

Die Rolle von Ruhe und Isolation in der Morita-Psychotherapie

Autor(en): **Rhyner, Bruno**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Asiatische Studien : Zeitschrift der Schweizerischen
Asiengesellschaft = Études asiatiques : revue de la Société
Suisse-Asie**

Band (Jahr): **42 (1988)**

Heft 1

PDF erstellt am: **25.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-146817>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

DIE ROLLE VON RUHE UND ISOLATION IN DER MORITA-PSYCHOTHERAPIE

Bruno Rhyner

Einleitung

Die Morita-Therapie ist eine typisch japanische Form der Psychotherapie, die um das Jahr 1919 von Morita Shôma (1874–1938) nach langen Jahren des Suchens zur Behandlung von gewissen Formen neurotischer Störungen entwickelt worden ist.

Was wir heutzutage als neurotische und psycho-somatische Störungen bezeichnen, nannte man in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Neurasthenie (Nervenschwäche), oder einfach Nervosität (jap: *shinkeishitsu*), deren Ursachen man in einer Erkrankung des Organismus und des Nervensystems, also auf rein somatischer Ebene, sah. Dementsprechend bemühten sich die damals gängigen Therapien um eine allgemeine Stärkung des "geschwächten" Organismus, wobei man annahm, dass die Probleme der "schwachblütigen Nervösen" durch diese allgemeine Stärkung von alleine verschwinden würden.

Morita, der als Psychiater in Tôkyô mit vielen der westlichen Methoden in Berührung kam, postulierte als erster Japaner die psychogene Entstehung der Neurosen, wobei er sein Augenmerk von den Symptomen weg auf die psychische Einstellung der Patienten legte. Das von Morita in der Folge entwickelte eigene Therapieverfahren wird meist im familiären Rahmen einer Spezialklinik durchgeführt, deren älteste und grösste das Sansei-Spital in Kyôto ist. Die Morita-Psychotherapie umfasst vier Phasen: In der ersten Phase, der sogenannten absoluten Bettruhe, wird der Patient während fünf bis sieben Tagen von der Aussenwelt isoliert und mit sich selber konfrontiert. In der zweiten Phase verbringt er drei Tage im Garten mit Beobachten der Natur und kleineren Arbeiten. Die dritte Phase ist eigentliche Arbeitstherapie; notwendige Arbeiten in Haus, Küche und Garten werden durchgeführt. Die vierte Phase umfasst neben der Arbeit bereits die Wiedereingliederung ins gesellschaftliche Leben. Das ganze Therapieprogramm dauert im Schnitt vierzig Tage, wobei die Kosten normalerweise von der staatlichen Krankenkasse übernommen werden. Zwei Drittel der Patienten leiden unter Anthropophobie, ein für die stressbelasteten, vertikalen Sozialstrukturen Japans typisches Phänomen. Ausgeübt wird die Morita-Therapie noch fast ausschliesslich von Ärzten, die

auch deren Herkunft von der westlichen Wissenschaft (Medizin, Psychiatrie) stark hervorheben.

Neben der Psychiatrie hatte Morita jedoch noch ein anderes starkes Interesse, dem er sein Leben lang nachging; dies war der Buddhismus, insbesondere der Zen-Buddhismus. Bereits als Junge übte Morita im Dorftempel Zazen, und 1910 nahm er als Mitglied der Ryôshikai-Zen-Gruppe, zu der u.a. der Zen-Philosoph Nishida Kitarô und der Schriftsteller Natsume Sôseki gehörten, an einem Sesshin im Engaku-ji teil und machte bei Shaku Sôen (1859–1919), dem Meister von Suzuki Daisetsu, *sanzen*, d.h. er erhielt ein Kôan und musste vor dem Meister erscheinen, um seine Antworten zu präsentieren. Ausserdem praktizierte Morita die "Methode der Innenschau" (*naikanhō*) von Zen-Meister Hakuin. In seinen eigenen Schriften und vor allem in seinen zahlreichen mündlichen Vorträgen pflegte Morita viele seiner Anschauungen durch Zen-Worte und Beispiele zu erklären.

