

„Von Ganzheitlichkeit zu reden ist leicht, sie konsequent ernst zu nehmen, nicht!“ Über die Schwierigkeiten der Medizin, den Menschen als Ganzheit zu betrachten

Thomas Reinert

Velbert-Langenberg, Deutschland

Schlüsselwörter: Ganzheitlichkeit, Pränatal-Entwicklung, Psychoanalyse, Individualpsychologie, Körper-Ebene, Psychosomatik

Abstract: *To talk about holistic approach is quite easy, to practise it consequently is not! – About the difficulties of medicine to regard man as a whole.* The concepts of medical institutions and clinics like to take on a holistic approach but in practice, this usually means that somatic and psychotherapeutic treatment is applied parallelly. The following article makes clear the difficulties of modern medicine to fundamentally and consistently apply a holistic view to pathology and an understanding of man as a whole. This is compared with the teleological, in its roots holistically layed out view of Individual Psychology, i.e. A. Adler's variant of psychoanalysis.

The author is convinced, that prenatal life plays a big role in the formation and development of personality. He therefore postulates that this period of life must be specifically considered in the therapeutic process of long-term in-depth psychological/psychoanalytical treatment of patients with most severe disturbances. However, this is hardly possible within a conventional, exclusively verbal-communicative psychoanalysis. For this reason and because of strong indications that ego- and self-experience of humans in their earliest developing time takes place on a physical level, the author postulates that it is necessary to integrate body experience into the therapeutic process of the treatment of patients who suffered from such severe early disturbances. By doing this and by including the non-verbal creative potential of the patients, psychoanalysis could become a comprehensive "science of experience" with a considerably extended therapeutic potential.

Zusammenfassung: In Konzepten medizinischer Einrichtungen und Kliniken ist zwar gerne von „Ganzheitlichkeit“ die Rede, in der Praxis werden aber unter diesem Begriff meistens nur körperlich-therapeutische und psycho-therapeutische Behandlungsteile parallel angeboten. In der vorliegenden Arbeit macht der Autor die Schwierigkeiten der heutigen

Überarbeitete Version eines Vortrags auf dem Internationalen Kongreß der GTK und EFSP „Vom anderen lernen – sich der Ganzheit zuwenden“ vom 31.5. – 4.6.2000 in Dresden

Korrespondenzanschrift: Dr. Thomas Reinert, Fachklinik Langenberg, Krankenhausstraße 17, 42555 Velbert-Langenberg, Telefon (02052) 607130, Telefax (02052) 607188

Medizin deutlich, in Krankheitslehre und Gesamtverständnis des Menschen eine konsequent ganzheitliche Betrachtungsweise zu Grunde zu legen. Er stellt dem das teleologische, von vorneherein ganzheitlich angelegte Menschenbild der Individualpsychologie, also der Adlerschen Variante der Psychoanalyse, gegenüber. Er sieht gesicherte Anhaltspunkte dafür, daß die pränatale Lebenszeit für die Persönlichkeits-Entstehung und -entwicklung eine große Rolle spielt und deshalb im therapeutischen Prozeß bei langzeitigen tiefenpsychologisch/psychoanalytischen Behandlungen von Patienten mit schwersten Störungen berücksichtigt werden muß. Dies ist jedoch kaum möglich im Rahmen einer konventionellen ausschließlich verbal-kommunikativ durchgeführten Psychoanalyse. Daraus und aus nahezu unabweisbaren Hinweisen darauf, daß sich Ich- und Selbst-Erleben des Menschen in der frühesten Entwicklungszeit zunächst auf der Körper-Ebene abspielen, leitet der Autor die Folgerung ab, daß es für die analytische Behandlung solch schwerst- und frühgestörter Patienten notwendig ist, die Leiblichkeit in den therapeutischen Prozeß zu integrieren. Dadurch und durch die zusätzliche Einbeziehung nonverbaler kreativer Potentiale der Patienten könnte die Psychoanalyse sich weiterentwickeln zu einer umfassenden „Erfahrungswissenschaft“ mit einer erheblichen Ausweitung ihres therapeutischen Potentials.

*

Wer sich mit Therapie-Konzepten z. B. sucht-therapeutischer Einrichtungen oder solchen der psychosomatischen Versorgung beschäftigt, wird heutzutage über kurz oder lang gar nicht umhin können, mit dem Begriff der „Ganzheitlichkeit“ konfrontiert zu werden. Es ist dort gerne von einem „ganzheitlichen Therapieverständnis“ (z. B. Fachklinik „G. Z.“) die Rede oder von einer „ganzheitlichen Versorgung“ (z. B. Therapeutische Einrichtung L.). Es soll damit offenbar ausgedrückt werden, daß in diesen Kliniken, im Gegensatz zum klassischen, fast ausschließlich naturwissenschaftlich orientierten Denkansatz der medizinischen Fachdisziplinen eine „holistische Medizin“ praktiziert wird, die „sowohl die biologischen, sozialen als auch psychischen Aspekte des Menschseins in ihrer Einheit und Wechselwirkung“ berücksichtigt, (so die Definition im medizinischen Wörterbuch von Zetkin und Schaldach, 1998). Wenn man weiterliest, erschöpft sich die Repräsentanz der Ganzheitlichkeit in solchen Klinik-Konzepten dann aber oft im parallelen Nebeneinander von Sport und Spiel, kreativem Gestalten und klassischer Einzel- und Gruppentherapie. Auch bei anderen, nicht direkt therapeutischen sondern mehr pädagogischen Angeboten bedient man sich des Begriffes; so annoncierte das „Tanzhaus NRW“ in Düsseldorf in seinem Programm im Jahre 2000 ein „ganzheitliches Körpertraining“.

