

Aus der Nervenklinik der Charité der Humboldt-Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. K. LEONHARD)

Die japanische Morita-Therapie aus der Sicht eigener psychotherapeutischer Verfahren

Von
KARL LEONHARD

(Eingegangen am 15. Mai 1965)

Die in Japan eingeführte *Morita-Therapie* verdient auch bei uns in Europa Beachtung. Durch eine englisch geschriebene Arbeit „Morita-Therapy“ von TAKEHISA KORA¹ wurde ich auf diese in Japan eingeführte Form der Neurosebehandlung aufmerksam. Bald darauf konnte ich den Verfasser in Tokio persönlich besuchen, wo er sich am Koseiin-Hospital seit seiner Emeritierung ganz dieser Therapie widmet. Vorher war er als Nachfolger von MORITA Professor am Jike Medical College. Die Therapie, die MORITA vor etwa 40 Jahren in Japan einführte, hat sich dort nicht allgemein durchgesetzt, wird aber vielenorts ausgeübt, in Tokio selbst an fünf Krankenhäusern.

Hätte ich die Morita-Therapie nur passiv kennengelernt und dann geschildert, dann wäre sicher der Eindruck einer uns fremden Welt entstanden, ähnlich wie wenn man von indischen, chinesischen oder japanischen Religionen und Weltanschauungen liest. Um dies zu bekräftigen, brauche ich nur darauf hinzuweisen, daß der Neurotiker in der Morita-Therapie zu Beginn der Behandlung, wenn die Gespräche, die der Klärung der Neurose dienen, abgeschlossen sind, 5—7 Tage lang im abgedunkelten Zimmer liegen muß und zu nichts die Erlaubnis hat als nur zu essen, sich zu waschen und seine Notdurft zu verrichten. Hier ist etwas von japanischer Religion zu spüren, da insbesondere in der buddhistischen Zensekte die Meditation bei völliger Abgewandtheit von außen eine oberste Verpflichtung ist. Daneben ist es in der Sekte die Arbeit, die wir ebenfalls in der Morita-Therapie wiederfinden werden. Die Verbindung zwischen Therapie und Religion sah ich auch äußerlich hergestellt, als ich in Kyoto ein Krankenhaus der Morita-Therapie besuchte. Es handelte sich um die Klinik Tofukuji, die unmittelbar einem Zenkloster angeschlossen ist. Der frühere Leiter des Krankenhauses und Vater des jetzigen Leiters war nicht nur Arzt, sondern zugleich Zenpriester. Allerdings wurde mir von KORA versichert, MORITA sei nicht von der Religion her, sondern unabhängig davon zu seiner Therapie gekommen.

Mein Interesse für die Morita-Therapie wurde durch enge Beziehungen zu den von mir eingeführten *Individualtherapien* der Neurosen geweckt. Dadurch wurde auch das Verständnis für das zunächst Fremdartige angebahnt. Zu den Grundlagen der japanischen Therapie gehört eine Erkenntnis, die auch mich in der Neurosebehandlung maßgebend leitet: Neurotische Entwicklungen entstehen — im Gegensatz zu den einfachen Reaktionen — durch ein psychisches „*Wechselspiel*“, indem ein Gefühl —

am häufigsten die Angst — durch ein Hin und Her der Erlebnisse und Gedanken in die Höhe geschraubt wird und auf diese Weise pathologische Grade erreicht. Der Carcinophobe etwa wird in der Entwicklung seiner Neurose zwischen der Befürchtung, Krebs zu haben, und der Hoffnung, es sei doch nicht der Fall, durch die Erlebnisse, die er hat, und die eigenen Gedanken, die er sich macht, solange hin und her geschaukelt, bis die Furcht eine krankhafte Höhe erreicht hat. Der Agoraphobe kämpft so oft und so lange mit sich selbst, ob er über eine Straße gehen oder ob er es nicht tun soll, bis die Angst riesengroß geworden ist. Ich habe diese Hochschaukelung der Gefühle in meiner „Biologischen Psychologie“ dargestellt² und seine Bedeutung für die Neuroseentstehung in „Individualtherapie der Neurosen“ hervorgehoben³. MORITA denkt sich die Entstehung neurotischer Symptome ähnlich und nennt den maßgebenden Vorgang, wie KORA in seiner englisch geschriebenen Arbeit sagt, „*Antagonistic action of the mind*“. Die Bezeichnung ist meines Erachtens sehr treffend, denn es handelt sich bei dem „Wechselspiel“ tatsächlich um einen antagonistischen psychischen Vorgang. KORA führt als Beispiel einen Phobiker an, der immer wieder versucht, von seiner Angst frei zu werden und immer wieder erfolglos bleibt. Ob MORITA auch der Meinung war, daß durch das Hin und Her gerade die Gefühle so hochgeschraubt werden, konnte ich nicht feststellen, es ging ihm wohl mehr um den Wechselsvorgang an sich. Kollege TAKEMURA, der mir in Tokio mit seinem guten Deutsch stets zur Seite stand, erklärte mir, nach der Auffassung MORITAS, mit dessen Lehre er sich theoretisch und praktisch beschäftigt hatte, gerate die Psyche des Neurotikers, wenn man es nach der Lehre Buddhas ausdrücke, in ein Kreisen in einem engen Zirkel.