Morita brauchte lange, bis seine Therapie von den Gelehrten, insbesondere den Medizinern, anerkannt wurde. Das Verdikt, das er am meisten fürchtete, war: "Medizin heisst Krankheiten mit Medikamenten heilen, die Theorie von Morita ist Religion."¹ Diese Furcht, wissenschaftlich nicht anerkannt zu werden, und die Angst vor einer Qualifikation der Morita-Therapie als Religion, anscheinend etwas vom Schlimmsten, was einer neuen Theorie in einem wissenschaftsgläubigen Zeitalter passieren kann, sind meiner Ansicht nach die Hauptgründe, weshalb Morita und seine Nachfolger eine Assoziierung der Morita-Therapie mit dem Zen-Buddhismus meist abgelehnt und die Herkunft ihrer Therapieform von der hochangesehenen westlichen Medizin so ausdrücklich betont haben².

Anhand der Elemente Ruhe und Isolation soll im Folgenden aufgezeigt werden, wie Morita, ausgehend von westlichen Therapiemethoden, zu seiner eigenen Therapieform gefunden hat.

1 Inoue, Tsuneshichi. "Daikannon yokochō no omoide". In: *Morita Shōma hyōden geppō*. Tōkyō: Hakuyōsha. Ausgabe Mai 1974, S. 3.

2 So z.B. Nomura, Akichika. "Psychotherapy in Japan – Morita's psychotherapy". In: *Shinkeishitsu*, Vol. 3, No. 1, 1962, S. 25–29 und Suzuki, Tomonori. "Morita ryōhō to Zen.". In: *Seishin igaku*, Vol. 8, No. 11, 1966, S. 55–58.

Westliche Vorbilder: Mitchell und O. Binswanger

Der amerikanische Arzt Silas Weir Mitchell (1829–1914) entwickelte in den siebziger Jahren des 19. Jahrhunderts die erste Standardmethode zur Behandlung der Neurasthenie. Die Hauptelemente seiner Behandlungsmethode waren Bettruhe und Überfütterung, weshalb die Methode im deutschsprachigen Raum unter dem Namen "Mastkur" bekannt wurde; Mitchell selber bevorzugte die Bezeichnung *Rest Treatment*. Mitchell verschrieb seinen "nervenschwachen" Patienten, bei denen man einen Mangel an "Fett, Blut und anderen Elementen" vermutete, vier bis fünf Wochen Bettruhe, die die Aufnahme grosser Nahrungsmengen ermöglichen sollte. Eine Pflegerin betreute den Patienten den ganzen Tag, gab ihm die häufigen Mahlzeiten ein, wusch ihn, oder las ihm vor. Um eventuellen schädlichen Folgen allzulanger Bettruhe vorzubeugen, wurden Massagen und Elektrotherapie verwendet.

Der Schweizer Otto Binswanger (1852–1919), ein Onkel des weit bekannteren Ludwig Binswanger, war seit 1882 Psychiatrie-Professor in Jena und ein typischer Vertreter seiner Zeit, d.h. der materialistischen Psychiatrie. Für ihn galt: "Die psychischen Krankheiten sind Allgemeinerkrankungen der Grosshirnrinde."³ Die Neurasthenie basierte seiner Ansicht nach auf einer "pathologischen Übererregbarkeit der centralen Nervensubstanz", die "Dauerermüdung und Erschöpfung" hervorruft⁴. Durch klimatische Kuren und Ruhe- und Erholungskuren wollte Otto Binswanger eine allgemeine Kräftigung des Patienten erreichen. Die therapeutischen Massnahmen Binswangers bauen im wesentlichen auf Mitchell auf. Die Bettruhe wird auch in schweren Fällen auf 8–14 Tage reduziert, in leichten Fällen wird ganz auf sie verzichtet. Die Isolierung von seiner bisherigen Umgebung soll den Patienten für die suggestiven Einwirkungen des Arztes empfänglich machen und gleichzeitig eine "Ruhestellung des Gehirns" bewirken. Auch bei Binswanger wird der Patient systematisch überernährt. Das hervorstechendste Merkmal der Binswanger'schen Therapieform ist jedoch ein bis ins kleinste Detail ausgearbeiteter Stundenplan, der die Tätigkeiten des Patienten (Essen, Massage, Elektro- und Hydrotherapie, Lektüre, Zeichnen, Malen, Spaziergänge, gesellige Unterhaltungen etc.)

3 Binswanger, Otto. "Allgemeine Psychiatrie". In: Binswanger, O. und Siemerling, E. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychiatrie*, Jena: Verlag Gustav Fischer, 1904, S. 1.

