirksamkeit traditioneller Heilsubstanzen für die moderne medizinische Anwendung prüft (Rätsch, 1998).

Die Prüfung der Anwendbarkeit traditioneller Trancerialen für die moderne Hypnosetherapie könnte aus folgenden Schritten geschehen:

1. Selektion traditioneller Kulturen, die Trance zur Behandlung von Krankheiten einsetzen.
2. Bestimmung von Krankheitskonzepten, die im traditionellen wie modernen Kontext anwendbar sind.
3. "Übersetzung" traditioneller Trancerialen in hypnosetherapeutische Interventionen und Überprüfung ihrer Wirksamkeit für die Hypnosetherapie.

Wir werden uns in unserer Arbeit nur mit den Schritten (1) und (2) beschäftigen. Zu den Untersuchungen, die dem 3. Schritt zuzuordnen sind, ist die Arbeit von Knössel (1999) zu zählen. Er konnte zeigen, daß sich mit einer traditionellen Trancetechnik (Zugang zu Ressourcen (Sicherheit, Mut) über das Erleben einer "anderen Persönlichkeit") die - mit subjektiven Skalen erfaßte - Höhenangst von Patienten signifikant reduzieren ließ (im Vergleich zu einer unbehandelten Gruppe von Höhenangstpatienten).

1. Selektion traditioneller Kulturen, die Trance zur Behandlung von Krankheiten einsetzen.

Zur Selektion einer geeigneten Stichprobe von Kulturen, die Trance verwenden, können wir auf eine Stichprobe von Kulturen zurückgreifen, die Bourguignon (1973) bezüglich der Anwendung von Trance beschrieben hat. Die Autorin untersuchte 488 über die ganze Welt verteilte, traditionelle Kulturen und fand, daß bei 90 Prozent der Kulturen Trancerialen verwendet werden. Für unsere Untersuchung können wir allerdings nicht alle diese Kulturen übernehmen, da wir noch die soziale Komplexität der Kulturen berücksichtigen wollen, die wir über die Zahl der Mitglieder einer Kultur definieren. Diesbezügliche Angaben finden sich nicht bei Bourguignon, liegen aber für das "Standard Cross-Cultural Sample" von Murdock und White (1969) vor, einer für die Welt repräsentativen und gut beschriebenen Stichprobe von traditionellen Kulturen, auf die für anthropologische Untersuchungen häufig zurückgegriffen wird. Für die 139 Kulturen dieser Stichprobe liegen neben vielen anderen soziologischen Angaben auch Angaben über die Größe einer Kultur vor.

Die Kulturen, die der Stichprobe von Murdock & White (1969) wie der von Bourguignon gemeinsam sind - sich also aus der Schnittmenge der beiden Stichproben ergeben -, definieren die Stichprobe, auf der unsere Untersuchung beruht. Wir berücksichtigen also damit Kulturen, von denen bekannt ist, daß sie Trancerialen verwenden, und für die Information über die Größe

ihrer Lokalgemeinschaften vorliegt. Dabei erhalten wir insgesamt 80 Kulturen. Für diese 80 Kulturen wurde noch bestimmt, ob Trance zu Heilzwecken verwendet wird und wer der "Trancenutzer" ist, also bei den Heilritualen Trance erfährt (Patient, Heiler, Heiler und Patient). Da dies den Daten Bourguignons nicht zu entnehmen war, haben wir diese Kategorisierung aufgrund der vorliegenden anthropologischen Literatur selbst vorgenommen.

2. Bestimmung von Krankheitskonzepten, die im traditionellen wie modernen Kontext anwendbar sind.

Um ein traditionelles Trancerial in modernen Behandlungskontext wirksam einsetzen zu können, müßte bestimmt werden, bei welcher Krankheitsform es sich im traditionellen Kontext bewährt hat. Wäre dies bekannt, dann könnte die traditionelle Behandlungsform für die entsprechende Krankheitsform in unseren modernen Kontext übertragen werden, also geradezu "störungsspezifisch" eingesetzt werden. Dabei ergibt sich allerdings die große Schwierigkeit, daß die Klassifizierung von Krankheiten in traditionellen Kulturen eine völlig andere ist als im modernen Kontext. Während heutzutage psychische Erkrankungen etwa im ICD 10 bzw. DSM IV bezüglich ihrer Symptomatik klassifiziert sind, werden im traditionellen Kontext Erkrankungen bezüglich ihrer Ursachen beschrieben, die dazu noch in der Regel als übernatürlich angesehen werden. Clements (1932) beschreibt fünf traditionelle Krankheits-theorien, die weltweit anzutreffen sind. Diese Theorien führen die Ursachen von Krankheit auf Zauberei, Geistbesessenheit, Seelenverlust und Tabuübertretungen zurück bzw. auf das Eindringen krankmachender Objekte in den Körper. Murdock (1980) findet - bezogen auf die 139 Kulturen des "Standard Cross-Cultural Sample" - folgende übernatürlichen Krankheitskonzepte: Schicksal, unheilvolle Ereignisse, eine mystische Form der Ansteckung, mystische Vergeltung, Seelenverlust, Geisterangriff, Zauberei und Hexerei. Natürliche Begründungen für Krankheiten, wie Infektionen, Stress, organischer Abbau und Unfälle sind zwar in den meisten traditionellen Kulturen auch vorhanden, nehmen jedoch gegenüber den übernatürlichen Erklärungen lediglich eine untergeordnete Position ein (Murdock, 1980). Auch die moderne Einteilung in psychische Störung vs. somatische Erkrankung spielt in traditionellen Kulturen so gut wie keine Rolle.

