

# Ganzheitliche Psychotherapie: zur Einbeziehung transreligiöser Spiritualität in stationäre und ambulante Psychotherapie

■ U. Z. Rüegg

Stäfa

## Einleitung

In diesem Artikel wird zunächst angestrebt, die spirituelle Perspektive *theoretisch* zu beleuchten. Danach erfolgen Hinweise auf ein *Projekt stationärer Psychotherapie*, welches diesem Thema besondere Beachtung schenkte. Schliesslich gelangen einige Betrachtungen zur Umsetzung des spirituellen Aspektes in psychotherapeutischer Methodik und Praxis zur Darstellung.

## Ganzheitliche Psychotherapie

Der Begriff «ganzheitlich» ist unklar, wird von unserem Zeitgeist strapaziert und ruft heftige und unterschiedliche Emotionen hervor. Bei einigen weckt er dafür, womit er verbunden wird, kritiklose Zustimmung, bei anderen kategorische Ablehnung. Er entstand ursprünglich als Gegenpol zum Reduktionismus [1]. *Ganzheitliche Psychotherapie* wird von einigen Autoren und Autorinnen zur Bezeichnung eines Ansatzes benutzt, der die Dimensionen Körper, Psyche, Soziales und Geist miteinbezieht. Diese Ansätze unterscheiden sich vom biopsychosozialen Ansatz [2, 3] durch die Berücksichtigung der geistigen (spirituellen) Dimension [4–6]. Dies geschieht bei einem Teil der Autoren und Autorinnen durch die Erweiterung eines eklektischen Modells um religiöse Inhalte. Andere Autoren und Autorinnen verstehen darunter eine therapeutische Haltung, die sich nicht ausschliesslich oder vorwiegend an einem dualistischen Menschen- und Weltbild orientiert, welches seit Descartes die Entwicklung von Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft prägt.

Scharfetter weist auf die Bedeutung des Begriffes «Ganzheit» hin. Das Ganze meint in einem religio-philosophischen Sinne das «transzendente All-Eine, die Einheit in, vor, unter und hinter aller Vielheit» [7]. Er warnt vor falscher Vorstellung [8]:

«Das «Ganze» ist eine *Idee*. Als Idee bleibt das Ganze ausserhalb des konkret Gegenständlichen (Objektiven) und ist da-

mit weder erkenntnismässig (in der Medizin diagnostisch) «greifbar» noch therapeutisch «handhabbar». Die Idee des Ganzen induziert im Philosophen Metaphysik und ontologische Spekulation (d.i. Theoria), oft in Aufstiegssynopsen (z.B. Plotin) formuliert ... Aber das Ganze ist nicht zu «haben»: weder in einem gesicherten Wissen zu begreifen (konzeptuell) noch in einer festhaltbaren oder herbeiführbaren Erfahrung zu sichern (experientiel). Und: das Ganze ist schon gar nicht zu «haben» in einem irrtümlichen konkretistischen Ergreifenwollen.» (S. 188)

Gleichwohl befürwortet auch Scharfetter einen perspektivenreichen Zugang zum Menschen bei gleichzeitigem Im-Sinne-Behalten der Partikularität unseres Erfassungs- und Einflussnahmevermögens. Didaktisch unterteilt er sein Menschenbild als Grundlage für die Annäherung an ein ganzheitliches Therapieangebot in die vier Felder «somatisch-physiologisch», «psychologisch», «sozial» und «transpersonal».

## Wissenschaftstheoretische Problematik

Das Modell eines Mehrperspektivenansatzes ist in der Psychiatrie und Psychotherapie häufig anzutreffen. Beispielsweise werden biologische, systemische, psychoanalytische und humanistische Traditionen vermischt angewendet, ohne dass auf die grundlegenden Widersprüche zwischen den theoretischen Kernannahmen der verschiedenen Schulrichtungen geachtet wird [9]. Es wird zwischen theoretischem und interventionsbezogenem Eklektizismus unterschieden. Begründet wird der Eklektizismus in der Psychotherapie damit, dass der Effektivität gegenüber theoretischer Klarheit der Vorzug gegeben wird [10]. In jüngster Zeit ist es die Flut neuer Erkenntnisse im Bereich der modernen Hirnforschung, welche das Problem der gleichzeitigen Gültigkeit natur- und geisteswissenschaftlicher Standpunkte akzentuiert. Hell weist im Editorial zu Heft 3 des Schweizer Archivs für Neurologie und Psychiatrie 1997 [11] auf die Gefahr hin, wie «(pharma-)marktwirtschaftliche Einflüsse, neue biologische Untersuchungsmethoden, Rationalisierung und Kostendruck im Gesundheitswesen darauf hinzuwirken scheinen, die naturwissenschaftliche Position zu stärken» (S. 93). In einer Arbeit mit dem Titel *Psychiatrie zwischen Seelenheilkunde und angewandter Neurowissenschaft* [12] vertritt er die Meinung, «dass es Sinn macht,

auch in Zukunft die Psychiatrie nicht über die Konzeption des Krankheitsverständnisses zu definieren, sondern über die Art des Leidens, das Menschen zu psychiatrischen Ärzten und Ärztinnen führt» (S. 1114).