4 Binswanger, Otto. *Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie*. Jena: Verlag Gustav Fischer, 1896, S. 20.

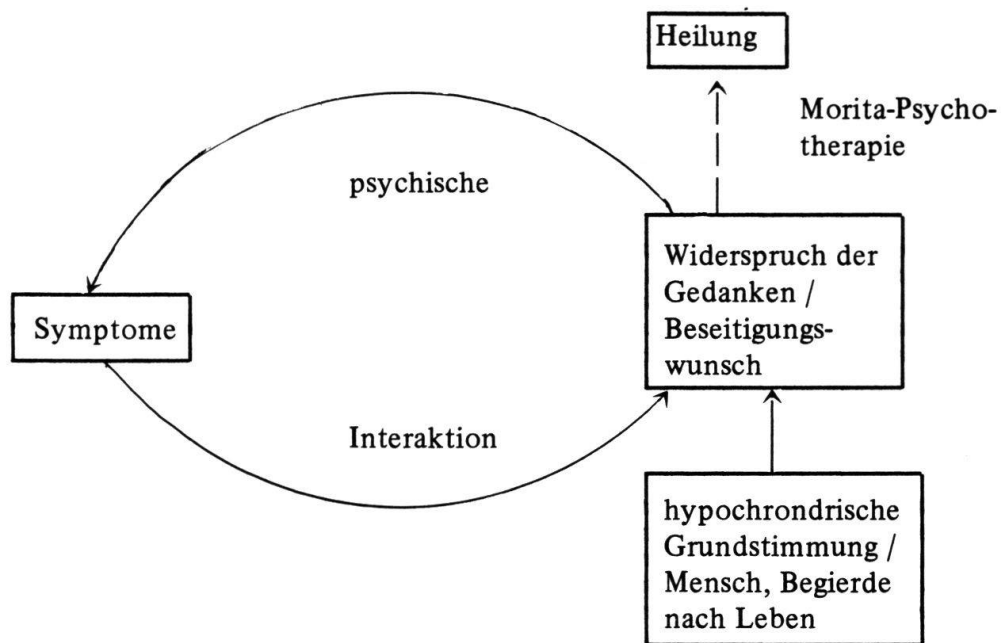
minutiös regelt; in Japan bezeichnete man deshalb die Binswanger'sche Therapie als "Methode des geregelten Lebens" (*seiki seikatsu hô*).

Morita arbeitete während Jahren mit diesen Methoden, war dann aber mit den erzielten Resultaten nicht zufrieden, was ihn zur Entwicklung seiner eigenen Therapieform bewegte.

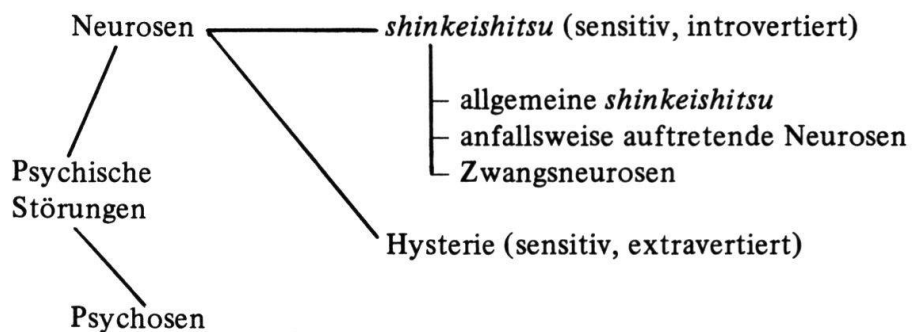
Exkurs: Die Entstehung der Neurosen nach Morita

Um im Folgenden die Intentionen von Moritas absoluter Bettruhe richtig verstehen zu können, muss man seine Vorstellungen über die Neurosenentstehung kennen.