Einen anderen wichtigen Vorgang der Neuroseentstehung nennt MORITA „*Psychic interaction*“. Er bezieht ihn auf die hypochondrische Neurose und versteht darunter die Tatsache, daß unbedeutende körperliche Mißempfindungen, vielleicht vegetativer Art, die Aufmerksamkeit des Patienten wecken, die ihrerseits wieder die Beschwerden verstärkt. So entsteht ein *Circulus vitiosus*. MORITA hat hier die übertriebene Zuwendung zum eigenen Körper im Auge, die bei Hypochondern tatsächlich eine sehr große Rolle spielt. Sie kann allerdings auch ohne körperliche Mißempfindungen zustande kommen. Wenn eine Carcinophobie damit ihren Ausgang nimmt, daß in der Verwandtschaft des Patienten jemand an Carcinom starb, dann war im Beginn nur die ängstliche Zuwendung zum Körper vorhanden. Mißempfindungen können noch lange Zeit fehlen und brauchen auch später nie erheblich zu sein. Zu einem *Circulus vitiosus* zwischen Zuwendung und Sensation kommt es in deutlicher Ausprägung nur bei den „*Sensohypochondern*“, wie ich sie nenne, bei denen aber auch nicht die Sensation das Primäre ist, sondern die ängstliche Zuwendung zum Körper.

Eindrucksvoller tritt der Mechanismus, den MORITA im Auge hat, bei den *Erwartungsneurosen* hervor. Der Erythrophobe beobachtet mit Spannung sein Erröten. Gerade dadurch verstärkt es sich. Der psychogen Impotente achtet mit ängstlicher Aufmerksamkeit auf sein Sexualorgan und erzeugt gerade dadurch das körperliche Symptom. Zu den Erwartungsneurosen gehören meiner Auffassung nach auch die *Beschäftigungsneurosen*. Dementsprechend findet sich auch hier der *Circulus vitiosus*. Bei der sorgenvollen Zuwendung zum Arm, der durch Ermüdung leichte Spannungserscheinungen zeigt, erhöht sich die Spannung. MORITA hat die Beschäftigungsneurose anscheinend sowohl in der Theorie wie in der Praxis außer acht gelassen, sonst hätte er den Vorgang sicher auch hier festgestellt.

Wenn MORITA primär die körperliche Sensation sieht und die Zuwendung der Aufmerksamkeit erst in bezug darauf, so deutet sich damit bereits einer seiner weiteren Grundgedanken an, der uns in der Art seiner Therapie noch sehr nachdrücklich beschäftigen wird. Er besteht darin, daß der Neurotiker bestrebt sei, Erscheinungen, die völlig normal sind, zu beseitigen und damit natürlich scheitern müsse. Es können normale vegetative Sensationen sein, aber mehr noch ist es die normale Angst, gegen die der Neurotiker nach Auffassung MORITAS ankämpft, statt sie als eine Lebensnotwendigkeit hinzunehmen. Ein Mensch, der von einem Sprungbrett zum erstenmal ins Wasser springen soll, darf nicht gegen die normale Angst, die ihn dabei befällt, ankämpfen, sonst droht die Entstehung einer neurotischen Angst. Gerade dieses Beispiel muß uns noch beschäftigen.

Der Widerstand gegen etwas Normales kommt auch in dem dritten wichtigen Vorgang, wie ihn MORITA für die Neuroseentstehung sieht, zum Ausdruck. Er spricht von „*Contradictoriness in thinking*“ oder von „*Captivation by perfectionism*“ und versteht darunter das neurotische Verlangen nach einer geistigen Leistungshöhe, vor allem der Konzentrationsfähigkeit, die objektiv nicht erreichbar ist.