Es ist gegenwärtig einerseits in Medizin und Pädagogik sektoriell also durchaus „populär“ von „Ganzheitlichkeit“ zu sprechen und der Begriff läßt sich offenbar auch werbewirksam einsetzen. Andererseits ist das Denken in der medizinischen Forschung (und dies auch in der Psychiatrie) heute mehr denn je naturwissenschaftlich orientiert; so heißt es in einer neueren Arbeit zur Sucht: „Heute stehen bei den ätiologischen Überlegungen zum Suchtgeschehen eher neurobiologisch wirksame Faktoren, wie z. B. Dysfunktionen in bestimmten Neurotransmittersystemen oder hereditäre Belastungen im Vordergrund des Interesses“ (Bottlender et al., 1997). Angesichts nahezu monatlicher Meldungen über bestechende und angeblich revolutionierende Fortschritte z. B. der „Knopfloch-Chirurgie“, der „Endoprothetik“ oder der „Transplantations-Medizin“ stellt sich für viele Medi-

ziner die Frage, ob denn eine „ganzheitliche Betrachtungsweise“ überhaupt noch zeitgemäß ist oder vielleicht doch eher als „esoterische Spinnerei“ abgetan werden sollte. Eine solche technisch hochleistungs-orientierte Medizin scheut sich nicht, sich (zwar unter anderen, euphemistischen Benennungen wie „Spezialisierung“ oder „Angebots-Differenzierung“, inhaltlich aber doch mehr oder weniger offen) selbst als „eine Art Reparaturbetrieb“ zu definieren, der Krankheit ausschließlich unter dem Aspekt eines „Defektes“ sieht, der möglichst standardisiert, kostengünstig und dabei auch noch schnellstmöglich zu beheben ist. Zu einer derartigen Sichtweise paßt es, wenn 1994 der englische Kardiologe J. R. Hampton den Tod definierte als „das zuverlässigste Kriterium für den Mißerfolg ärztlicher Behandlung“ (Hampton, 1994). Wenn die Medizin aber solche Fortschritte macht, wenn wir uns also hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Medizin scheinbar in einem so glücklichen Zeitalter befinden wie noch keine Generation vor uns, warum zieht es dann die Menschen in Scharen in Kurse und Veranstaltungen mit Themen wie „Yoga“, „Meditation“, „Weisheiten der fernöstlichen Medizin“ oder mit Angeboten zum Erlernen von „Selbst-Beeinflussungs-Techniken“? In einer typischen Anzeige in einem Reklame-Blatt („Super-Tip“) vom 10. 6. 2000 bot die Volkshochschule meines Wohnortes ein Wochenendseminar an: „Positives Denken“; im Text heißt es: „Durch Autosuggestion, Autogenes Training, Mental-Training und ‚innere Filme‘ werden alte Verhaltensmuster durch positive neue ersetzt.“ Warum erzielen Bücher mit Anleitungen zur „gesunden Lebens-Führung“ zur „Lebens-Bewältigung“ oder zur angeblichen „Selbst-Findung“ enorme Auflagen? Mir sind in meinem näheren Lebensbereich mehrere im weitesten Sinne als „Heiler“ tätige Personen bekannt, die mit durchaus dubiosen oder zumindest anzweifelbaren „Verfahren“ wie „Pendeln“, „Handlesen“ u. ä. offenbar sehr viel Geld verdienen. Wenn solche Angebote angenommen werden, dann kann man postulieren, daß sie auch Bedürfnisse abdecken; und ihr Erfolg deutet darauf hin, daß unsere Zeit trotz aller gefeierten „Errungenschaften“ der Medizin beherrscht wird von Angst, von einer tiefen Verunsicherung und einem Geborgenheitsverlust des Menschen. Die esoterischen und dubiosen Angebote verheißen, einen ganzheitlichen Sinn-Zusammenhang wiederherstellen, der offenbar nicht mehr selbstverständlich empfunden wird.

Zusammengefaßt: Es existiert also unbezweifelbar ein tiefes Bedürfnis nach Entängstigung, Lebens-Sinngebung und Erklärung der menschlichen Existenz, das durch die Medizin nicht mehr abgedeckt wird. In der Praxis ergeben sich sogar eher Hinweise auf eine noch zunehmende Trennung der „Medizin“ von solchen „Zusammenhangs-Betrachtungs-Fragen“. Es entsteht so also eine immer deutlichere „Zwei-Teilung“ der Erwartungen an das „gesundheitliche Versorgungswegen“ (im weitesten Sinne dieses Ausdruckes): Auf der einen Seite steht ohne Zweifel tatsächlich die Forderung nach einer sich ständig weiterentwickelnden Hochleistungsmedizin mit Qualitätsstandards und Versorgungs-Ansprüchen, deren Nicht-Gewährleistung sofort die Frage nach „Schuld“ und „Ent-Schädigung“ aufwirft, (die für mich deutlich eine dahinter lauernde und abzuwehrende Todes-Angst erkennen läßt); auf der anderen stehen Versuche der Füllung des durch die Schulmedizin dabei offen gelassenen oder sogar geschaffenen „Gefühls-Vakuums“ durch einen sich ausweitenden Bereich z. T. eher „schwammig definierter“ mehr oder weniger auf „Gesundheits-Erhaltung“ oder

„Zufriedenheits-Förderung“ ausgerichteter Maßnahmen und Angebote, die wiederum eine riesige Spanne umfassen zwischen einerseits z. B. dem Bemühen um einen Ausbau der sogenannten „sprechenden Medizin“ als Ausdruck einer über das Medizinisch-Technische hinausgehenden Zuwendung des Arztes (mit dem die Medizin offenbar recht hilflos versucht, sich aus diesem Versorgungsbereich nicht gänzlich zu verabschieden) und andererseits Auswüchsen pseudotherapeutischen Tuns bis zur Scharlatanerie. Diese Entwicklung hat eine Vorgeschichte! Führen wir uns noch einmal den Sektor der Diskussion innerhalb der „Medizin im engeren Sinne“ aus den letzten Jahrzehnten vor Augen, der den Themenbereich „ganzheitlicher Betrachtung“ am ehesten berührt: Das Medizinstudium wurde in Deutschland in den 70er Jahren reformiert. Eine der wesentlichen Neuerungen war die Einführung des Faches „Psychosomatik“ als Pflichtbestandteil der ärztlichen Ausbildung. Typischerweise wurde diese „Neuerung“ aber eingeführt als ein „zusätzlich zu belegendes Fach“. Dies entsprach dem damaligen wissenschaftlichen Stand der „Psychosomatik“ als einem Rand-Fach. 1973 schrieb Siegfried Zepf: „Die Behauptung der Existenz psychosomatischer Erkrankungen folgt der klinischen Beobachtung, daß es organische und funktionelle Störungen gibt, die nicht organisch verursacht sind.“ Und an anderer Stelle: „Mit der psychosomatischen Organerkrankung sind die psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne wie das Magen- und Duodenalulcus, die Colitis ulcerosa oder das Asthma bronchiale gemeint“ (Zepf, 1973, S. 9). Das bedeutet: Den sogenannten psychosomatischen Erkrankungen wurde eine gewisse Stellung, aber eben eine Außenseiter-Stellung unter den Krankheiten zugestanden, mehr aber auch nicht. Ebenfalls in den 70er Jahren stellte der damalige Ordinarius für Kinderheilkunde der Universität Düsseldorf in der Vorlesung eine Patientin vor mit einer ausgeheilten Colitis ulcerosa. Er legte größten Wert darauf, daß die Heilung durch den sachkundigen Einsatz entsprechender Medikamente („Azulfidine“) bewirkt worden sei und nicht etwa durch die parallel durchgeführte Psychotherapie. Er erklärte uns Studenten: „Da kann man viel philosophieren! Aber es handelt sich eindeutig um eine somatische Erkrankung.“ Wenn überhaupt wurde also der Psyche bestenfalls eine eher diffuse ätiologische Rand-Rolle zugewiesen, die aber nicht mit gleicher Ernsthaftigkeit akzeptiert wurde wie somatische Faktoren.