Die Basis bildet für Morita der Mensch mit seiner "Begierde nach Leben" (*sei no yokubô*); die Kehrseite der Begierde nach Leben ist die Furcht vor dem Tode (*shi no kyôfu*); die beiden Begriffe gehören zusammen wie die zwei Seiten einer Münze. Ebenfalls auf die Kehrseite der Münze gehört die "hypochondrische Grundstimmung", für Morita die Voraussetzung für das Entstehen einer Neurose; unter hypochondrischer Grundstimmung versteht er die ständige Angst vor Einschränkungen des eigenen Wohlbefindens, seien diese körperlicher oder psychischer Art. Bei Menschen mit einem starken Lebensverlangen ist meist auch diese Angst vor Einschränkungen des eigenen Wohlbefindens ausgeprägt vorhanden. Ein Auslöseerlebnis führt den Patienten dazu, ein an und für sich normales Phänomen, z.B. eine gewisse Angst, öffentlich aufzutreten, beseitigen zu wollen. Er stellt sich in Gedanken vor, dass diese Angst, diese Unsicherheit nicht sein sollte, dass man sie zuerst beseitigen müsse, bevor er sich in der Öffentlichkeit zeigen könne; Morita nennt dies den "Widerspruch der Gedanken" (*shisô no mujun*) oder auch "Beseitigungswunsch". Die Aufmerksamkeit bleibt an dem Phänomen der Angst hängen, wodurch der Beseitigungswunsch noch grösser wird, was wiederum vermehrte Aufmerksamkeit nach sich zieht; Morita nennt diesen Teufelskreis, dieses Wechselspiel "psychische Interaktion" (*seishin kôgo sayô*). Durch den Widerspruch der Gedanken und die psychische Interaktion kommt es schliesslich zur Fixierung des Symptoms; in unserem hier angenommenen Fall wäre dies die Unmöglichkeit, öffentlich aufzutreten. Heilung in der Morita-Therapie bedeutet nicht unbedingt die Beseitigung des Symptoms, sondern das Annehmen seiner selbst, so wie man ist (*arugamama*). Graphisch dargestellt sieht der soeben besprochene Prozess wie folgt aus:



Auf die Ähnlichkeit respektive Parallelität dieser Vorstellungen mit dem buddhistischen Weg, insbesondere aber mit der Kôan-Übung im Rinzai-Zen, habe ich an einem anderen Ort⁵ hingewiesen. Was hier noch anzufügen wäre, ist die Klassifizierung der Neurosen nach Morita:



5 Siehe: Rhyner, Bruno. "Morita Psychotherapy and Zen-Buddhism: A Comparison of Theoretical Concepts". In: *Psychologia*, Vol. 31, No. 1., 1988, S. 7–14 und Rhyner, Bruno. *Morita-Psychotherapie und Zen-Buddhismus*. Dissertation, Universität Zürich. In der Reihe "Ethnologische Schriften Zürich", 1988.

Morita unterteilt die *shinkeishitsu*-Neurosen in drei Arten, deren äussere Erscheinungsbilder verschieden, die Art und Weise ihrer Entstehung jedoch gemeinsam sind. Allgemeine *shinkeishitsu*-Neurosen zeigen oft körperliche Symptome wie Müdigkeit, Kopfweh, Schlaflosigkeit, aber auch mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, die Unfähigkeit zu studieren, etc. Bei den anfallsweise auftretenden Neurosen leidet der Patient an verschiedenen Arten von Anfällen, wie z.B. Herzklopfen, Schwindel, Ohnmacht, Schmerzen, Atemnot, etc. Bei den Zwangsnurosen handelt es sich in der Morita-Therapie vor allem um Zwangsvorstellungen, wie z.B. die Furcht zu erröten oder anderen Menschen in die Augen zu schauen (die oft behandelte Anthropophobie gehört hierher); Zwangshandlungen zählte Morita erst später zu dieser Kategorie.