Während bei MORITA die drei Grundlagen der Neuroseentwicklung mehr oder weniger gleichberechtigt nebeneinander stehen, hat meines Erachtens die antagonistische Aktion den Vorrang vor den anderen, denn nur, wenn die Aufschaukelung der Gefühle durch das Wechselspiel hinzukommt, entsteht aus der Zuwendung zum eigenen Körper und aus dem Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit eine neurotische Entwicklung. Entsprechend richtet sich die Therapie auch bei MORITA ganz vorwiegend gegen den krankhaft hochgeschaukelten Affekt. Wenn es ihm in der Art gelingt, die er beschreibt, dann ist er allerdings auf die japanische Psyche eingestellt. Indem er von Neurosen mit Angst ausgeht und die hysterische Neurose außer acht läßt, verspricht er den Patienten keineswegs, daß ihnen die Angst genommen werde, sondern er sagt im Gegenteil folgendes:

Die Angst ist etwas Natürliches, sie gehört zum Leben, suche nicht von ihr loszukommen, nimm sie hin wie sie ist. Sobald dem Neurotiker dies gelingt, hört die antagonistische psychische Aktion auf und die Neurose heilt. Ich habe KORA im mündlichen Gespräch gefragt, ob er den Patienten denn wenigstens vorher sage, daß mit der Heilung auch die Angst, d. h. eben die krankhafte Angst, schwinden werde, damit sie in der Hoffnung auf das Kommende eher bereit seien, die Angst zunächst einmal zu bejahen. Nach seinen zögernden und etwas unbestimmten Antworten erkannte ich, daß ich den Sinn der Therapie noch nicht ganz verstanden hatte. Es geht hier nicht darum, daß der Patient eine Zeitlang etwas Unangenehmes ertragen soll, damit er es nachher wieder leichter hat, sondern er soll in den Zustand einer allgemeinen Schicksalsergebenheit geführt werden, in welchem die Frage, ob die Angst später schwinden wird, gar keinen Platz mehr hat. Es mag kommen, was das Leben bringt, es soll auf jeden Fall ohne Widerspruch hingenommen werden. Wenn es die Angst ist, dann gilt das auch für sie. SYUZO NAKA, mit dem ich auch über die Morita-Therapie sprach, formulierte das in einer Arbeit, die er mir überreichte⁴ folgendermaßen: „Follow the law of nature, accept your anxiety, endure it and do not try to escape from or avoid it, look at everything as it is, nature provides all that is needed for your health, do not make any effort to get rid of troublesome or obsessional thoughts.“

Tatsächlich hört das Wechselspiel auf, sinkt das überstarke Gefühl mehr und mehr zur Norm ab, wenn sich der Mensch widerspruchslos mit den Gegebenheiten abfindet. Hier tritt nun aber doch ein grundsätzlicher Unterschied zwischen japanischen und deutschen Menschen hervor. Es erscheint mir schwierig, bei einem deutschen Patienten diese innere Haltung zu erreichen. Er möchte von seiner Krankheit geheilt und nicht ermahnt werden, das Gegebene als unabänderlich hinzunehmen. Ich gehe in gewissem Sinne einen umgekehrten Weg. Ich führe meine Patienten erst durch äußere Maßnahmen, vor allem durch Ablenkung, Belastung und Gewöhnung aus dem psychischen Wechselspiel heraus und nehme ihnen auf diese Weise die Angst. Dann erst kann ich ihnen zumuten, in Zukunft eine gelassenerere innere Haltung einzunehmen, damit das Wechselspiel nicht wieder beginnt. Jetzt kann ich ihnen sagen, daß das Leben auf Schritt und Tritt von Gefahren umgeben sei, man könne nicht allem begegnen, sondern vervielfältige sich das Leiden, wenn man glaube, gegen alles Unangenehme ankämpfen zu müssen.

Ich erkannte bald, daß auch MORITA die Umstellung des Patienten nicht nur von innen her verlangt, sondern ebenfalls von außen her fördert. Man sieht das, wenn man liest, wie KORA den Unterschied zwischen Resignation und dem Zustand des „Arugamama“, wie es MORITA nennt, erläutert. Er gibt das Beispiel, das ich oben schon erwähnte. Wenn ein Mensch zum erstenmal von einem Brett ins Wasser springen soll, dann