Auch Willi greift in seiner Abschiedsvorlesung zum Thema *Die patientenzentrierte Tradition der Schweizer Psychiatrie* vom 13. April 1999 diese Problematik auf. Er weist auf die Vergangenheit hin und sagt:

«Jene Schweizer Psychiater, die in die Geschichte eingingen, hatten den Mut, sich den irrationalen Aspekten der Psychiatrie zu öffnen, um den Preis der Anerkennung in den medizinischen Fakultäten» [13].

Er formuliert (mehr als) ein erkenntnistheoretisches Problem, wenn er ausspricht: «Die psychiatrische Forschung wird zur Zeit von der neurobiologischen Grundlagenforschung und Pharmaforschung dominiert.» und wenn er diesem Forschungsansatz die existenzphilosophischen Ansätze von Ludwig Binswanger, Medard Boss und Karl Jaspers bzw. deren Einfluss auf die heutige Schweizer Psychiatrie gegenüberstellt.

Es ist das erklärte Thema dieser Arbeit, einerseits diese Tradition aufzugreifen und sich am Leiden, wie es sich phänomenologisch zeigt, zu orientieren und andererseits dem Zeitgeist gebührend Rechnung zu tragen: Viele Leiden weisen heute auf Verunsicherung, Mangel und Hunger im Bereich der spirituellen Dimension hin.

Das vorliegende Modell versteht unter ganzheitlicher Psychotherapie einen Ansatz, welcher menschliches Verhalten als ein Zusammenwirken von den Dimensionen Geist, Körper, Psyche und soziale Bezogenheit begreift. Ganzheit meint den Gegenpol zu einer einseitig leiborientierten, einseitig psychosozialen oder einseitig geistigen Sichtweise. Die Aufteilung in diese vier Dimensionen ist ein künstliches Produkt. Alle Aussagen zu Menschen, ihren Zuständen und ihren Zukunftsaussichten beziehen sich auf eine Theorie bzw. Metatheorie und sind somit reduktionistisch. Die dafür verwendeten Wissenschaften reichen je nach Dimension von Biologie, Schulmedizin, Systemtheorie, Soziologie, Psychologie und Hermeneutik bis zur Theologie. Diesem wissenschaftstheoretischen Problem wird Rechnung getragen durch ein Modell, welches die einzelnen Reduktionismen zueinander in Beziehung bringt [14]. Ich orientiere mich dabei an einer Sichtweise, wie sie der Evolutionstheoretiker Ken Wilber in

Korrespondenz:

Dr. med. Urs Z. Rüegg  
Spezialarzt FMH für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
im Turm zum oberen Lattenberg Uelikon  
Obere Lattenbergstrasse 9  
CH-8712 Stäfa

seinen Schriften und Schemata vorlegt [15]. Wie Wilber unter Einbeziehung der abendländischen natur- und geisteswissenschaftlichen Entwicklung sowie in Kenntnis vieler grosser kultureller Traditionen aus West und Ost zu dieser Gesamtschau kommt, kann hier nicht verkürzt und gleichzeitig verständlich wiedergegeben werden.

Im vorliegenden Modell soll also dem Umstand, dass alles mit Vernunft und Verstand Sagbare immer gleichzeitig reduktionistisch und somit von beschränkter Bedeutung ist, Rechnung getragen werden. Dies wird intendiert, indem wir das Bewusstsein möglichst wach halten, dass alles Sagbare einen Bezugspunkt hat, der gewählt und auch wieder relativiert werden kann.

### Transreligiöse Spiritualität

Die soeben beschriebene Grundhaltung, alles Erkenn- und Beschreibbare nicht als absolute Wahrheit, sondern in seiner Reduktion zu begreifen und in seiner Bedeutung zu relativieren, ist schwierig, solange wir uns mit Vernunft und Verstand orientieren wollen. Zudem ist sie nur eine Tendenz, die sich ja auch selbst relativiert. Ebenfalls ist der Anspruch, mit den genannten vier Dimensionen den Menschen zu erfassen, nur eine Tendenz. Das Ganze kann immer nur intendiert, nie erreicht werden.