Diese unüberwindlich scheinende Inkompatibilität moderner und traditioneller Diagnosesysteme läßt sich nicht dadurch beseitigen, daß Krankheitsbeschreibungen aus traditionellen Kulturen modernen diagnostischen Kategorien wie Angst, Depression etc. zugeordnet werden. Ein solcher Versuch ist zum Scheitern verurteilt, weil Schilderungen von Krankheitsformen sowie Informationen über einzelne Erkrankungen in der Primärliteratur entweder fehlen oder völlig unzureichend sind und die Beschreibungen des "Standard Cross-Cultural Sample" diese Information auch nicht beinhalten. Um dennoch ein diagnostisches System zu erhalten, das auf modernen wie traditionellen Kontext gleichermaßen anwendbar ist, verzichten wir darauf, dies über eine Definition von Krankheit zu erreichen, sei es über Symptome (moderner Kontext) oder anhand übernatürlicher Ursachen (traditioneller Kontext). Statt Kategorien zu verwenden, die sich auf die Erkrankung beziehen, wollen wir Kategorien einführen, die sich auf die Patienten beziehen, und zwar auf die Art ihrer Überzeugung, Kontrolle über Erkrankungen zu haben (Krankheitsattribution).

Wir greifen dazu zurück auf das moderne Konzept von *internaler* vs. *externaler* Krankheitszuschreibung. Diese Art der Beschreibung der subjektiven Krankheitserklärung von Patienten läßt sich auf die Theorie der Kausalattributionierung (Weiner et al., 1971) oder die Untersuchungen zu Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966) zurückführen und sich auch bei der Charakterisierung von Attributionsstilen bezüglich der Entstehung von Depressionen (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) wiederfinden.

In unserer Untersuchung werden wir versuchen, die Krankheitskonzepte der einzelnen traditionellen Kulturen den Kategorien "internale"- "externale" Krankheitsattribution zuzuordnen. Eine *internale Krankheitsattribution* liegt vor, wenn eine Person überzeugt ist, die Entstehung ihrer Krankheit durch ihre Handlung wesentlich verursacht, sie selbst verschuldet zu haben. Als Beispiel für eine Kultur mit vorwiegend *interner* Krankheitsattribution können die Saulteaux (Nordamerika) gelten. Für die Entstehung von Krankheiten gelten in dieser Kultur hauptsächlich Verstöße (*bad conduct*), die in der Vergangenheit begangen wurden (Hallowell, 1941). Mit *externaler Krankheitsattribution* ist demgegenüber gemeint, daß eine Person überzeugt ist, nicht selbst für das Auftreten der Erkrankung verantwortlich zu sein, die sie nur zufällig befallt. Ein Beispiel für eine *externale* Krankheitsklärung wäre die Annahme von boshaften Geistern, die immer bereit sind, Menschen - unabhängig von deren Verhalten - zu schädigen, ihnen Krankheit und Tod zu bringen. Dies ist etwa bei den Miskito (Mittelamerika) der Fall, die Krankheiten und Unfälle immer auf das Wirken derartiger böser Geister zurückführen (Conzemius, 1932). Da in den von uns selektierten traditionellen Kulturen nicht nur einer der beiden Stile von Krankheitsattribution, sondern vermutlich auch beide anzutreffen sind, wird als weitere Kategorie *'Kulturen mit internaler und externaler Krankheitsattribution'* eingeführt.

Die Gültigkeit einer Zuordnung von traditionellen Krankheitskonzepten zu den Kategorien "internale", "externale" sowie "internale und externale" Krankheitsattribution würde eine zusätzliche Bestätigung erfahren, wenn gezeigt werden könnte, daß ein systematischer Zusammenhang zu anderen anthropologischen Parametern besteht. Ein solcher Parameter, der in der anthropologischen Forschung häufig verwendet wird, ist die soziale Komplexität. Auch wir werden die soziale Komplexität berücksichtigen und den Zusammenhang zwischen Krankheitsattribution und Komplexität betrachten. Darüberhinaus werden wir den Parameter "Trancenutzer" (Heiler, Patient) verwenden und prüfen, ob auch hier ein Zusammenhang mit der Krankheitsüberzeugung besteht, um damit eine weitere Stützung für unsere Zuordnung von modernen Krankheitsattributionen zu traditionellen Krankheitskonzepten zu gewinnen.