hat er ganz normalerweise Angst. Wenn er die Angst nicht bejaht, sondern ihr gegenüber resigniert, unterläßt er das Springen und bleibt damit der Angst verhaftet. Im Sinne des Arugamama wird er aber trotz der Angst springen und sie unter Wiederholung der Handlung allmählich verlieren. Damit führt MORITA die Gewöhnung, die in meiner Individualtherapie der Zwangserscheinungen eine solch große Rolle spielt, in die Behandlung ein, ohne dies zu sagen. Zugleich kommt es durch das Handeln im Beispiel zu einer Ablenkung von der Angst. Der Erfolg tritt, wie ich feststellen kann, auch dann ein, wenn die innere Bereitschaft fehlt, der Mensch aber gezwungen wird, ins Wasser zu springen und immer wieder zu springen, etwa als Soldat, der das Schwimmen erlernen soll. Es ist freilich schöner, wenn nicht der Druck von außen, sondern die innere Haltung zum Erfolg führt, aber bei schweren Zwangserscheinungen gelingt dies auch bei japanischen Patienten nicht. Ich entnehme das aus der Tatsache, daß echte Zwangsneurosen nach der Morita-Therapie schwer zu behandeln sind, wie KORA betont. Durch Drängen von außen mit erst geringen, aber allmählich immer mehr steigenden Anforderungen kann ich dagegen auch schwerste Zwangssymptome beseitigen. Bei den Fällen, die KORA erfolgreich behandelt, übt er sichtlich auch einen Druck von außen aus, denn er schreibt, man könne oft noch etwas erreichen, wenn man den Kranken zwingt („compelling him“), an der Arbeitstherapie teilzunehmen und sich damit von seiner Angst abzulenken.

Damit verringert sich das, was bei japanischen Patienten möglich ist, bei unseren nicht, doch erheblich. Man wird in dieser Feststellung noch durch die Tatsache bestärkt, daß die Arbeitstherapie in der Behandlung nach MORITA das wichtigste äußere Mittel der Therapie ist, sobald die Tage der völligen Ruhe vorbei sind, denn durch die Tätigkeit wird der Patient ebenfalls ständig von seinem grübelnden Umgang mit seiner Angst abgelenkt.

Andererseits tritt das Primat der inneren Haltung wieder stärker hervor, wenn man hört, daß den Patienten die Arbeit im allgemeinen nicht vorgeschrieben wird. Man erwartet vielmehr, daß sie trotz ihrer Krankheitssymptome das Verlangen empfinden, etwas zu leisten, und sich daher selbst Arbeit suchen, wie sie bei Prof. KORA im Haus und Garten des Krankenhauses zu finden ist. Im Kyotoer Krankenhaus, das ich sah, wird auch von außen her Material für handwerkliche Arbeiten beigebracht. Der Patient soll aber ebenfalls von sich aus Verlangen nach nutzbringender Tätigkeit haben. Bei meinen Patienten erfolgt die Ablenkung und Belastung mehr durch Sport, Spiel und Gymnastik als durch Arbeit — das deutet schon einen wesentlichen Unterschied an —, vor allem schreibe ich aber die Betätigung genau vor. Die Kranken würden sich sonst zu einem großen Teil nicht beteiligen, weil sie glaubten, dafür zu krank zu sein. Meine Patienten werden durch die ihnen aufgetragene

Tätigkeit vom neurotischen Symptom befreit, die Patienten MORITAS dagegen sollen sich betätigen, weil sie nicht mehr gegen ihr Symptom ankämpfen und in ihm keinen Grund mehr sehen, der Arbeit aus dem Weg zu gehen. Es muß sich hier dementsprechend um eine wirkliche Arbeit handeln, die zum normalen Leben gehört und selbst einen Wert darstellt, nicht nur um eine sportliche Betätigung.

Ein Beispiel machte mich ganz besonders auf diesen Umstand aufmerksam. Durch die Gartenwege des Koseiin-Hospitals, in dem KORA seine Therapie durchführt, zieht sich eine vereinfachte Anlage für Golfspiel. Es ist den Patienten nach getaner Arbeit gern erlaubt zu spielen, aber wenn sie dabei eine kleine Unordnung im Garten entdecken, z.B. einen Gegenstand, der nicht da liegt, wo er hingehört, dann sollen sie sofort das Spiel unterbrechen und erst die Arbeit erledigen, die sie vor sich sehen. Diesem Grundsatz entsprechend ist der Garten des Krankenhauses, der von den Patienten gepflegt wird, in mustergültiger Ordnung.