Anders las sich das 1978 bei Cremerius, der über die psychosomatische Medizin als solche schrieb: „Es ist die Erweiterung des Blickes über die biologische Einmaligkeit dieses Kranken hinaus auf seine einmalige und höchst individuelle Art des Menschseins. Während in der Forschungsrichtung, die die ätiologischen Momente außerhalb des Kranken sucht, der Mensch Objekt eines unverständlichen und geheimen Schicksals ist, das einmal begonnen, mit der Autonomie von Naturgesetzen sich vollzieht, wird er jetzt Subjekt, das sich selber um ein Verstehen seines Krankseins bemüht.“ (Cremerius, 1978, S. 87) Hier klingt deutlich eine Zusammenhangsbetrachtung an, die den Menschen als Kranken in den Mittelpunkt des Interesses rückt statt die Krankheit als das für die Beobachtung und Beurteilung des Arztes allein entscheidende Phänomen. Noch weiter geht Peter Orban (1981/1988), der konsequent auch den Begriff „Psycho-Somatik“ in Frage stellt: „Es geht um die Erläuterung des Verhältnisses zwischen ‚Psyche‘ und ‚Soma‘. Doch – um nur einen Teil der Schwierigkeiten anzudeuten – auch

das ist bereits die falsche Sprache: Es gibt kein ‚Verhältnis‘ zwischen Psyche und Soma. Mehr noch, es gibt, außer in psychologischen Lehrbüchern, keine Psyche, und es gibt, außer in medizinischen Lehrbüchern, kein Soma. Auch der Begriff ‚Psychosomatik‘ taugt vorerst nicht dazu, diese Verwirrung aufzuheben. . . . Wie auch immer diese Verschmelzung gedacht wird (kausal- oder formgenetisch oder einfach nur empirisch), in jedem Fall tragen die zu verschmelzenden Partikel bereits das Falsche in sich. Und noch einmal, die Rede von der ‚Einheit‘ (daß das eine ohne das andere nicht sein kann) bringt zu wenig Klarheit über den gemeinsamen Herstellungsprozeß“ (Orban, 1981/1988, S. 12). Nun kann man sicher das Wort „Herstellungsprozeß“ in diesem Zusammenhang als relativ unpassend empfinden, Orban beschreibt aber ohne Zweifel ein wesentliches Element der Ganzheitlichkeit: die absolute Untrennbarkeit von leiblicher und seelischer Entwicklung. Diese Betrachtungsweise ist eigentlich gar nicht neu: Sie ist ureigenstes Beschäftigungsfeld der Individualpsychologie, also der Adlerschen Variante der Psychoanalyse. Man kennt heute Adler in der Literatur fast nur als den Benenner des „Minderwertigkeits-Gefühls“ oder „-Komplexes“. Oder man zitiert von ihm das „Machtstreben“ als angeblich entscheidendes Element seiner Betrachtungsweise des Menschen. Kaum bekannt ist, daß bei den frühen adlerianischen Autoren die Frage der Ganzheitlichkeit breitesten Raum einnimmt und in der individualpsychologischen Literatur bereits in den 20er Jahren Positionen wiedergegeben sind, hinter denen die heutigen Sichtweisen von Ganzheitlichkeit teilweise weit zurückbleiben. So schreibt Erwin Wexberg (1928): „Jeder Organismus stellt eine in sich geschlossene Einheit dar. Gerade dadurch unterscheidet er sich von der unbelebten Materie. . . . Ein Organismus . . . läßt sich nicht spalten, er ist unteilbar – In-dividuum – und lebt nicht mehr, ist also kein Organismus mehr, sondern tote Materie, wenn man ihn zerteilt. . . . Was für den Organismus im allgemeinen gilt, gilt auch für die körperlich-seelische Einheit des menschlichen Organismus, für die menschliche Persönlichkeit. . . . Jeder Mensch ist Zweck seiner selbst. Seiner Selbsterhaltung dienen alle seine Funktionen. Jedes seiner Organe ist nur sinnvoll in Beziehung auf den Gesamtorganismus. . . . Biologisch gesehen, stellt das, was wir die Seele nennen, einen Komplex von Funktionen dar, die genauso der immanenten Zielsetzung des Organismus dienen wie andere Funktionen, denen nichts Seelisches anhaftet.“ (Wexberg 1928/1974, S. 12–14). Otto Kaus, ebenfalls ein direkter Adler-Schüler, beschreibt im Handbuch der Individualpsychologie 1926 (Band II, S. 115): „Der Name Individualpsychologie unterstreicht das Bewußtsein der steten Beziehung auf die Ganzheit und unteilbare Einheit des Menschen, die stets auch eine Beziehung auf das Menschheitsganze in sich schließt, während andererseits nur durch die ständige Kontrolle durch diese Kategorie der Ganzheit auch das wahre Prinzipium individuationis gefunden werden kann, durch welches sich das eine empirische Individuum vom anderen unterscheidet.“ Er sieht Hinweise auf „die Entwicklung sämtlicher in der Menschheit lebendiger seelischer Tendenzen und Bereitschaften aus kosmischen Notwendigkeiten“ und definiert die „Seele“ als „Sicherungsorgan“ für den Menschen „im Kampf um’s Dasein“ (Kaus, 1926). Das klingt für unsere Ohren heute etwas pathetisch und sehr global.