Fassen wir das Ziel unserer Arbeit noch einmal zusammen: Auf dem Weg zur Prüfung der Effektivität und Nutzung von traditionellen Trancerialen für die moderne Hypnosetherapie wollen wir in unserer Untersuchung zunächst folgende Schritte bewältigen:

1. Bereitstellen einer Stichprobe von traditionellen Kulturen, die Trance verwenden und deren soziale Komplexität definiert ist.
2. Zuordnung der Krankheitskonzepte dieser Kulturen zu den 'modernen' Kategorien der Krankheitsattribution "internale Ursache (selbstverschuldete Erkrankung)", "externale Ursache (zufällige Erkrankung)".

Nach Definition der Stichprobe und Beschreibung der traditionellen Krankheitskonzepte mit

modernen Kategorien können wir dann für die traditionellen Kulturen unserer Stichprobe auch bestimmen,

- a) ob ein Zusammenhang zwischen *interner/externaler* Krankheitsattribution und sozialer Komplexität und
- b) ob ein Zusammenhang zwischen *interner*, *externaler* Krankheitsattribution und Trancenutzer (Heiler, Patient) besteht.

Methode

Definition der Stichprobe traditioneller Kulturen

Zur Selektion von traditionellen Kulturen, die Trance verwenden, greifen wir auf die Studie von Bourguignon (1973) zurück. Diese Arbeit untersucht 488 traditionelle Kulturen auf den Gebrauch ritualisierter Trancephänomene hin, wobei Bourguignon zwischen Trance und Besessenheitstrance (Possession Trance) unterscheidet. Trance ist dabei gekennzeichnet durch Halluzinationen oder Visionen, an die sich die Person im Anschluß an die Trance erinnern kann. Im Gegensatz dazu ist Besessenheitstrance dadurch gekennzeichnet, daß eine Person von einem Geist besessen ist und dieser Geist sich in der Sprache oder dem Verhalten des Besessenen zu erkennen gibt. Die in Besitz genommene Person kann sich nachher nicht mehr an die Vorkommnisse während der Besessenheitstrance erinnern, sondern unterliegt einer vollständigen Amnesie. Neben diesen Formen der Trance kann in einer Kultur auch Besessenheit ohne veränderten Bewußtseinszustand auftreten. Für die vorliegende Untersuchung wurden nur die Kulturen ausgewählt, in denen Trance und/oder Besessenheitstrance auftritt, während Kulturen ohne Verwendung von Trance ausgeschlossen wurden.

Für die ausgewählten Kulturen sollte neben der Verwendung von Trance auch die Größe der Lokalgemeinschaften in einer Kultur als ein Maß für die soziale Komplexität bekannt sein. Diese Daten wurden dem "Standard-Cross-Cultural-Sample" (Murdock & White, 1969) entnommen, das 139 traditionelle Kulturen umfaßt. Die Schnittmenge aus den 488 Kulturen der Untersuchung von Bourguignon (1973) und den 139 Kulturen von Murdock und White (1969), bestand aus 100 Kulturen, die also sowohl von Bourguignon wie von Murdock & White berücksichtigt wurden. Von diesen 100 traditionellen Gesellschaften mußten nochmals 20 Kulturen ausgeschlossen werden, da von diesen keine Informationen über die Größe lokaler Gemeinschaften verfügbar war. Somit besteht unsere Stichprobe letztendlich aus 80 Kulturen.

Zuordnung der traditionellen Krankheitsvorstellungen nach Krankheitsattribution

Zunächst wurde die Literatur zu den 80 Kulturen unserer Stichprobe, die bei Murdock (1980) angegeben ist, überwiegend von drei geschulten Ratern über einen Zeitraum von mehr als vier Jahren durchgesehen. Die Durchsicht der Originalliteratur zu den einzelnen Kulturen erfolgte nach einem für unsere Problemstellung relevanten Fragenkatalog, der neben der Krankheitsvorstellung auch Informationen zum Heiltrial berücksichtigte (z.B. Dauer des Heiltrials; Verwendung magischer Gegenstände; Status des Heilers; Trance des Heilers etc.). Für jede Kultur wurde ein Dossier angelegt, in das die gewonnenen Angaben so eingetragen wurden, daß

sie anschließend in eine Datenbank eingegeben werden konnten. Nachdem das Literaturstudium abgeschlossen und jede einzelne Kultur durchgesprochen war, konnten die traditionellen Kulturen auf der Dimension *internale* (selbstverschuldete Krankheit) - *externale* (zufällige Krankheit) *Krankheitsattribution* kodiert werden. Die Richtlinien zur Kodierung der Daten wurden dabei von den drei Ratern im Vorfeld festgelegt.