Indem ein Phänomen etwas schulmedizinisch (Symptom- und Syndromorientierung), systematisch (sozialer Kontext), psychologisch (entwicklungspsychologisch, lerntheoretisch usw.) und hermeneutisch (Bezug zu Kultur, Zeit und Welt) gesehen wird, ist es immer noch nicht erfasst. Die einzelnen Perspektiven leisten dennoch einen wichtigen Beitrag. Relativierung bedeutet dabei, dass ich dem Phänomen, wie es der *leidende Mensch* erfährt, unter Umständen in keiner Weise näher gekommen bin. Indem ich mir dessen bewusst bin, werde ich wieder offen für die Begleitung des leidenden Individuums.

Eine Grundhaltung, die sich in der oben erwähnten Art als interdisziplinär versteht, führt dazu, sich immer wieder darauf zu besinnen, wie relativ unsere eigenen Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität, Sinn des Lebens usw. sind. Die religio-philosophischen Hintergründe können in diesem Rahmen nicht befriedigend dargestellt werden. Dies ist für das Verständnis des zu beschreibenden Ansatzes auch nicht erforderlich. Zentral ist, dass dieser Grundhaltung ein Menschen- und Weltbild entspricht, das den Menschen in seinem Eingebundensein in einem grösseren Ganzen begreift, und dass bedeutende Begriffe wie Gesundheit, Krankheit, Bewusstheit, Psyche, Seele, Ich, Selbst und Sein nicht in der für die Schulmedizin verbindlichen Weise vorausgesetzt werden. Das heisst, wir nehmen eine Haltung ein, die phasenweise dem philosophischen und theologischen Standpunkt näher ist als dem klassisch medizinischen bzw. psychologischen. Das Geistige des Menschseins wird vorausgesetzt. Gleichzeitig wird auf Dog-

matik oder konfessionelle Standpunkte verzichtet. In diesem Sinne ist die Spiritualität als *undogmatisch* oder *transreligiös* zu verstehen. Beide Begriffe weisen darauf hin, dass es sich um eine Dimension des Geistigen handelt, die sich nicht auf vermittelte oder individuelle Glaubenserfahrung, ritualisierte Glaubenspraxis (Kult) oder sozialpolitische Institution (Konfession) bezieht. Scharfetter [16] versteht unter Spiritualität in Abgrenzung zu Religion «die besondere religiöse Lebenseinstellung der Hinwendung auf das All-Eine, das Umfassende, das umgreifende Eine Sein, welches dem Menschen unfassbar bleibt» (S. 9). Anselm Grün, ein jesuitischer Pater, spricht von einer *Spiritualität von unten*. Eine Spiritualität, die sich nicht an Idealen und Zielvorstellungen orientiert (*Spiritualität von oben*), sondern den Weg beschreibt, der über Selbsterkenntnis und die Erfahrung des Scheiterns zu einer göttlichen Dimension führt [17].

Die Frage, die sich jetzt stellt, heisst: Wie kann ein Behandlungs-Setting beschaffen sein, das die beschriebene Grundhaltung ermöglicht und gleichzeitig ein therapeutisches Angebot darstellt? Um diese Frage aufgrund persönlicher Erfahrungen zu beantworten, ist es notwendig, konzeptuelle Überlegungen zu machen.

### Praktische Anwendung

Im Rahmen eines Projektes wurden im Verlauf von 4 Jahren in einem Seminarzentrum 3wöchige Therapieprogramme als stationäres Behandlungskonzept durchgeführt.

Das Therapiewochenprogramm umfasste täglich eine Morgenmeditation, vormittags und nachmittags jeweils 3stündige Gruppensitzungen und 2mal wöchentlich Kochgruppen. Wöchentlich fanden wahlweise eine Einzelstunde in Leib- und Atemtherapie und ein halbstündiges Gespräch beim leitenden Psychiater/Psychotherapeuten statt. Zwei Halbtage waren frei, einer für soziale Verpflichtungen und einer für eine gemeinsame Aktivität, begleitet von einer Psychiater-schwester bzw. einem Psychiatriepfleger.

Die therapeutischen Gruppensitzungen erfolgten in einem wiederkehrenden Zyklus unter der Leitung der Atemtherapeutin, der Leibtherapeutin, des Kunst- und Kreativtherapeuten und des Psychiaters/Psychotherapeuten gemeinsam mit der Musik- oder der Leibtherapeutin. Innerhalb der Sitzung wurde unter Einbeziehung der entsprechenden Methoden prozessorientiert gearbeitet.