Allerdings darf man sich nun wieder fragen, ob das eigene Verlangen nach Arbeit wirklich Ausdruck der veränderten inneren Haltung ist. Es könnte zu einem großen Teil auch eine Folge des *Reizhungers* sein, der durch die ersten Tage erzwungener Ruhe entsteht. Ich befinde mich hier nicht im Widerspruch zu KORA, wenn ich diesem Umstand eine große Bedeutung zumesse. Die Bettruhe von 5—7 Tagen in einem abgedunkelten Zimmer kann auch dem japanischen Patienten fast unerträglich werden. Er darf nicht sprechen, nicht lesen, nicht Radio hören, keine Verwandten und Freunde empfangen, nicht rauchen, nicht schreiben. Er darf das Bett nur verlassen, um zu essen, sich zu waschen und seine Notdurft zu verrichten. KORA zitiert aus dem Tagebuch eines Kranken folgendes: „I have suffered and worried all sorts of suffering and worries during these past few days.“ Ferner schrieb der Patient, die Langeweile sei so unerträglich gewesen, daß sogar der Gang zur Toilette eine große Freude dargestellt habe, ja es sei eine Freude gewesen, wie er sie noch nie in seinem Leben erfahren habe. „I have never experienced such a great joy in my life.“ Dieser schwere Reizhunger erweckt beim Patienten einen mächtigen Drang, sich wieder betätigen zu dürfen. Das gilt zweifellos auch unabhängig davon, wie seine sonstige innere Haltung inzwischen geworden ist.

Für die quälenden Tage der Ruhe bekommt der Patient im Sinne des Grundgedankens von MORITA wie auch der Zenreligion die Anweisung: „Wie Du auch leiden magst, widersetze Dich nicht.“ Das mag für viele Patienten ein unmögliches Verlangen sein, aber es ist andererseits wahrscheinlich, daß die schreckliche Langeweile noch am ersten zu ertragen ist, wenn sie passiv hingenommen und auch gedanklich nicht mehr bekämpft wird. Insofern ist die absolute Absperrung aller Anregungen sicher im Sinne der gewünschten Grundhaltung förderlich. Mehr noch

sehe ich folgenden Umstand, der der Neurose entgegenwirkt. Das psychische Wechselspiel, das den pathologischen Affekt erzeugt, muß mehr und mehr zurücktreten, wenn das schwere aktuelle Leiden des Reizhungers das ganze Denken des Patienten erfüllt. Der neurotische Affekt wird dadurch flacher, und ich vermute, daß mancher Patient, der vorher unter der schwersten Angst gelitten hat, daß er bald an einem Herzinfarkt oder an einem Carcinom sterben müsse, gegen Ende dieser Bettruhe gar nicht mehr daran denkt, weniger, weil er nun dem Vorsatz folgt, das Leiden zu nehmen wie es kommt, als weil das akute Leiden seine ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt. Der Circulus vitiosus wird so durch den aktuellen Leidenszustand unterbrochen, weniger durch die Umstellung der inneren Haltung. Doch wäre möglich, daß ich die japanische Seele hier zu wenig verstehe.

Man kann auch sonst erleben, daß der neurotische Komplex zurücktritt, wenn etwas Erschütterndes über den Kranken kommt, das seine ganze Aufmerksamkeit beansprucht. Bei freudigen Ereignissen versteht man das leicht, es kann aber auch ein leidvolles sein, vielleicht eine schwere Krankheit in der Familie oder eine große Belastung beruflicher Art. Man ist allzu sehr geneigt anzunehmen, daß schwere äußere Schicksale die Neurose erzeugen. Natürlich können sie zum „*Ausgangserlebnis*“, wie ich es nenne, der Krankheitsentwicklung werden. Wenn aber keine psychologische Linie zu einer Phobie hinführt, dann können die schweren Erlebnisse im Gegenteil im Sinne der Neuroselösung wirksam sein. Oft hält auch die angespannte Tätigkeit des Berufs die Neurose auf, während sie sich akut verschlimmert, wenn der Betreffende „*ausspannt*“. Es liegt daran, daß den Patienten jetzt nichts mehr davon abhält, seinen grübelnden Gedanken nachzugehen und das psychische Wechselspiel in Gang zu halten. Mit einem solchen Ausspannen hat natürlich die absolute Ruhe im Sinne MORITAS nichts zu tun. Mit der einfachen Erholung verliert der Mensch manche Anregungen, bei der absoluten Ruhe alle Anregungen überhaupt. Im ersten Fall gewinnt er Zeit, um seiner neurotischen Angst nachzugehen, im zweiten Fall hat er gar nicht mehr die Fähigkeit dazu. So ist die Ruhe im Sinne MORITAS einer seelischen Erschütterung vergleichbar, aber nicht einem Erholungsurlaub.