Ruhe und Isolation bei Morita

Wie verwendet nun Morita die Elemente Ruhe und Isolation in seiner ersten Phase der absoluten Bettruhe? Da Morita, wie wir gesehen haben, nicht mehr an eine körperliche Bedingtheit der Neurosen glaubt, spielt Überernährung oder eine spezielle Diät keine Rolle mehr. Auch dient die Isolation von der gewohnten Umgebung nicht mehr dazu, "dem erregten Gemüthe Ruhe und Erholung zu gewähren"⁶. Im Gegenteil, Morita verschärft die Bettruhe ganz entschieden: ausser Essen, Liegen und auf die Toilette gehen ist dem Patienten nichts erlaubt; also keine Gespräche, keine Lektüre, kein Hören von Musik, keine Ablenkung irgendwelcher Art. Kein Stundenplan gliedert den langen Tag, und keine Pflegerin kümmert sich um ihn und lenkt ihn ab. Der Patient ist während dieser Phase der absoluten Bettruhe ganz sich selbst überlassen, findet sich als ein ganz auf sich selbst Zurückgeworfener vor. Es gibt kein Entrinnen vor sich selbst und seinen Problemen mehr. Der Patient liegt Stunde um Stunde in seinem Zimmer, Gedanken tauchen auf und vergehen wieder, und unweigerlich wird er sich auch mit seinen Symptomen, mit seinen Ängsten befassen müssen. Doch in seiner Situation kann er sich nur noch schwer ablenken, seine Ängste kommen immer wieder und lassen ihn nicht mehr los. Der Patient befindet sich in der gleichen psychischen Situation wie ein Rinzaizen-Mönch mit seinem Kôan, dem "glühenden Eisenball im Mund, den man weder schlucken noch ausspeien kann", nur mit dem Unterschied,

6 Mitchell, Silas Weir. *Neurasthenie und Hysterie (Fat and Blood)*, Berlin: Hirschwald, 1887, S. 26.

dass der Patient sein Problem nicht von einem Meister bekommen hat, sondern sozusagen ein natürliches Kôan, nämlich sein neurotisches Problem, das er mit seinem Verstand zu lösen versucht, in sich trägt.

Was hat Morita selbst mit seiner absoluten Bettruhe beabsichtigt? In seinem Standardwerk "Wesen und Therapie der Neurose" (*shinkeishitsu no hontai to ryôhô*; 1928) schreibt er dazu: "Mit dieser Methode kann man zuerst einmal den psychischen Zustand des Patienten während der Ruhezeit beobachten und so Hinweise für die Diagnose bekommen. . . . Und ausserdem, was der Kern dieser Therapie ist, wird der psychische Konflikt des Patienten grundlegend zerstört, und (die absolute Bettruhe, d. Verf.) lässt (den Patienten, d. Verf.) den psychischen Zustand des, wie ich es nenne, 'Konflikt gleich Erlösung' (*hanmon soku gedatsu*) intuitiv erfassen (*taitoku saseru*)."⁷

Mit den Hinweisen zur Diagnose meint Morita seine Erfahrung, dass reine *shinkeishitsu*-Neurotiker die Therapieanordnungen strikte befolgen und die absolute Bettruhe durchhalten, während andere Patienten, wie Hysteriker oder latente Schizophrene, die Ruheperiode nicht einhalten und aufgeben.

Der springende Punkt der absoluten Bettruhe ist jedoch, den Patienten etwas, Morita nennt es "Konflikt gleich Erlösung", "intuitiv erfassen" (*taitoku*), d.h. erfahren zu lassen. *Tai* ist das Schriftzeichen für Körper, *toku* bedeutet 'gewinnen, erwerben'; damit will angedeutet sein, dass der ganze Mensch an diesem Prozess beteiligt ist, es findet eine Erfahrung statt, die mehr ist als nur logisches Begreifen, die den Menschen in seiner Ganzheit mit einbezieht. Morita bezeichnet deshalb seine Therapie auch ausdrücklich als "Erfahrungs-Therapie" (*taiken ryôhô*).

Was erfährt nun der Patient während der absoluten Bettruhe? Und was meint Morita mit seinem "Konflikt gleich Erlösung"? Liest oder hört man Erfahrungsberichte von Morita-Therapie-Patienten, so stösst man auf ein fast allen gemeinsames Erlebnismuster während der absoluten Bettruhe: nach einem gemächlichen, aber steten Ansteigen der inneren Spannung in den ersten Tagen kommt es meistens um den fünften Tag zu einem Höhepunkt, einer heftigen Krise, die dann plötzlich in ein Gefühl tiefer Ruhe übergeht. Eine Patientin (35), die an Hypochondrie (Furcht vor Krankheiten) litt, berichtete, dass sie am vierten Tag der absoluten Bettruhe anfang, über ihre Vergangenheit nachzudenken, und dann plötz-