Kronfeld (1926, Handbuch, Band I, S. 3) grenzt zur selben Zeit die Individualpsychologie von anderen psychologischen Richtungen sehr viel konkreter folgendermaßen ab: „Inwiefern sollen denn die methodischen und grundsätzlichen

Voraussetzungen der Individualpsychologie andere sein als diejenigen aller Psychologie überhaupt? Geht nicht alle Psychologie überhaupt auf das Individuum als dasjenige Objekt, an welchem Qualitäten und Vorgänge erkannt werden, d. h. in wissenschaftliche Regeln und Gesetze gebracht werden? Wenn wir aber die empirisch-psychologischen Erkenntnisweisen betrachten: Die physiologische Psychologie und die naturwissenschaftliche Elementarpsychologie, die deskriptive Psychologie und die funktionale Psychologie, die erklärende und dynamische Psychologie und die Psychoanalyse Freuds, so gilt von ihnen allen – von den äußerlichsten und schematischsten an, bis zu den ganz verfeinerten und vertieften, daß sie etwas gemeinsam haben: Sie sammeln empirische Materialien, Gleichartigkeiten und Wiederholungen von Seelischem, und sie verknüpfen solche Gleichartigkeiten zu induktiven Gesetzen. Aus diesen Gesetzen wiederum erklären sie determinierend die konkrete Wirklichkeit des psychischen Einzelgeschehens. Sie stehen alle dem Seelischen gegenüber wie einem äußeren Naturobjekt, einem mikroskopischen Präparat, einem chemischen Versuch. Sie beobachten es gewissermaßen in seiner Mechanität. Diese Mechanität aber ist eine von der äußeren Naturwissenschaft übernommene *Maxime*.“ (Kronfeld, 1926). Und wenig später: „Psychisches Leben ist, wie es auch immer beschaffen sein mag, ein Wesensmerkmal von Individualität.“ Das bedeutet: Jedes Individuum stellt eine Einzigartigkeit dar, die letztlich, bei aller Übereinstimmung einzelner Eigenschaften mit denen anderer Individuen, ihren Sinn ausschließlich in der eigenen inneren Einheit findet und in der Entwicklung, im Kontinuum des Lebens, nur aus sich selbst heraus erklärt werden kann. Kronfeld: „Dieses ganze Kontinuum ist einmalig und unwiederholbar, von der Geburt an bis zum Tode. Einmalig und unwiederholbar ist auch jedes einzelne Ereignis innerhalb desselben: Selbst der gleiche einfachste Lichtreiz, der zu zwei verschiedenen Zeiten als Wahrnehmungsqualität erlebt wird, hat nicht das gleiche Wahrnehmungserlebnis zur Folge. Denn beim zweiten Male trifft er auf ein Ganzes von anderer Komposition als beim ersten Male – mindestens schon insofern anders, als das Erlebnis des ersten Males jetzt schon als vollzogen zum Erleben des zweiten Males hinzugehört“ (Kronfeld, 1926, Handbuch, Band I, S. 5). D. h., ganz simpel ausgedrückt: Jedes Individuum macht ständig neue und ureigenste Erfahrungen; die müssen aber nicht notwendigerweise immer zur gleichen Verarbeitung führen: Adler (1931/79, S. 103): „... (es sind) nicht die Erfahrungen des Kindes, die seine Handlungen bestimmen, sondern die Folgerungen, die es aus seinen Erfahrungen ableitet.“ Und diese Schlußfolgerungen sind eben individuelle Antworten auf gegebene Anforderungen. Adler (1931/1982, S. 192): „Zu den menschlichen Entwicklungsmöglichkeiten gehören, in millionenfacher Verschiedenheit, Triebe, Gefühle, Motilität, Denkkraft, Leistungsfähigkeit ... Hier liegt das freilich bescheidene Feld der Hereditätsforschung, die aber niemals die evolutionäre, schöpferische Kraft des Ich übersehen sollte, ...“. D. h.: Der Mensch besitzt in seiner gegebene Fähigkeit zur Aufnahme von Informationen aus der Umgebung und in deren individueller Verarbeitung eine „schöpferische Kraft“. Diese wird – wie ich in einem kleinen Buch zur Sucht zusammengefaßt habe: „gelenkt durch die subjektiven Interpretationen vor allem der sozialen Gegebenheiten, die das Kind in seiner Umgebung vorfindet. So formt sich die Persönlichkeit auf der Basis mitgebrachter Grundbedingungen und körperlicher Voraussetzungen im Rahmen

der Möglichkeiten, die von der Umgebung zur Verfügung gestellt werden, selbst. Richtungsgeber der Bewegungen des Individuums ist dabei seine subjektive, weitgehend von den Gefühlen (und Affekten) getragene Befindlichkeit, die die Bewegungen immer in der Tendenz vom ‚subjektiv empfundenen Minus‘ zum ‚subjektiv empfundenen Plus‘ streben läßt. Jedes Kind entwickelt so, indem es seine subjektive Selbst- und Welt-Erfahrung verarbeitet, ganz individuelle Beziehungsmuster und Problemlösungsstrategien. Sie erhalten ihren Sinn ausschließlich durch die gefühls-gesteuerten selektiven Apperzeptionen und unbewußt zweckdienlichen subjektiven Interpretationen der Wirklichkeit und deren innerseelische Verarbeitung. In ihrer Gesamtheit nennt Adler sie den ‚Lebensstil‘ des Individuums“ (Reinert, 2000b, S. 14). D.h. auch: Wenn ein Mensch handelt, kann die Handlung eigentlich nicht aus dem Moment heraus erklärt werden, sondern immer nur im Gesamtzusammenhang der lebensgeschichtlichen Situation des handelnden Individuums: Robert Antoch schreibt dazu 1981: „Sowohl im Alltagshandeln als auch in der wissenschaftlichen und therapeutischen Analyse desselben kommt den einzelnen Handlungen ihre Bedeutung erst aus dem Stellenwert zu, den diese in einem größeren Zusammenhang einnehmen. Damit unterliegen einzelne Handlungen denselben Gesetzmäßigkeiten wie alle Einzelphänomene, die als Teile in ein Ganzes eingegliedert sind: Sie haben Eigenschaften angenommen, die nicht mehr aus ihnen selbst heraus, sondern nur noch in bezug auf das ganze Handlungsgefüge illustriert und verständlich gemacht werden können. Fortschreitend von einzelnen Handlungen über mehr oder weniger umfassende Handlungsbereiche gelangt man auf diese Weise zu einer Ordnung, zu einer Organisationsstruktur des Handelns überhaupt“ (Antoch, 1981, S. 18/19).