Ein Krankheitskonzept wurde dann als *internal* gewertet, wenn die Handlungen einer Person übernatürliche Mächte wie Ahnen, Geister oder Götter oder mit einer bestimmten Macht ausgestattete Menschen beleidigten oder reizten, und diese dann den Missetäter mit Krankheit strafen. Diese Strafe erfolgt entweder direkt oder über eine vermittelnde Instanz, wie einen Zauberer oder Geist. Die Gefahren der Handlungen sollten der betroffenen Person vor deren Ausführung bekannt sein, wie beispielsweise negative Folgen einer Tabuübertretung oder bewusste Beleidigung eines Zaubersers bzw. einer übernatürlichen Macht.

Als *external* wurde eine Krankheitsursache dann gewertet, wenn eine boshafte, neidische oder eifersüchtige übernatürliche Macht oder ein Mensch eine Krankheit unabhängig vom Verhalten des Opfers verursachte. Der Neid oder die Eifersucht kann dabei auf eine einzelne Person oder auch auf die gesamte Familie einer bestimmten Person bezogen sein, sofern die übernatürlichen Wesen nicht generell neidisch auf die Menschheit sind wie etwa Ahnengeister, die ihrem eigenen Leben nachtrauern und die Lebenden um ihr Leben beneiden.

Da nicht jede der 80 Kulturen eindeutig der internalen oder externalen Kategorie zuzuordnen war, wurde für diese Kulturen eine dritte Kategorie (*internal/external*) vorgesehen.

Bestimmung der Trancenutzer

Für die traditionellen Kulturen der Arbeit von Bourguignon (1973) wurde nicht festgehalten, ob Trance in Heilbehandlungen Verwendung findet und welche Personengruppen Trance einsetzen. So kann Trance in religiösen Ritualen von Priestern eingesetzt werden, um die Götter durch sie sprechen zu lassen, es kann eine Besessenheit von Medien zu beobachten sein oder auch die Besessenheit als Form der Erkrankung aufgefaßt werden. Da unser Interesse der Trance in Heilbehandlungen gilt, wurde die Literatur zu den 80 ausgewählten Kulturen unter diesem Aspekt durchgesehen.

Trance kann neben einem Priester oder Medium auch von einem Heiler oder vom Patienten in einer Heilbehandlung erfahren werden bzw. können auch unbeteiligte Zuschauer eines Rituals in Trance fallen. Daher versuchten wir ebenfalls festzuhalten, bei welchen Personen Trancephänomene während einer Behandlung zu beobachten waren. Es wurden 46 Kulturen ermittelt, in welchen der Heiler während einer Heilbehandlung in Trance fällt, und 35 Kulturen, in welchen der Patient eine Trance erlebt.

Soziale Komplexität

Variablen wie Größe der Population oder Größe lokaler Gruppen einer Gesellschaft, Stratifikation, die Verwendung eines Schriftsystems etc. werden als Indikatoren für die Komplexität einer Kultur verwendet (Chick, 1997; Murdock & Provost, 1973). In unserer Untersuchung wurde als Indikator der kulturellen Komplexität auf die Daten des ethnographischen Atlas über

die durchschnittliche Größe der lokalen Gemeinschaften einer Kultur zurückgegriffen (Murdock, 1967).

Wir werden nur zwei Kategorien sozialer Komplexität verwenden. Wie Williams (1974) zeigen konnte, ist die Größe der Lokalgruppen von Jäger- und Sammlergesellschaften kleiner als 50 Personen, während komplexere Kulturen in größeren Lokalgruppen organisiert sind. Williams folgend werden die Kulturen unserer Stichprobe eingeteilt in wenig komplexe Gruppen, d.h. kleine Gruppen mit weniger als 50 Personen in einer Lokalgemeinschaft und komplexe Gruppen, d.h. große Gruppen mit 50 oder mehr Personen in einer Lokalgemeinschaft.

Resultate und Diskussion

Einteilung der traditionellen Kulturen nach der Art der Krankheitsattribution

Die Einteilung der traditionellen Kulturen unserer Stichprobe nach der Art der Krankheitsattribution (internal, internal/external und external) wurde von drei Ratern nach zuvor festgelegten Kriterien vorgenommen. Als Maß für die Übereinstimmung zwischen den Ratern wurde im Anschluß an die Kodierung der Kappa-Koeffizient bestimmt ($Kappa = 0,215$). Die Übereinstimmungsrate zwischen den drei Ratern betrug dabei 50,36%, was zwar bei einer Zufallserwartung von 36,77% als überzufällig anzusehen ist ($u=2,52$; $p<0,01$), aber dennoch zunächst unbefriedigend blieb.