Nach Abschluß der Bettruhe könnte das Wechselspiel wieder beginnen, aber jetzt ist der Patient ganz erfüllt von einem Glücksgefühl, das ihm durch Stillung seines tiefen Reizhungers entsteht. Die Arbeit, die ihm geboten wird, ist geeignet, dieses Glück zu vermitteln. Ein Patient von KORA schrieb in seinem Tagebuch: "I feel like a child now. Everything I see seems strange to me. I feel an irresistible urge to do something, to get my hands on anything I see. I can see Mt. Fuji, I can see the bus, the sky is clear. Never did the world look so pretty to me in my life."

Inzwischen ist klar geworden, daß ein Europäer die 5—7 Tage absoluter Bettruhe kaum durchhalten würde. Mein Urteil ist aber auch hier nicht theoretisch, sondern durch Erfahrungen gestützt, da ich von meinen Patienten auch sehr viel verlange. Ich brauche nur daran zu erinnern, daß etwa Kardiophobe 3—4 Std am Tag in anstrengender Weise Spiel, Sport und Gymnastik betreiben oder daß Schreibkrampfkranke 4—5 Std am Tag schreiben, oder daß Zwangskranke mit Waschzwang Schmutzarbeit verrichten. Was ich gegenüber der Morita-Therapie sage, wurde mir selbst schon entgegengehalten: Was ich verlange, könne man den Neurotikern anderenorts nicht zumuten. Aber abgesehen davon, daß ich nichts vorschreibe, was biologisch unnatürlich und daher auch für den normalen Menschen schwer erträglich ist, haben meine Patienten bereits die zunehmende Besserung festgestellt, wenn die Anforderungen ihrem Höhepunkt zustreben. Es wäre ausgeschlossen, den Schreibkrampfkranken gleich stundenlang schreiben zu lassen, oder den Zwangskranken gleich an die Schmutzarbeit heranzuführen. Während die Patienten aber schon die Besserung bemerken, nehmen sie immer mehr auf sich. Ich glaube daher, daß ähnliche Maßnahmen bei Neurotikern ganz unabhängig von Volks- und Rassezugehörigkeit anwendbar sind, doch würden Europäer die absolute Bettruhe von MORITA wohl einfach unterbrechen. Die Japaner tun das nicht, wie man mir sagte, sofern es wirklich Neurotiker sind und nicht ernster Kranke, etwa endogen Depressive. Hier ist wohl die japanische Psyche, die durch Weltanschauung und Religion auf diese Haltung vorbereitet ist, eine Voraussetzung.

Eine andere Maßnahme von MORITA läßt sich auch bei uns leicht durchführen, doch konnte ich mir nicht ins klare kommen, ob sie wirklich der Heilung der Neurose dienlich ist. Ich meine das Führen eines *Tagebuches*, das bei MORITA eine große Rolle spielt. Ich bin mit ihm darin einig, daß der neurotische Patient von seinem ungesunden Innenleben abgelenkt und zu einer Tätigkeit, die sein Leben erfüllt, hingeführt werden soll. Gegenüber diesem Bestreben sehe ich in der Führung eines Tagebuches eine Gefahr. Soll der Kranke durch Arbeit wie bei MORITA oder durch verschiedenerlei Maßnahmen wie bei mir von seinen grübelnden Gedanken abgelenkt werden, so daß die neurotische Angst zu schwinden beginnt, dann kann doch die Aufgabe, sich durch ein Tagebuch über sich selbst Rechenschaft zu geben, das Grübeln wieder erwecken. Wenn die Kranken bei MORITA im Laufe der Behandlung ebenso wie bei mir nicht mehr von ihren Beschwerden sprechen dürfen, so werden sie doch sehr geneigt sein, von ihnen zu schreiben, sofern sie jeden Tag über sich selbst berichten sollen. Ich führte auch darüber ein Gespräch mit KORA und erfuhr, daß der Wiederkehr der Beschwerden im Tagebuch entgegengetreten werde. Der Arzt liest das Buch regelmäßig durch und macht seine Bemerkungen dazu. Bringt der Patient wieder seine Beschwerden