Entsprechend dem Postulat von der jederzeit „ganzheitlichen Reaktion“ des Menschen auf Situationen, Ereignisse, Erlebnisse, ist keine Reaktions- und Handlungsweise ohne gleichzeitige körperliche Mitreaktion denkbar. Renate Hutterer-Krisch (1996) schreibt dazu: „Adler ging davon aus, daß jede Emotion, sei es Zorn, Angst, Sorge oder eine andere Emotion, bis zu einem gewissen Grad Ausdruck im körperlichen Bereich findet. Seelische Spannungen beeinflussen das zentrale und vegetative Nervensystem. Adler betont, daß durch das vegetative Nervensystem der ganze Körper an der seelischen Spannung teilnimmt. Der Körper gerät auf den Wegen des vegetativen Nervensystems . . . , der endokrinen Veränderungen in Bewegungen, die sich in Änderungen der Blutzirkulation, der Sekretion, des Muskeltonus und fast aller Organe äußern können. So wirkt sich der seelische Prozeß auf den Körper aus. Es ist deshalb notwendig, nach diesen wechselseitigen Wirkungen von Seele auf Körper und Körper auf Seele zu suchen, denn beide sind Teile des Ganzen, mit dem wir es zu tun haben.“

Aus dieser Sichtweise heraus läßt sich unschwer folgende Fallvignette verstehen:

Ein 62jähriger Patient berichtet im Rahmen einer tiefenpsychologischen Therapie von einem Jahre zurückliegenden Ereignis: Er ist als höherer Beamter fälschlicherweise für eine Unstimmigkeit in einer Kasse verantwortlich gemacht worden, wird zu seinem Vorgesetzten zitiert, von diesem zunächst in demütigender Weise verbal „niedergemacht“ und danach degradiert mit der Folge auch niedrigerer finanzieller Bezüge. Bei der Darstellung des Sachverhaltes ist er nach wie vor aufgeregt und aufgebracht. Ich frage ihn, wie er auf das damalige Ereignis reagiert habe. Er: „Wie sollte ich denn reagieren?! Ich konnte doch

nichts machen! Ich hab' das so hingenommen.“ Meine spontane Rückfrage: „Und wie ging es Ihnen dabei körperlich?“ Er: „Ja nichts, was soll da gewesen sein? Ja, Moment, also am nächsten Tag hatte ich ja dann meinen Bandscheibenvorfall ...“.

Eine direkte Zusammenhangsbetrachtung dieser Art würde heute wohl noch bei der überwiegenden Mehrzahl der Orthopäden Kopfschütteln, Unverständnis, vielleicht sogar Gelächter auslösen. Adler würde den Bandscheibenvorfall aller Wahrscheinlichkeit nach als körpersprachlichen Ausdruck im Sinne seines Begriffes des „Organ-Dialektes“ bezeichnen (Adler u. Furtmüller, 1914, S. 114). Rainer Schmidt beschreibt diese Adlersche Sichtweise (1995) sehr klar: „Adlers ganzheitliches Modell läßt (also) eine Trennung von Soma und Psyche nicht zu. Eine Trennung von rein somatisch zu erklärenden Krankheiten gegen solche, die als rein psychisch verursacht anzusehen sind, wäre nach diesem Modell unsinnig. Einem individualpsychologischen Verständnis entspräche die Annahme einer psychosomatisch-somatopsychischen Ganzheit, in welcher Soma und Psyche zusammenwirken, in welchem die Gewichte aber auch – im Rahmen dieser Ganzheit – von einer zur anderen Seite verschoben sein können. Immer – wenn auch die Gewichte verschoben wären – müßte Krankheit auch verstanden werden als Ausdrucksform des ganzen Menschen, wie Adler sagt, als Ausdrucksform des Lebensstils“ (Schmidt, 1995, S. 60/61). Aber nicht nur als „Organdialekt“ lassen sich Krankheiten verstehen, sondern auch unter dem Aspekt des Gesamt-„Kontinuums“ des Lebens, das ja beginnt im Rahmen des Kontextes der Herkunftsfamilie.

Als Beispiel möge folgende Krankengeschichte dienen:

Frau B., eine 35jährige Patientin, kommt wegen einer schweren chronischen Suchtkrankheit mit dem parallelen Mißbrauch von Alkohol und Medikamenten, in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Sie erweist sich dabei als erheblich seelisch gestört im Sinne einer schweren narzißtischen Problematik im Rahmen einer Persönlichkeitsorganisation auf sog. „höherem Borderline-Struktur-Niveau“ (in der Einteilung nach Kernberg 1978, S. 30/31). Sie absolviert die Therapie mit großen Anstrengungen erfolgreich und bleibt in den Jahren danach mit Mühe abstinent. Sie beginnt eine Ausbildung, während der sie dann plötzlich mit dem Befund eines fortgeschrittenen Mamma-Karzinoms konfrontiert wird.

Es erfolgt eine Radikaloperation mit auch Entfernung des großen Brustmuskels und dessen Ersatz durch Transplantation von Rückenmuskulatur. Die Patientin ist verzweifelt, versteht nicht, wieso sie, die so sehr gekämpft hat, um mit ihrer Suchtkrankheit fertig zu werden, nun auch noch diesen Schicksalsschlag verkraften soll oder muß.

In diesem Zusammenhang wird sie mit Medikamenten rückfällig und sucht den Therapeuten auf, der sie damals in der Sucht-Behandlung betreut hat. Sie durchläuft einen Entzug von den Medikamenten und entschließt sich dabei zur Aufnahme einer psychoanalytischen Langzeit-Therapie. In deren Rahmen wird schließlich aufgedeckt, daß die Patientin als „Nachzüglerin“ in einer ganzen Reihe von Geschwistern sich nie hat als „erwünscht“ erleben können, daß sie immer Zweifel daran hatte, ein eigentliches „Lebensrecht“ zu besitzen und sich bei allem vordergründigen Protest dagegen, in der Tiefe ihrer Psyche mit dem Karzinom wie einem eigenständigen Objekt in einer Beziehung in der Art eines „unbewußten inneren Einverständnisses“ befand. Erst die Erkenntnis ihrer unbewußten Akzeptanz der elterlichen Ablehnung in Form einer „Identifikation mit dem Aggressor“ und des unbewußten „Vollzuges“ möglicher mütterlicher Abtreibungswünsche machte es der Patientin möglich, den Krebs als wirklichen „Fremdkörper“ zu erleben und ihn als solchen konstruktiv-aggressiv abzulehnen und zu bekämpfen.