Die Indikation zur möglichen Teilnahme erfolgte nach einem 1½stündigen Vorgespräch beim Psychiater/Psychotherapeuten. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden ärztlich zugewiesen.

Struktur und Organisation des stationären Betriebes brachten es mit sich, dass der Selbstverantwortung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine hohe Bedeutung zukam. Der Entscheid zum Eintritt in das Therapieprogramm, die Teilnahme an den einzelnen Sitzungen, die Zustimmung zu einem Angebot innerhalb einer Sitzung

und die Gestaltung der Randzeiten, all dies erforderte persönliche Verantwortung. Gleichzeitig boten der Aufenthaltsort in seinem Charakter, die Distanz zur Alltagssituation sowie die Gruppenzugehörigkeit, die 3wöchige Aufenthaltsdauer und die rund um die Uhr gewährleistete Betreuung auch Schonraum und Gelegenheit für Rückzug, Selbstverantwortung und eine therapeutische Haltung, die aus dem eingangs skizzierten spirituellen Menschen- und Weltbild hervorgehen, bedingen sich gegenseitig. Der Verzicht auf eine experten- und pathologiezentrierte Behandlungsverordnung und das Anerkennen der Begrenztheit von bewusstseinsgeleitetem Tun führen unmittelbar zu einer Akzentuierung des selbst zu verantwortenden Anteils jeglichen Entscheidens und Handelns aller am gemeinsamen therapeutischen Prozess Beteiligten.

### Therapeutische Methodik

Die Methoden eines auf Ganzheitlichkeit ausgerichteten Konzeptes müssen so geartet sein, dass sie den Weg zum Erleben eigener Stärken und Schwächen, ja zur Erfahrung von Ohnmacht und äusserstem Ausgeliefertsein freilegen. Das heisst, der leidende Mensch soll zunehmend sensibilisiert werden für die gesellschaftliche und persönliche Tendenz des Machens und Erreichenskönnens des von Egozentrik bestimmten Grossartigseins oder eben auch grossartig Depressivseins. Es bedeutet, dem leidenden Menschen Angebote zu machen, wie er aus den vertrauten Mustern des Schuldzuweisens und Schuldigfühlers, des Anklagens und Verteidigens, des Urteilens in Kategorien von gut und böse, richtig und falsch heraustreten kann. Dies gelingt dann, wenn bei einem Erlebnis das wertorientierte Kategorisieren gleichsam überlistet wird und findet am ehesten im veränderten Bewusstseinszustand statt. Diese zum Teil nur leicht veränderten Bewusstseinszustände entstehen durch Einlassen auf Atmung, Leiblichkeit, Bildhaftes, Kreatives, Imaginatives und Assoziatives. Therapieformen wie Atem-, Leib-, Musik-, Kunst- und Kreativtherapie eignen sich besonders dazu. Auch stille Meditation (Za-Zen), ritualisierte Formen von Gesprächen (Rasselritual), gemeinsames Tun (Teetinken im Schweigen) oder Spaziergänge (Gehmeditation) intensivieren die Ausrichtung auf das innere, weniger be- oder verurteilende Erleben.

Durch das oben geschilderte Tages- und Wochenprogramm wird also eine Atmosphäre angestrebt, die geeignet ist, den oftmals vernachlässigten oder gar verschütteten inneren Reichtum, wie wir ihn auch vom Traum her kennen, anzuregen. Dazu erforderlich ist ein Klima von Schutz und Akzeptanz. Das heisst nicht etwa das «Gutfinden» von einem Bild oder Gefühl des Patienten oder der Patientin. Vielleicht heisst es, sich als Therapeut/Therapeutin anrühren zu lassen. Noch wertvoller für den leidenden Menschen ist, dass ein Bild, eine Assoziation, Erinnerung oder Regung einfach so geschehen und vielleicht mitgeteilt werden kann,

vorbehaltlos und urteilsfrei. Dies bahnt allmählich den Weg, der immer tiefer in die wesentlichen Bereiche der inneren Wertlosigkeit, des Leidens, der Ohnmacht, der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit führt. Das Zulassen all dieser Wahrnehmungen führt fast immer irgendwann zu dem Moment, in welchem sich eine neue Hoffnung, ein Licht, eine Perspektive oder erstmals nur ein Hauch von Vertrauen ereignet. Das kann in ganz feinen Regungen geschehen, oder es drückt sich in Bildern und Empfindungen aus, die mystischen Charakter haben.