vor, die er allmählich verlieren soll, dann wird er durch die Eintragung des Therapeuten ermahnt, von seiner aktiven Tagesgestaltung zu berichten, nicht von seinen Beschwerden. Kommt er doch immer wieder darauf zurück, so wird er auch mündlich ermahnt, es zu unterlassen. Sicher wird die Gefahr, die ich sehe, dadurch teilweise gebannt, ob ganz, weiß ich nicht. Im Tagebuchauszug, den KORA ausführlich wiedergibt, stellt sich uns ein Patient dar, der sichtlich eine sehr positive Einstellung hat, der mit Freude jede Besserung aufgreift und darüber berichtet. Viel schwieriger sind die skeptischen Patienten, die eher das sehen, was an ihrem Zustand noch nicht so ist, wie es sein sollte. Sie werden sich nicht davon abhalten lassen, dieses Negative zu schreiben und sich dadurch erst recht zum Bewußtsein zu bringen. Sie könnten durch die ermahnenden Worte, die vom Arzt in das Tagebuch eingestreut werden, vielleicht doch manchmal weniger beruhigt als zum Widerspruch aufgereizt werden. Wenigstens würde das für unsere deutschen Patienten gelten. Im mündlichen Gespräch kann man die Ermahnungen nach Inhalt und Tonfall besser der persönlichen Haltung des Patienten anpassen, so daß man hier nicht Gefahr läuft, ihn mehr herauszufordern, als zu belehren. Im persönlichen Gespräch ist auch die Unterscheidung zwischen den Sorgen und Konflikten, die gelöst werden sollen und natürlich immer wieder zur Sprache kommen müssen, und den Krankheitsbefürchtungen und Beschwerden, die nicht mehr vorgebracht werden dürfen, viel besser zu treffen.

Der Sinn des Tagebuches liegt darin, daß sich der Patient anhand desselben zur gesunden inneren Haltung durchringen soll und zugleich der Arzt, der das Buch liest, in die Lage versetzt wird, im Sinne dieser Zielsetzung mitzuhelfen. Man erkennt wieder, wie sehr es MORITA auf Änderung der inneren Einstellung ankommt, d.h. auf Erreichen des Arugamama: Ich nehme ohne Widerspruch hin, was mir das Leben bietet, auch wenn es ein Leiden ist. Zweifellos gehört zur Heilung der Neurose die innere Umstellung, sonst tritt nach Beseitigung eines Symptoms bald ein neues auf. Man wird aber deutschen Patienten keine innere Haltung zumuten, die einer bestimmten Weltanschauung oder gar Religion entspricht. Man würde vielleicht manche dafür gewinnen und tatsächlich von ihrer Neurose heilen, aber andere abschrecken, während doch der Neurotiker jeder weltanschaulichen Haltung geheilt werden soll. Ich kann das Ziel, um das es geht, auch in anderer Weise erreichen. MORITA will die antagonistische psychische Aktivität beseitigen, da sie die Grundlage der Neurose darstellt. Ich habe das gleiche Bestreben, ohne auch nur annähernd so tief in die persönliche Haltung, die der Patient zum Leben einnimmt, eingreifen zu wollen. Wenn ich ihn ermahne, das Leben gelassener zu nehmen, er könne doch nicht allen Gefahren begegnen, so liegt das zwar in ähnlicher Richtung wie bei MORITA, doch soll den Patienten dadurch nur eine Stütze angeboten werden, keineswegs ruht die Therapie darauf. Was er

dagegen unbedingt beachten muß, das ist unmittelbar der Form seiner Neurose angepaßt. Der Patient muß erkennen, wie im Zustand seiner Befürchtungen durch Zweifeln und Zögern im Wechselspiel der Gefühle sein spezieller überwertiger Affekt entstanden ist, der ihn in krankhafter Weise beherrschte. Er weiß dann unmittelbar, wie er sich in Zukunft gesund erhalten kann. Weniger in der Theorie als in der Praxis geschieht in der Morita-Therapie Ähnliches. Der geheilte Agoraphobe hat bei mir gelernt, daß er bei einem Zweifel, ob er seiner Angst, über die Straße zu gehen, nachgeben soll oder nicht, sofort gehen muß, damit sich keine Gefühlssteigerung entwickeln kann. Man erinnert sich dabei an das Beispiel von KORA von dem Sprung ins Wasser und erkennt die Übereinstimmung, die besteht, sobald man den weltanschaulichen Hintergrund beiseite läßt. Der geheilte Zwangskranke, der nachher doch wieder eine Neigung verspürt, die Hände nochmal zu waschen, obwohl er es schon getan hat, darf dem Verlangen unter keinen Umständen nachgeben, sondern muß sich sofort eine Beschäftigung suchen, damit sich gar kein Zweifel entwickeln kann. Der geheilte Hypochonder hat bei mir gelernt, daß er sich bei der nächsten Krankheitsbefürchtung, die sicher auftauchen wird, sofort ablenken und belasten muß, damit er nicht in Versuchung gerät, sich näher mit seiner Befürchtung zu beschäftigen und vielleicht wieder einen Arzt für körperliche Krankheiten aufzusuchen. Der Schreibkrampf-Patient, der glaubt, wieder eine leichte Verkrampfung seiner Hand zu bemerken, weiß, daß er sofort längere Zeit schreiben muß, um seine Bedenken zu verlieren, ehe sie sich weiter entwickelt haben. Darüber hinaus lernt der Neurotiker in meiner Behandlung die Schwäche seiner Persönlichkeit kennen, durch die er im Sinne seiner Neurose gefährdet ist, und ist sich bewußt, daß er gegen sie ganz allgemein angehen muß, weil sie ihm sonst im Leben Schwierigkeiten bereitet und seine Anpassung hemmt. Ich glaube, darin wieder ganz einig mit MORITA zu sein, der größten Wert darauf legt, daß seine Patienten nach der Behandlung angepaßt in der Gemeinschaft stehen.