Um zu einem einheitlichen Urteil zwischen den Ratern zu gelangen, wurde daher die Einteilung für die Kulturen, bei denen Uneinigkeit herrschte, in einem zweiten Durchgang noch einmal von den Ratern diskutiert bis eine endgültige Klassifikation möglich war. Die Zuordnung der einzelnen Kulturen unserer Stichprobe zu den drei Kategorien der Krankheitsattribution ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

Die Verteilung der klassifizierten Daten wurde mit einem Chi-Quadrat-Test auf Gleichverteilung überprüft. Eine Gleichverteilung der Kulturen auf die drei Kategorien von Krankheitsattribution (internal, internal/external und external) wäre ein starker Hinweis darauf, dass die traditionellen Krankheitsvorstellungen mit modernen Konzepten der Krankheitsattribution beschrieben werden können und sie sich - wie im modernen Kontext auch - nach internaler und externaler Attribution differenzieren lassen. Falls eine solche Gleichverteilung vorliegt, sollte kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Kategorien auftreten. Ein Chi-Quadrat ($df=2$) von 3,7 und $p=0,157$ zeigt, dass die klassifizierten Daten als gleichverteilt zu betrachten sind. Damit können die modernen Kategorien von Krankheitsattribution (internal, external) auch auf die Bandbreite traditioneller Krankheitskonzepte übertragen werden.

Zusammenhang zwischen Krankheitsattribution und sozialer Komplexität

Unsere Zuordnung traditioneller Krankheitskonzepte zur Art der Krankheitsattribution wäre zusätzlich validiert, wenn wir einen Zusammenhang mit anderen anthropologischen Parametern zeigen könnten. Wir haben hierzu die soziale Komplexität gewählt, die über die Zahl der Mitglieder der Lokalgemeinschaft einer Kultur gemessen wurde. Zur Ermittlung eines möglichen Zusammenhangs zwischen diesen beiden Variablen wurde ein 3 x 2-Chi-Quadrat-Test für

die Daten der 80 traditionellen Kulturen durchgeführt ($\chi^2_{df=2}=9,92; p=0.007$). Die absoluten Häufigkeiten wie der Prozentsatz sind in Tabelle 2 wiedergegeben.

Tabelle 1: Einteilung der traditionellen Kulturen unserer Stichprobe (englische Schreibweise nach Murdock, 1980) nach internaler, internaler-externaler und externaler Krankheitsattribution.

INTERNAL	INTERNAL/EXTERNAL	EXTERNAL
Aleut	Aztec	Ainu
Ashanti	Bellacoola	Alorese
Atayal	Burmese	Amahuaca
Aweikoma	Chukchee	Amhara
Azande	Ganda	Aranda
Balinese	Gond	Babylonians
Copper-Eskimo	Hausa	Basques
Havasupai	Hebrews	Bushmen
Inca	Huron	Cubeo
Javanese	Japanese	Egyptians
Kaska	Lamet	Fon
Lepcha	Mapuche	Fulani
Manus	Orokaiva	Goajiro
Marquesans	Pawnee	Ifugao
Mende	Riffians	Jivaro
Nyakyusa	Samoans	Kapauku
Omaha	Semang	Kazak
Saulteaux	Shilluk	Klamath
Suku	Tupinamba	Lapps
Tanala	Warrau	Mbundu
Tikopia		Micmac
Tiwi		Miskito
Toda		Mundurucu
Trobrianders		Nicobarese
Trukese		Samoyed
		Yahgan
		Siamese
		Somali
		Songhai
		Tehuelche
		Turks
		Vietnamese
		Yukaghir
		Yurok
		Zuni

INTERNAL = Kulturen mit vorwiegend internaler Krankheitsattribution (Selbstverschuldung einer Erkrankung)
INTERNAL/EXTERNAL = Kulturen mit internaler und externaler Krankheitsattribution
EXTERNAL = Kulturen mit vorwiegend externaler Krankheitsattribution (zufällige Erkrankung)

Tabelle 2: Einteilung der traditionellen Kulturen unserer Stichprobe nach Krankheitsattribution und Größe der Lokalgemeinschaft (Häufigkeit, Prozentsatz).

Soziale Komplexität und Krankheitsattribution			
	Kleine Gruppen (< 50)	Große Gruppen (> 50)	Summe
Internal	4 (19.05%)	22 (37.29%)	26
Internal/External	2 (9.52%)	18 (30.51%)	20
External	15 (71.42%)	19 (32.20%)	34
Summe	21	59	80

Internal = Kulturen mit vorwiegend internaler Krankheitsattribution (Selbstverschuldung einer Erkrankung)
Internal/External = Kulturen mit internaler und externaler Krankheitsattribution
External = Kulturen mit vorwiegend externaler Krankheitsattribution (zufällige Erkrankung).