### Meditation und Mystik

Die im oberen Abschnitt angestrebte Erlebnisqualität kann durch Meditation gefördert werden. Meditation ist das aktive Bemühen des Übens. Dies setzt Bereitschaft, Wille und Disziplin voraus. Mystik ist das Erleben, das sich als Gnade ereignen kann [18]. Das vorliegende Konzept ist auf das ständige Wechselspiel zwischen aktivem Intendieren und passivem Ereignenlassen, zwischen Machen und Geschehenlassen, zwischen Planung und Zufall angewiesen. Das gilt sowohl für die Angebote des Behandlungs- und Betreuungsteams als auch für die Mitarbeit der Patienten und Patientinnen.

Meditation unterscheidet sich als Übung wesentlich von vielen Tätigkeiten des Alltagslebens und von dem Tun in herkömmlichen psychotherapeutischen Sitzungen. Relativierung von Zielorientierung, «Nichtstun», Lösung von «diskursivem oder schlussfolgerndem Denken» [19], Ich-Relativierung, veränderte Physiologie [20] und Einbindung in den Tagesrhythmus sind nur einige Wesensmerkmale von meditativem Tun, die auf die Bedeutung von Meditation in einem ganzheitlichen Konzept hinweisen. Es ist mehr als Anleitung zur Entspannung, mehr als ein «gluschtig machen» auf Meditation. Es ist Konzentrat und Kristalli-

sationspunkt für ein Erleben, das ich als entscheidende Kraft zur Überwindung des Leidens ansehe. Es führt zu einer Sicht- und Erfahrungsweise, die vielen in rationalem Denken verhafteten Menschen neue Perspektiven eröffnet. Es rüttelt auf, verunsichert, und es weckt (wieder) neue Hoffnungen.

### Literatur

- 1 Smuts JC. Holism and Evolution. New York: Macmillan; 1926.
- 2 Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am Psychiatry* 1980;137:535–44.
- 3 Heim E. Psychiatrie als Teil der ganzheitlichen Medizin. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1986;137:9–13.
- 4 Pöldinger W. Ganzheitsmedizin. Schulmedizin – Alternativmedizin und Komplementärmedizin. *Der Mediziner* 1994;§:37–41.
- 5 Gordon JS. Holistic medicine and mental health practice: toward a new synthesis. *Am Orthopsychiatry* 1990;60:357–70.
- 6 Lipowski ZJ. Holistic-medical foundations of American psychiatry: a bicentennial. *Am Psychiatry* 1981;138:888–95.
- 7 Scharfetter C. Was heisst ganzheitliches psychotherapeutisches Angebot? Eröffnungsvortrag Katharinahof Einsiedeln vom 28.6.1997. Eigendruck; 1997. S. 1.
- 8 Scharfetter C. Das Ganze – Idee und Ideal. *Ther Umsch* 1996;53:187–91.
- 9 Kommer D. Eklektizismus. In: Bastine R, Hrsg. *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: Edition Psychologie; 1982.
- 10 Herzka HS. Zur Methodenintegration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Klosinski G, Hrsg. *Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen*. Bern: Huber; 1988.
- 11 Hell D. Ist die Psychiatrie neu zu denken? *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1997; 148:93–4.
- 12 Hell D. Psychiatrie zwischen Seelenheilkunde und angewandter Neurowissenschaft. *Schweiz Ärztezeitung* 1999; 80:1113–6.
- 13 Willi J. Die patientenzentrierte Tradition der Schweizer Psychiatrie. In: *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 127, 5./6. Juni 1999, S. 95.
- 14 Rüegg U. Was ist Ganzheitliche Psychotherapie? Konzeptuelle Überlegungen zur Einbeziehung von Spiritualität in Psychotherapie. Eigendruck; 1997.
- 15 Wilber K. Eros, Kosmos, Logos. Eine Vision an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend. Frankfurt am Main: Krüger; 1996.
- 16 Scharfetter C. Einleitung. In: Scharfetter C, Rättsch C, Hrsg. *Welten des Bewusstseins*. Bd. 9. Religion – Mystik – Schamanismus. Berlin: VWB; 1998.
- 17 Grün A. Spiritualität von unten. *Münsterschwarzacher Kleinschriften* 1994; Nr. 82.
- 18 Rüegg U. Meditation und Mystik. Bedeutung veränderten Bewusstseins bei der stationären Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Katharinahof Einsiedeln / Ganzheitliche Psychotherapien. Eigendruck; 1999.
- 19 Enomiya-Lassalle HM. *ZEN-Unterweisung*. München: Kösel; 1993. S. 58.
- 20 Engel K. *Meditation. Geschichte, Systematik, Forschung, Theorie*. Frankfurt am Main: Peter Lang; 1995.