Da das innere Verhalten bei meinen deutschen Patienten in anderer Weise gestaltet wird als durch MORITA bei seinen japanischen, ergibt sich für KORA vielleicht ein unüberbrückbarer Unterschied, denn für ihn ist das Arugamama, wie er sagt, die Quintessenz der Behandlung. Ich selbst sehe mehr die Gemeinsamkeit. Ich glaube, daß ich meine Patienten in vielem ähnlich behandle wie KORA die seinen. Mehr noch bin ich der Auffassung, daß der Erfolg trotz theoretischer Meinungsverschiedenheiten auf ähnliche Weise zustande kommt. Eine äußere Gemeinsamkeit verstärkt diesen Eindruck. Sowohl bei der Morita-Therapie wie bei meinen Individualtherapien handelt es sich um Methoden stationärer Behandlung. Als ich mit TAKEMURA darüber sprach, erklärte er mir, die therapeutischen Anweisungen könnten zwar auch ambulant erfolgen, die

Therapie werde aber erst dann erfolgreich, wenn die Patienten in stationärer Betreuung unmittelbar angeleitet werden könnten. Ähnlich bin ich selbst der Meinung, daß man nur leichte Neurosen ambulant behandeln sollte, bei schweren Formen, d.h. den eigentlichen Entwicklungen, bekommt man nur unter stationärer Betreuung einen genügenden Einfluß auf ihr äußeres und inneres Verhalten.

Zusammenfassung

Die japanische Therapie nach MORITA sieht eine wichtige Grundlage wesentlicher Neuroseformen in einer antagonistischen psychischen Aktivität, durch die sich krankhafte Symptome fixieren. Ihr entspricht die eigene Auffassung über das psychische Wechselspiel, das Affekte in die Höhe schraubt und neurotische Zustände erzeugt. Um das antagonistische Spiel zu unterbrechen, sucht MORITA bei seinen Patienten das „Arukamama“ herbeizuführen, wonach sie das, was das Leben bringt, widerspruchslos hinnehmen sollen, auch die neurotische Angst. Dieses Prinzip läßt sich bei deutschen Patienten nicht anwenden, da sie weltanschaulich nicht auf diese innere Haltung vorbereitet sind. Trotzdem ergeben sich durch das gemeinsame Ziel der Unterbrechung des psychischen Wechselspiels vielfältige Beziehungen zwischen den individualtherapeutischen Formen, nach denen meine deutschen Patienten behandelt werden, und der Art, wie japanische Patienten nach MORITA gesunden. Der Erfolg scheint die Morita-Therapie ebenso zu bestätigen, wie er meine individualtherapeutischen Verfahren bestätigt.

Literatur

- ¹ KORA, T.: Morita Therapy. Sammelband zum Jubiläum des Amtsantritts von Herrn Prof. em. KORA TAKEHISA.
- ² LEONHARD, K.: Biologische Psychologie, 4. Aufl. Leipzig: Barth 1966.
- ³ — Individualtherapie der Neurosen, 2. Aufl. Jena: Fischer 1965.
- ⁴ NAKA, S.: Psychiatry in Japanese culture. Dis. nerv. Syst. **25**, 298 (1964).

Prof. Dr. K. LEONHARD,
Universitäts-Nervenklinik der Charité, Berlin N 4,
Schumannstr. 20/21