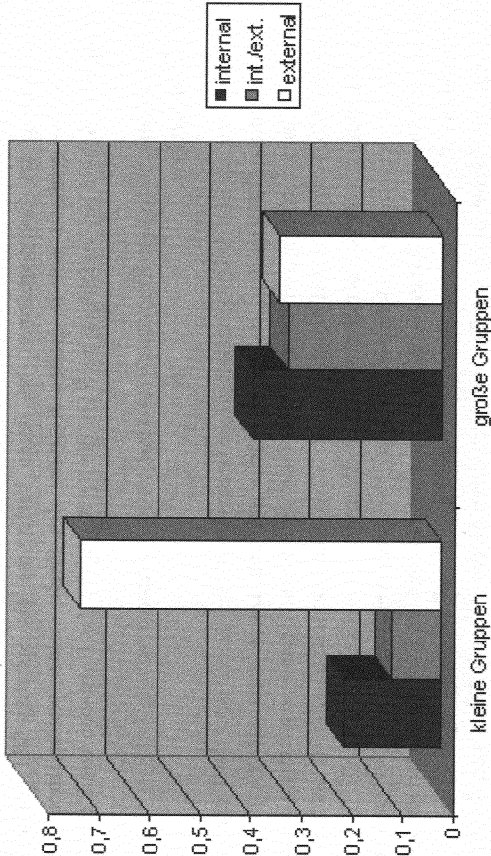


Abbildung 1: Graphische Darstellung der Einteilung der traditionellen Kulturen unserer Stichprobe nach Krankheitsattribution und Größe der Lokalgemeinschaft (in Prozent).

Um festzustellen, ob das signifikante Ergebnis auf einem Unterschied zwischen den Kulturen mit externaler Krankheitsattribution und Kulturen ohne solche Überzeugungen zur Krankheitsgenese zurückgeführt werden kann, wurde die Gesamttabelle additiv in zwei Teiltabellen zerlegt (Kimball, 1954). Bei der Berechnung der Einzelvergleiche ergab sich für den Vergleich der zusammengefaßten Gruppe "internal"/"internal/external" mit der Gruppe "external" ein signifikanter Unterschied ($\chi^2_{df=1}=9,751; p<0.01$). In Kulturen, deren Mitgliederzahl 50 oder geringer ist - Kulturen also auf dem Jäger-Sammler-Niveau - wird die Entstehung von Krankheit eher dem Zufall zugeschrieben.

Es hat sich also ein Zusammenhang zwischen Krankheitsattribution und sozialer Komplexität nachweisen lassen (s. auch Abbildung 1). Damit kann die Zuordnung der Kulturen zu den drei Kategorien von Krankheitsattribution durch den Zusammenhang zur Größe lokaler Gruppen - einem Parameter, der vom Urteil der Rater unabhängig war - als bestätigt gelten.

Geht man davon aus, daß sich Gesellschaften im Verlauf der kulturellen Evolution von geringer nach großer sozialer Komplexität entwickeln, läßt sich aus unserem Ergebnis ablesen, daß zu Beginn der kulturellen Evolution externe Krankheitsattribution vorherrschte, die Entstehung von Krankheit also zufälligen Ursachen zugeschrieben wurde.

Zur Erklärung dieses Sachverhalts - externe Krankheitsattribution in "kleinen" Kulturen - haben wir die Arbeitshypothese aufgestellt, daß ein Zusammenhang zwischen Krankheitsattribution und moralischer Entwicklung besteht: In "kleinen" Kulturen ist die soziale Kontrolle des Einzelnen sozusagen extern, durch die Gruppe möglich, ohne daß die Gruppennormen vom Einzelnen internalisiert werden müßten. Die soziale Kontrolle in größeren Kulturen mit zunehmender Anonymität erfordert hingegen die "interne" Kontrolle des Einzelnen durch Verinnerlichung der Gruppennormen, bei deren Verletzung ein Schuldgefühl erlebt wird. Möglicherweise erstreckt sich in großen Kulturen das Erleben einer persönlichen Verantwortung bzw. Schuld bei Verfehlung auch auf die Erklärung für das Entstehen von Krankheit.

Zusammenhang zwischen Krankheitsattribution und Trancenutzung bei Heilbehandlungen

Für die Kulturen unserer Stichprobe hatten wir bestimmt, ob der Heiler oder der Patient bzw. Heiler und Patient während der Behandlung Trance erfahren. Damit kann untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Krankheitsattribution und Tranceverwendung gibt, was eine weitere Möglichkeit zur Validierung unserer Zuordnung von traditionellen Krankheitskonzepten zu den Kategorien der Krankheitsattribution ergibt.

Von den 46 Kulturen, in welchen Heiler Trance erfahren, verwenden 16 Kulturen interne Krankheitsattribution, 10 Kulturen beide Attributionsstile und 20 Kulturen externe Krankheitsattribution. Ein Chi-Quadrat-Test zur Überprüfung dieser Verteilung ergab keinen Unterschied, d.h. die Verwendung von Trance durch einen Heiler ist unabhängig von der Art der Krankheitsattribution in seiner Kultur.