Ohne Einschränkungen ließ sich auf diese Patientin anwenden, was Beyer (1979, S. 63) unter Auswertung diverser Literaturstellen über Krebspatienten schrieb: „Der Krebskranke lebt in einer Doppelrolle. Nach außen wirkt er angepaßt, zufrieden und ausgeglichen, hinter dieser Maske verbirgt sich ein unglückliches, von Selbstzweifeln gequältes Ich, das zu Depressionen neigt (LeShan, Bahnson, Donbar). Im allgemeinen verfügt er über einen hohen Grad von Kreativität, der aber durch die eigenen Abwehrmechanismen und durch die der Umwelt frustriert wird (Donbar). Krebspatienten werden als arbeitsam, aber leicht ermüdbar geschildert (Aleksandrowicz, Németh, Mezei). Donbar sieht sie als übermäßig ernsthafte, überkooperative, übergefällige, überängstliche und sensitive, passive Persönlichkeiten (1959) die an diesem Mangel an Selbstrealisierung ihr ganzes Leben lang gelitten hätten. Weiterhin wird der Krebskandidat gekennzeichnet durch einen ausgeprägten Mangel an Lebensfreude, eine tiefliegende negative Haltung dem Leben gegenüber und einen allgemeinen Lebensüberdruß (LeShan, Kretz, Schulz van Treeck, Reich).“

Wenn wir Adlers Postulat von der jederzeitigen leib/seelischen Einheit ernst nehmen, stellt sich aber auch automatisch die Frage: Ab wann können wir denn überhaupt von einer „seelischen Seite“ des Menschen sprechen? Theoretisch beginnt die Existenz eines Menschen mit der Befruchtung der Eizelle. Und tatsächlich setzt Adler, der ansonsten sicherlich nicht als „Pränatalpsychologe“ im eigentlichen Sinne bezeichnet werden kann, hier den Beginn der Entstehung einer Art von Persönlichkeit an: „Die individualpsychologische Theorie fußt auf der Erfahrungstatsache des Primordiats der Keimzelle als eines Ichs, einer Ganzheit, einer wenn auch mit unseren Mitteln schwer erkennbaren Persönlichkeit, der beim Menschen alle menschlichen Entwicklungsmöglichkeiten mitgegeben sind. Außerhalb dieses Ichs der Keimzelle gibt es weder ein ‚Es‘ noch ‚Triebe‘ sadistischer oder welcher Art immer. Zu den menschlichen Entwicklungsmöglichkeiten gehören, in millionenfacher Verschiedenheit, Triebe, Gefühle, Motilität, Denkkraft, Leistungsfähigkeit in ihren minimalen Ursprüngen. . . .“ (Adler, 1931/1982, S. 192). Gustav Hans Graber (1973, zitiert nach Hau, 1989, S. 19), der erste wirkliche Pränatalpsychologe, hebt viel deutlicher hervor: „Pränatal müssen wir ein Früh-Ich, eine Ich-Anlage, eine Disposition, eine Antizipation annehmen. Es stellt sich uns für die Zukunft die Frage über eine pränatale Metapsychologie.“ Graber nahm, in diesem Punkt viel konsequenter als Adler, eine sofortige parallele Entwicklung körperlicher und seelischer Tendenzen an mit einer auch bereits zu diesem Zeitpunkt gegebenen individuellen Reagibilität des Ungeborenen. Mittlerweile liegen viele Untersuchungen vor, die diese eindeutig zu belegen scheinen (vgl. Levend und Janus, 2000). Ganz analog zu Adler und Graber kann man entsprechende Herleitungen auch bei C. G. Jung finden (1975, S. 111): Er spricht bei der Entwicklung des Menschen von einer „transzendenten Funktion“, die zunächst als ein „bloßer Naturvorgang“ ggf. „ohne Wissen und Zutun“ ablaufe, aber: „Der Sinn und das Ziel des Prozesses sind die Verwirklichung der ursprünglich im embryonalen Keim angelegten Persönlichkeit mit allen ihren Aspekten. Es ist die Herstellung und Entfaltung der ursprünglichen potentiellen Ganzheit.“

In der therapeutischen Praxis finden sich immer wieder durchaus Hinweise darauf, daß die pränatalen Sphären unserer gewesenen intrauterinen Existenz

zwar nicht rational, wohl aber gefühlsmäßig/atmosphärisch erinnert und unter bestimmten therapeutischen Bedingungen zum Erleben und damit dann sekundär auch zum Bewußtsein gebracht werden können. Hinweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auf meine an anderen Orten in Ausführlichkeit beschriebenen Erfahrungen aus modifiziert-analytischen Therapien von meist schwerst-gestörten Borderline-Patienten (Reinert, 1996a, 1997a, 1997b, 2000a). Immer wieder traten in den Behandlungen Sehnsüchte der Patienten nach Wiedererleben der pränatalen, also intrauterinen Situation in Erscheinung, erst deren symbolische Realisierung im Stadium der „Tiefenregression“ in einer symbiotisch-regressiven Therapie-Phase in der Lage war, diesen schwerst-gestörten Menschen ein Gefühl der Kongruenz zwischen innerer Bedürftigkeit und äußerer Realität zu vermitteln. Erst das Erreichen dieses tiefen Stadiums der Regression machte in den Therapien einen „Neubeginn“ im Sinne Balints (1968/73, S. 160/161) möglich.

Ein Patient, dessen Problematik darin bestand, daß er bei durchaus gut ausgebildeter äußerlicher „Lebensfähigkeit“ mit z. B. unproblematischer und erfolgreicher Berufstätigkeit, immer (und auch in der Therapie über lange Zeit unveränderlich), ein latentes Gefühl von Unruhe, Angst und Bedrohtheit aufwies, verbrachte ca. ein Jahr der modifiziert analytischen Therapie damit, regelmäßig zu weinen, wobei er verbal lange Zeit überhaupt nicht ausdrücken konnte, was er eigentlich in den Stunden fühlte. Erst die körperliche Reinszenierung (in jeweiliger Umsetzung seiner in den Stunden aktuell erlebten Gefühle) ergab mit zunehmender Deutlichkeit und zuletzt unbezweifelbarer Klarheit Hinweise auf eine Art „Gefühlserinnerung“ an einen verzögerten Geburtsvorgang mit drohendem Erstickungstod. Erst das nochmalige Durchleben der entsprechenden Verzweiflung, Not und Todes-Angst ermöglichte dem Patienten die konstruktiv-aggressive Mobilisierung eines klaren eigenen Überlebenswillens mit anschließender Beruhigung und dem vorbehaltlosen Gefühl der Freude über eine nunmehr unbeschwert mögliche und lebbare Existenz.