7 Morita, Shôma. *Shinkeishitsu no hontai to ryôhô*. 26. Auflage, Tôkyô: Hakyôsha, 1984, S. 104.

lich Kopfweh bekam. Über den fünften Tag teilt sie mit: "Dieser Tag war besonders schmerzvoll. Die Vergangenheit ging mir nicht mehr aus dem Kopf. Alles war mir verleidet und ich konnte es kaum mehr aushalten. Geräusche wurden unerträglich, und ich konnte nicht entfliehen. . . . Dies ist es, dachte ich, hielt die Augen geschlossen und litt nur. In dem Augenblick, als man mir das Essen brachte und man mir 'Bitte essen Sie!' sagte, war das Gefühl des Hängenbleibens (*kodawari*) (an der Vergangenheit, d. Verf.) wie weggeflogen. Sowohl der Körper als auch der Geist fühlten sich erleichtert." Rückblickend schreibt sie in ihr Tagebuch: "In den sechseinhalb Tagen absoluter Bettruhe sind meine unangenehmen Gefühle Menschen gegenüber, meine Furcht vor Krankheiten und das Hängenbleiben daran völlig verschwunden. Wie seltsam, dass sich das in einem Augenblick wandeln kann."⁸

Diese paradoxe Erfahrung, dass der neurotische Teufelskreis durchbrochen wird, sobald der Patient sich ohne Vorbehalt seinem momentanen Leiden, seiner Angst hingibt, d.h. sobald er sich zum erstenmal so annimmt, wie er in Wirklichkeit ist (*arugamama*), nennt Morita ebenso paradox "Der psychische Konflikt ist gleich Erlösung". Sobald man zum Konflikt wird, und ihn nicht mehr länger als ein aussenstehendes Problem zu lösen oder ihm auszuweichen versucht, im gleichen Moment zeigt sich der Ausweg aus dem bisherigen Dilemma. Sowohl inhaltlich als auch formal ist diese Einsicht Moritas "Der psychische Konflikt ist gleich Erlösung" (*hanmon soku gedatsu*) parallel zu der zen-buddhistischen Aussage "Die Leidenschaften sind gleich Erleuchtung" (*bonnô soku bodai*) formuliert, was sagen will, dass die Erleuchtung mitten in den Leidenschaften und Leiden zu finden ist, oder etwas extremer formuliert, dass Leidenschaften und Leiden (*bonnô*) letzten Endes das gleiche sind (*soku*) wie Erleuchtung (*bodai*).

Nach diesem spontanen Umkippen auf dem Höhepunkt der Krise wird der Patient noch ein bis zwei weitere Tage in seinem Tatami-Zimmer belassen, wobei sich meist ein Gefühl grosser Ruhe einstellt, das dann allmählich in Langeweile und den Drang, etwas zu tun, übergeht. Ist so der natürliche Fluss der Aufmerksamkeit nicht mehr durch den neurotischen Teufelskreis blockiert, wird in der zweiten Phase der Morita-Therapie durch das Beobachten der Natur im Garten und kleinere manuelle Arbeiten die Aufmerksamkeit des Patienten nach aussen auf konstruktivere Dinge und Aufgaben gelenkt.

⁸ Suzuki Tomonori. *Morita ryôhô o kataru*. Tôkyô: Seishin Shobô, 6. Auflage, 1985, S. 228.

Schlussfolgerungen

Mitchell und Otto Binswanger, Moritas unmittelbare westliche Vorbilder, benutzten die Bettruhe lediglich als Grundlage für die Überernährung ihrer Patienten; dies entspricht ganz ihren Vorstellungen von der körperlichen Bedingtheit der Neurasthenie, wie man neurotische und psychosomatische Störungen damals nannte. Ausgehend von diesen westlichen Methoden, und in Auseinandersetzung mit ihnen, fand Morita zu seiner eigenen Therapieform, deren absolute Bettruhe sich radikal von den westlichen Vorbildern unterscheidet. Morita, der von der psychogenen Entstehung der Neurosen ausgeht, verschärfte die Bettruhe ganz entschieden, um dadurch den psychischen Konflikt des Patienten zu intensivieren und die psychische Interaktion, d.h. den neurotischen Teufelskreis, zu durchbrechen. Diese Radikalität des Settings, in welchem der Patient seinem Schmerz und seiner Angst nicht mehr ausweichen kann, sondern auf sie eingehen muss, ist nur mit einem Einfluss von Seiten des Zen-Buddhismus zu erklären, wo sich ein Rinzaï-Mönch mit seinem Kôan während eines Sesshins (einwöchige Periode besonders intensiver Meditation) in einer vergleichbaren psychischen Situation befindet wie der Patient der Morita-Therapie während der absoluten Bettruhe.