Anders als bei den Heilern tritt die Verwendung von Trance durch Patienten in einer Heilbehandlung insbesondere bei Kulturen mit externer Krankheitsattribution auf. Von den 35 Kulturen, in denen der Patient die Behandlung in Trance erfährt, folgen nur 6 Kulturen interner, hingegen 20 Kulturen externer Krankheitsattribution (s. Tabelle 4 und Abbildung 2). In 9 Kulturen sind beide Attributionsstile anzutreffen. Dieser Unterschied läßt sich auch statistisch belegen ($\chi^2_{df=2}=9.314$; $p<0.01$).

Warum erfahren in Kulturen mit externer Krankheitsattribution Patienten eher eine Trance bei der Heilbehandlung. Auch hier haben wir z.Z. nur eine Arbeitshypothese: In Kulturen mit interner Krankheitsattribution, in denen der Patient also seine Krankheit selbst verschuldet, hat er Kontrolle über die Krankheitsentstehung. Übertritt er keine Gebote oder Tabus, kann er sich sicher fühlen. Hat er ein Tabu übertreten, kann er entsprechende Bußhandlungen durch-

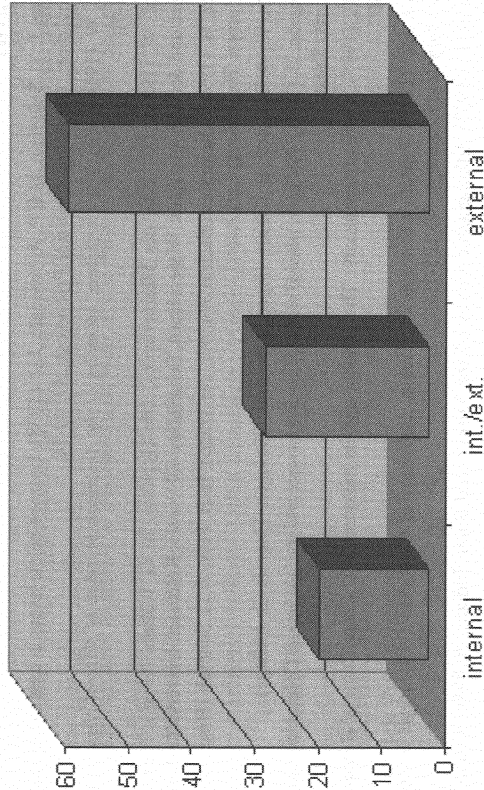
Krankheitsattribution hat der Patient diese Kontrollmöglichkeiten nicht; er ist Mächten ausgeliefert, die ihn unabhängig von seinem Verhalten krankmachen können. Möglicherweise ist es dann der Trancezustand, der im Heilritual ein intensives Erleben von Sicherheit garantiert, welche er über das eigene Tun - wie bei interner Krankheitsgenese - nicht herbeiführen kann.

Tabelle 4: Häufigkeit und Prozentsatz der Kulturen, in welchen beim Patienten in einer Heilbehandlung Trance zu beobachten ist, in Abhängigkeit von der Krankheitsattribution.

Trance beim Patienten	internal	internal/external	external
Häufigkeiten (%)	6 (17.14%)	9 (25.71%)	20 (57.14 %)

Internal = Kulturen mit vorwiegend interner Krankheitsattribution (Selbstverschuldung einer Erkrankung)
Internal/External = Kulturen mit interner und externer Krankheitsattribution
External = Kulturen mit vorwiegend externer Krankheitsattribution (zufällige Erkrankung).

Abbildung 2: Verteilung der Kulturen, in welchen beim Patienten in einer Heilbehandlung



Trancephänomene beobachtbar sind, auf die Art der Krankheitsattribution.

Abschließende Bemerkungen

In unserer Untersuchung haben wir eine Stichprobe von traditionellen Kulturen zusammengestellt, deren Krankheitskonzepte wir Kategorien von Krankheitsattributionen zugeordnet haben, die wir auch bei Patienten im modernen Kontext finden. Die Validität dieser Zuordnung wurde zum einen durch den Zusammenhang mit der sozialen Komplexität der Kulturen gestützt und

zum anderen durch den Zusammenhang mit der Trancenutzung. Damit ist nun der Weg frei, anhand unserer Stichprobe traditionelle Trancerituale und -interventionen zu identifizieren, die sich für die Übersetzung in einen modernen Kontext eignen.