Für mich steht die Notwendigkeit der Einbeziehung der Körper-Sphäre in den Rahmen tiefenpsychologischer Behandlung nach solchen Erfahrungen außer Zweifel. Diese Art von Arbeit wird innerhalb der Psychoanalyse aber durchaus massiv kontrovers diskutiert. (vgl. Hilgers, 1995; Reinert, 1996b; Bauriedl, 1998). Eigentlich kann aber gar nicht bestritten werden, daß jegliche Selbst-Wahrnehmung und Selbst-Erfahrung im Ursprung körpergebunden war und ist. Günter Heisterkamp (1993, S. 10) beschreibt dies ganz explizit: „Die Entwicklung des Selbstgefühls, des Selbstbewußtseins und des Selbstwertgefühls gründen in der Körpererfahrung. Das ursprüngliche Selbst ist zunächst ein Körper selbst. Aus ihm heraus bilden sich nacheinander ein Körper-Ich und ein Körper-Schema heraus. Die sensomotorischen Prozesse des Körper-Selbst organisieren sich nach archetypischen Mustern.“ Auch der Freudianer Ricardo Rodulfo sieht den Körper als die Erfahrungsbasis des Kleinstkindes überhaupt an. Die für die Entstehung eines Identitäts- und Wertgefühls notwendigen „Signifikanten“, also die indirekten gefühlsmäßigen „Wegweiser“ und „Anhaltspunkte“ werden zunächst auf der Körperebene gewonnen. Rodulfo schreibt: „D. h., daß das kleine Kind seine Signifikanten dort suchen wird, wo sie sich zuerst befinden, nämlich an dem Körper, in dem es, wenn auch nicht mehr physisch, lebt.“ (Rodulfo, 1996, S. 82).

Günter Ammon (1974, S. 89) geht ebenfalls ausführlich auf den körpersprachlichen Dialog zwischen Mutter und Kleinstkind ein: „Denn auch die ‚afektive Organsprache‘ (Jacobson 1954) der frühesten Kindheit ist eine mensch-

liche Sprache, und es ist für die Entwicklung des Kindes entscheidend, daß die Mutter in der Lage ist, sie als eine solche menschliche Sprache zu verstehen und adäquat, d. h. befriedigend zu beantworten. Nur wenn die Mutter fähig ist, die frühen undifferenzierten körperlichen Äußerungen des Kindes als eine Organ- und Körpersprache zu verstehen und die in dieser Sprache zum Ausdruck gebrachten Bedürfnisse und Gefühle adäquat zu beantworten, nur dann kann sie dem Kind eine gelingende Körper-Ich-Entwicklung im Sinne der Ausbildung einer Körper-Ich-Grenze und eines körperlichen Existenzgefühls ermöglichen.

Eine Erfahrungsunfähigkeit der Mutter gegenüber den Bedürfnissen des Kindes, ein mangelhaftes und instabiles Reagieren auf seine frühen Äußerungen, führt dagegen zu schweren Störungen in der Körper-Ich-Entwicklung.“

Daraus folgt für mich, daß tiefenpsychologische Behandlung schwerster und frühester Störungen, (die eben im Rahmen einer gestörten Früh-Kommunikation entstanden sind) auf der Ebene einer unmittelbaren Körperlichkeit ansetzen muß, ohne die auch die Regressions-Tiefe gar nicht erreicht werden kann, die notwendig ist, um elementare Gestörtheit jemals ausgleichen zu können. Dazu Heisterkamp: „Leibliche Behandlungsweisen ermöglichen unmittelbare Sinnerfassungen, die den vermeintlichen Primat hermeneutischen Verstehens in Frage stellen und die die analytische Reflexion erst begründen.“ (1993, S. 34). Eine weitere Zugangsweise zum präverbalen Unbewußten stellen kreativ-therapeutische Methoden dar, über deren Einsatz ich 1997 berichtet habe (Reinert, 1997a).

Wenn wir also den Begriff der „Ganzheitlichkeit“ menschlicher Entwicklung und menschlicher Erfahrung ernst nehmen, welche Folgerungen und ggf. Forderungen sind dann daraus abzuleiten? M. E. muß die somatische Medizin nachdenklicher werden. Auch die ja durchaus wünschenswerten somatisch-medizinischen Behandlungsfortschritte dürfen nicht blind machen gegenüber der Entstehungsgeschichte einer Krankheit, und diese ist eben nicht verstehbar ohne Berücksichtigung des Lebens-Gesamtkontextes und der Gesamtpersönlichkeit des betroffenen Patienten. Wird immer nur „repariert“, was „gerade defekt ist“, wird man der Entwicklung immer hinterherlaufen. Für mich war es sehr lehrreich, in einer früheren Stellung zeitweilig auch als psychiatrisch/psychotherapeutischer Konsiliarius in einer benachbarten orthopädischen Klinik tätig gewesen zu sein. Immer wieder wurden Konsile angefordert für Patienten, die mit z. T. massiven organischen Beschwerden und bei dazu scheinbar passenden Röntgen- und sonstigen Untersuchungs-Befunden in der festen Erwartung an Gelenken, Sehnen und Bandscheiben operiert worden waren, das zuvor geklagte Schmerz-Syndrom werde anschließend behoben sein und bei denen eben dieser Behandlungserfolg aber nicht eingetreten war. Im Gespräch ergaben sich dann fast regelmäßig Hinweise auf massive seelische Konflikte, deren Ansprechen in der kurzen Konsiliar-Untersuchung u. U. bereits zu einer Entlastung des Patienten führte. Naturwissenschaftlich begründete (oder orientierte) Überlegenheitsdünkel der somatischen Medizin sind also nicht angebracht.