Der Erste, der diesen Standpunkt klar und offen vertrat, war Usa Genyû (1886–1957), ein Zen-Priester, der mit dreissig Jahren anfang Medizin zu studieren, sich bei Morita in Psychiatrie spezialisierte, und dann 1922 das Sansei-Spital in Kyôto gründete: "Our way of treatment quite equals Zen, in another word, it is the spiritual tact of Zen itself. That means, according to our practical experience, the nervous disease is generally caused by the mental struggle of the patient how to extinguish or escape his mental pain, unsafety, terror, etc. . . . Accordingly the only key to recover from the nervous disease is to accept it totally, namely by excluding every resistance to it, leave it as it is, and thus go to the bottom of it as far as to harmonize with it and melt into it and extremely grow into it. This is indeed the application of the Zen doctrine, the main principle of the oriental philosophy. No way except this is effective."⁹

Eine eventuelle Schlussfolgerung, dass nun die Morita-Psychotherapie desselbe wie Zen-Buddhismus sei, geht meines Erachtens zu weit. Was man jedoch, entgegen anderslautender Beteuerungen vieler japanischer

9 Usa, Genyû. *Treatment for nervous disease through Zen*. Mimeographed. Kyôto: Sansei Hospital, 1954, S. 1 und S. 7f.

Autoren, eindeutig feststellen kann, und was ich am Beispiel der absoluten Bettruhe aufzuzeigen versuchte, ist die Tatsache, dass Morita (ob bewusst oder unbewusst bleibe dahingestellt) Techniken und Vorstellungen vom Zen-Buddhismus in seine eigene Therapieform übernommen und integriert hat.

BIBLIOGRAPHIE

- BINSWANGER, Otto. *Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie*. Jena: Verlag Gustav Fischer, 1896.
- . “Allgemeine Psychiatrie”. In: BINSWANGER, O. und SIEMERLING, E. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychiatrie*. Jena: Verlag Gustav Fischer, 1904, S. 1–78.
- INOUE, Tsuneshichi. “Daikannon yokochô no omoide”. In: *Morita Shôma hyôden geppô*. Tôkyô: Hakuyôsha, Ausgabe Mai 1974, S. 2–4.
- MITCHELL, Silas Weir. *Neurasthenie und Hysterie (Fat and Blood)*. Berlin: Hirschwald, 1887.
- MORITA, Shôma. “Der Begriff der Nervosität”. In: *Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete*, Band 12, Heft 1, 1940, S. 38–53.
- . *Shinkeishitsu no hontai to ryôhō*. 26. Auflage. Tôkyô: Hakuyôsha, 1984.
- NOMURA, Akichika. “Psychotherapy in Japan – Morita’s psychotherapy”. In: *Shinkeishitsu*, Vol. 3, No. 1., 1962, S. 25–29.
- REYNOLDS, David K. *Morita Psychotherapy*. Berkley and Los Angeles: University of California Press, 1976.
- RHYNER, Bruno. “Morita Therapy, Mitchell’s Rest Treatment and Otto Binswanger’s ‘Geregelte Lebensführung’: A Methodological Comparison”. In: *Psychologia*, Vol. 30, No. 2, 1987, S. 70–74.
- . “Morita Psychotherapy and Zen-Buddhism: A Comparison of Theoretical Concepts”. In: *Psychologia*, Vol. 31, No. 1, 1988, S. 7–14.
- . *Morita-Psychotherapie und Zen-Buddhismus*. Dissertation, Universität Zürich. Zürich: Ethnologische Schriften Zürich, 1988.
- SUZUKI, Tomonori. “Morita ryôhō to Zen”. In: *Seishin igaku*, Vol. 8, No. 11, 1966, S. 55–58.
- . *Morita ryôhō o kataru*. 6. Auflage. Tôkyô: Seihin Shobô, 1985.
- USA, Genyû. *Treatment for nervous disease through Zen*. Mimeographed. Kyôto: Sansei Hospital, 1954.
- USA, Shin-ichi. “Morita ryôhō to bukyô”. In: *Daihôrin*, No. 9, 1983, S. 128–132.