Übrigens ist eine Übersetzung von traditionellen Interventionen in moderne Hypnosetherapeutische Interventionen manchmal gar nicht notwendig, weil sie schon identisch sind: So kann sich die Behandlung von Schmerzen mittels Hypnose und mittels traditioneller Behandlung in verblüffender Weise ähneln. Zum Beispiel bei den Tschuktschen, einem Volk im Nordosten Sibiriens, werden Magenschmerzen nach einer Tranceinduktion über monotonen Trommeln und monotonen Gesang in der darauf folgenden Beschwörung in ein imaginiertes Objekt transformiert, das vom Patienten mit Hilfe des Heilers bearbeitet wird. Dabei führt der Heiler etwa die Vorstellung ein, der Magen sei eine Meeresbucht. Mit Hilfe des Wassers wird dann der gesamte "Abfall" aus der Bucht fortgespült und somit die Ursache der Magenschmerzen beseitigt (Bogoras, 1904-1909). Diese Vorgehensweise erinnert sehr an die symbolische Arbeit in Trance (Bongartz & Bongartz, 2000) oder die Arbeit mit Metaphern wie sie in der modernen Hypnosetherapie Verwendung findet.

Literatur

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Bogoras, W. (1904-1909). The Chukchee. *Memoirs of the American Museum of Natural History*, 11, Vol. VII, 1-70
- Bongartz, W. (1988). Das Erbe des Mesmerismus: Die Hypnose. In G. Wolters (Hrsg.), Franz Anton Mesmer und der Mesmerismus. Wissenschaft, Scharlatanerie, Poesie. Konstanz: Universitäts-Verlag.
- Bongartz, W. (1992). Die prähistorischen Wurzeln der Trance. In B. Peter & G. Schmidt (Hrsg.), Erickson in Europa. Heidelberg: Carl Auer.
- Bongartz, W., & Bongartz, B. (2000). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe (2. Auflage).
- Bourguignon, E. (1973). *Religion, altered states of consciousness and social change*. Columbus: Ohio State University Press.
- Chick, G. (1997). Cultural complexity: The concept and its measurement. *Cross-Cultural Research*, 31, 275-307.
- Clements, F.E. (1932). Primitive concepts of disease. *University of California Publications in American Archaeology and Ethnology*, 32, 185-252.
- Conzenius, E. (1932). Ethnographic survey of the Miskito and Sumu Indians. *Bulletin, Bureau of the American Ethnology*, 106, 1-191.
- Fienus, T. (1657). *De Viribus Imaginationis Tractatus*. London: Roger Daniel.
- Hallowell, A.I. (1941). The social function of anxiety in a primitive society. *American Sociological Review*, 6, 869-881.
- Jovanovic, U. (1993). Historische Entwicklung der Hypnose. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer.
- Kimball, A.W. (1954). Short-cut formulae for the exact partition of 2 in contingency tables. *Biometrics*, 10, 452-458.
- Knössel, S. (1999). Hypnosetherapie bei Höhenangst (Akrophobie). Diplomarbeit, Universität Konstanz.
- Murdoch, G.P. (1967). *Ethnographic Atlas*. Pittsburg.
- Murdoch, G.P. (1980). *Theories of illness. A world survey*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

- Murdoch, G.P. & Provost, C. (1973). Measurement of cultural complexity. *Ethnology*, 12, 379-392.
- Murdoch, G.P., & White, D.R. (1969). Standard Cross-Cultural Sample. *Ethnology*, 8, 329-369.
- Rätsch, C. (1998). *Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen: Botanik, Ethnopharmakologie und Anwendung*. Aarau: AT-Verlag.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rowe, J.H. (1946). Inca culture at the time of the Spanish conquest. *Bulletin, Bureau of the American Ethnology*, 143, 183-330.
- Weiner, B., Frieze, L., Kukla, A., Reed, L., Rest, S. & Rosenbaum, R.-M. (1971). Perceiving the causes of success and failure. New York: General Learning Press.
- Williams, B.J. (1974). A model of hunting society. *Memoirs of the Society for American Archaeology*, 39, 4-42.

Trance, attribution of disease and social competence in traditional cultures

Abstract: Dealing with the past of hypnosis may also serve practical purposes, e.g. to derive hypnotherapeutic interventions from the use of trance in traditional societies. To this end, we put a sample of traditional cultures together that use trance. The disease concepts of these cultures that assume mainly supernatural causes of disease (e.g., demons) can be assigned to modern concepts of the attribution of diseases (internal, external). This provides a diagnostic frame that is common to both, the traditional as well as the modern context. This assignment is systematically related to social complexity as well as to the "trance user" (patient, healer) in the traditional societies employed in this study.

Key words: traditional cultures, social complexity, trance, hypnotherapy.

Prof. Dr. Walter Bongartz
Dipl.Psych. Stefan Knössel
Math.-Naturwiss. Sektion
Fachbereich Psychologie
Universität Konstanz
78457 Konstanz

erhalten: 5.8.2000, revidierte Version akzeptiert: 25.8.2000