Aber auch die Psychoanalyse muß m. E. ihr Spektrum erweitern in Richtung auf eine Öffnung und Weiterentwicklung hin zu einer allgemeineren „Erfahrungs- oder Entwicklungswissenschaft“, die immer auch die Leiblichkeit und die nonverbale Kreativität des Patienten in den Behandlungsprozeß mit einbezieht. Dann, also mit diesen Erweiterungen, ist sie als „non-direktivste Form von Psychothe-

rapie“ (Meyer, 2000) mit ihrer Deutungspotenz nach wie vor ein unersetzbares heilkundliches Instrumentarium und verfügt als Therapie-Methode über einen Reichtum, der m. E. gegenwärtig i. d. R. nicht annähernd ausgeschöpft wird. Ich möchte in diesem Sinne schließen mit einem Wort von Ricardo Rodulfo: „Die Psychoanalyse vor allem als Spender eines Orts zu begreifen und nicht als eine Deutungsmaschine, macht ihre historische Neuausrichtung aus. Diese Auffassung ist nur dann umsetzbar, wenn sie zu einem wohlbestimmten Ort wird, der mit Bedacht gestaltet worden ist. Anderenfalls nützt sie nichts oder schadet gar, wie das im Falle der sogenannten wilden Deutungen passiert.“ (Rodulfo, 1996, S. 48).

Literatur

- Adler A (1931) *Wozu leben wir?* Fischer, Frankfurt, 1979
- Adler A (1931) *Individualpsychologie und Psychoanalyse*. In: Adler A (1982) *Psychotherapie und Erziehung*, Bd. II. Fischer, Frankfurt
- Adler A, Furtmüller C (1914) *Heilen und Bilden* Fischer, Frankfurt, 1973
- Ammon G (1974) *Psychoanalyse und Psychosomatik*. Piper, München
- Antoch R (1981) *Von der Kommunikation zur Kooperation*. Ernst-Reinhardt-Verlag, München
- Balint M (1968) *Therapeutische Aspekte der Regression*. Rowohlt, Reinbek, 1973
- Bauriedl T (1998) *Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse – Über die Unvereinbarkeit von Psychoanalyse und Körpertherapie*. *Forum Psychoanal.* 14: 342–363
- Beyer DH (1979) *Psychosomatik des Krebses*. Sozialpolitischer Verlag SPV, Berlin
- Bottlender R, Soyka M, Hoff P, Möller HJ (1997) *Pferdewetten als eine Form pathologischer Spielens unter Berücksichtigung diagnostischer und forensischer Aspekte*. *Nervenheilkunde* 16: 511–516
- Cremerius J (1987) *Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin*. Suhrkamp, Frankfurt
- Hampton JR (1994) *Die ZEIT*, Ausgabe vom 16.9.1994
- Hau T (1989) *Psychosomatische Medizin*. Verlag für angewandte Wissenschaften, München
- Heisterkamp G (1993) *Heilsame Berührungen; Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*. Pfeiffer, München
- Hilgers M (1995) *Psychoanalytisches Setting und Körpertherapie*. *Z f Individualpsychologie* 20: 288–300
- Hutterer-Krisch R (1996) *Zum Ganzheitsbegriff aus individualpsychologischer und gestalttherapeutischer Sicht*. *Z f Individualpsychologie* 21: 58–62
- Jung CG (1975) *Über die Psychologie des Unbewußten*. Fischer, Frankfurt
- Kaus O (1926) *Individualpsychologie und Politik*. In: Wexberg E (Hg) *Handbuch der Individualpsychologie*, Bd. II. Bergmann-Verlag, München (Nachdruck: Bonset-Verlag, Amsterdam, 1966)
- Kernberg O (1979) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt
- Kronfeld H (1926) *Die Individualpsychologie als Wissenschaft*. In: Wexberg E (Hg) *Handbuch der Individualpsychologie*, Bd. I. Bergmann-Verlag, München (Nachdruck: Bonset-Verlag, Amsterdam, 1966)
- Levend H, Janus L (2000) (Hgg) *Drum hab' ich kein Gesicht – Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften*. Echter-Verlag, Würzburg
- Meyer R (2000) *Einführung in die Somatoanalyse*. Vortrag auf dem Internationalen Kongreß „Vom anderen lernen, sich der Ganzheit zuzuwenden“, Dresden

- Orban P (1988) *Psyche und Soma*. Suhrkamp, Frankfurt
- Reinert T (1996a) Zum individualpsychologischen Verständnis der Borderline-Störung: „Die rückwärtsgerichtete Lebensbewegung“. *Z f Individualpsychologie* 21: 37–47
- Reinert T (1996b) „Si tacuisses . . .“ Eine Erwiderung auf M. Hilgers: „Psychoanalytisches Setting und Körpertherapie“. *Z f Individualpsychologie* 21: 256–259
- Reinert T (1997a) „Von der Katze ohne Beine und der Insel auf dem Schiff“ – Ein-Blicke in die Psyche. In: Lehmkühl U (Hg) *Beiträge zur Individualpsychologie*, 23 – Biographie und seelische Entwicklung. Ernst-Reinhardt-Verlag, München
- Reinert T (1997b) „Ja, hab’ ich ein Lebensrecht?“ – Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 475–494
- Reinert T (2000a) Pränatalpsychologische Aspekte der Borderline-Störung. *Dynamische Psychiatrie* 33 (Heft 180/181): 89–101
- Reinert T (2000b) Den Kranken verstehen – Der Beitrag Alfred Adlers und der Individualpsychologie zur tiefenpsychologischen Betrachtung des Suchtproblems. Nicol-Verlag, Kassel
- Reinert T (2001) „Keiner versteht mich! Als rede ich chinesisich! Ich glaube, ich bin verrückt.“ – Die bizarre Welt des Borderline-Patienten. *Methodik, Verlauf und Ergebnisse modifiziert-analytischer Langzeitbehandlung*. *Z f Individualpsychologie* 26: 99–115
- Rodulfo R (1996) *Kinder – gibt es die? – Die lange Geburt des Subjekts*. Kore-Verlag, Freiburg
- Schmidt R (1995) *Kausalität, Finalität und Freiheit*. Ernst-Reinhardt-Verlag, München
- „Super-Tip-Velbert“ „Positives Denken“. Ausgabe vom 10.6.2000, S 6
- Wexberg E (1928/1974) *Individualpsychologie*. S. Hirzel-Verlag, Stuttgart
- Zepf S (1973) *Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung*. Fischer, Frankfurt
- Zetkin M, Schaldach H (1999) *Lexikon der Medizin*. Ullstein-Medical, Wiesbaden (16. Auflage)