

Peter Fräfel

# Über den »männlichen Protest« – und darüber hinaus

## Summary

### Adler's »male protest« – and more

The diagnosis »male protest« evolved from the countertransference. A deeper understanding of the therapy was revealed by adding the themes of migration, psychosomatic disorder, histrionic functioning and a conflict between autonomy and dependency. This multi-dimensional view of individual situations is introduced in order to achieve a broader understanding in psychotherapy.

**Keywords:** Male protest, migration, psychosomatic disorder, histrionic functioning, conflict between autonomy and dependency

## Zusammenfassung

Ausgehend von der Diagnose »männlicher Protest« aus einer Gegenübertragung heraus wird das Verständnis für das Geschehen in einer Therapie durch ein Hinzufügen der Themen Migration, somatoforme Störung, histrionischer Modus und Autonomie-Abhängigkeit vertieft. So wird versucht, individuelles Geschehen mehrdimensional zu erfassen, um es damit umfassender zu verstehen.

**Schlüsselwörter:** Männlicher Protest, Migration, somatoforme Störung, histrionischer Modus, Autonomie-Abhängigkeit

## 1 Einleitung

Als Jürg Rüedi bei der ersten Vorbesprechung zu diesem Heft vorschlug, Bezug auf die vor 100 Jahren entstandene Individualpsychologie zu nehmen, kam mir eine Patientin in den Sinn, der ich aus einer Gegenübertragung heraus einen »männlichen Protest« diagnostiziert hatte. Damit folgte ich ungewollt einer alten Tradition: »Die allermeisten Hysterie-Autoren waren Männer, und es wurde wiederholt die berechtigte Frage gestellt, ob diese Ärzte und Psychologen möglicherweise besondere Probleme mit ihren weiblichen Patienten hatten« (Fiedler 2007, S. 190). Damit unzufrieden, suchte ich nach einem besseren Verständnis und andere Aspekte wurden zentral. So belegt meine Erfahrung die Forderung von Lehmkuhl, Breuer und Lehmkuhl, in den Kontrollfällen eine »unvergleichliche, immer wieder eigene Vorurteile infrage stellende analytische Erfahrung« (2003, S. 290) zu machen. Wesentlich ist, die oft zu starke Bindung an ein theoretisches Konzept zu überwinden und bei der Interpretation des vorliegenden Fallmaterials nicht bei der Bestätigung der eigenen Meinung stehen zu bleiben (ebd., S. 287). Übrigens ein Punkt, auf den schon Adler hingewiesen hat: »Als Vorbedingung hat allerdings zu gelten, dass der Arzt nicht sein eigenes Werturteil über männliche

und weibliche Züge in die Analyse hineinträgt, sondern sich dem gefühlsmässigen Empfinden des Patienten anpasst, demselben nachspürt« (1910c/2007a, S. 107).

## 2 Fallvorstellung

Die damals 60-jährige Patientin war von ihrem Hausarzt mit der Diagnose »anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)« überwiesen worden. Es wurde von verschiedenen starken psychosomatischen Anteilen der geschilderten Beschwerden ausgegangen.

Die Patientin wurde als uneheliches Kind in der Slowakei geboren und hatte nie Kontakt zum leiblichen Vater. Die ersten Jahre wuchs sie bei der Großmutter mütterlicherseits auf, bis die Mutter heiratete. Sie hat eine acht Jahre jüngere Halbschwester. Als sie elf Jahre alt war, machte der Stiefvater einen sexuellen Übergriff, indem er sie an Rücken und Brust berührte. Kindheit und Jugend waren geprägt von der Pflicht zur Dankbarkeit und Dienstbarkeit ohne Anerkennung dafür zu bekommen. Die Eltern starben, als die Patientin 55 Jahre alt war, die Mutter an Folgen übermäßigen Alkoholkonsums.

Die Patientin schloss eine Ausbildung als medizinische Laborantin ab. Sie heiratete mit 22 Jahren ihren gleichaltrigen Mann. Nach zwei Jahren wurde der Sohn, drei Jahre später die Tochter geboren. In der Ehe erlebte die Patientin wiederum die Pflicht zur Dienstbarkeit bei fehlender Anerkennung.

Vor bald 30 Jahren flüchtete die Familie in die Schweiz. Nur die Patientin und ihr Mann wussten von dem Plan. Beide bekamen immer mehr gesundheitliche Probleme. Die Ehe wurde immer belasteter, bis die Patientin sich im Jahr 2005 scheiden ließ. Sie lebt von einer 100%igen Invaliden-Rente.

Die Patientin begann die von verschiedenen Ärzten vorgeschlagene Psychotherapie, obwohl sie sich nicht als psychisch belastet erlebte. An Themen nannte sie ihre schwierige Kindheit und Ehe.

Sie ist eine relativ klein gewachsene, leicht adipöse, gepflegte Frau, ohne augenfällige Anzeichen körperlicher Leiden. Sie sitzt gerade aufrecht, mit belebter Gestik und Mimik. Sie redet relativ viel. Der psychopathologische Befund nach AMDP ist insgesamt unauffällig.

## 3 Diagnose »männlicher Protest« als Gegenübertragung

Wiederholte Äußerungen, dass die Therapie nichts nütze, Klagen über das Unverständnis der Ärzte, die Rücksichtslosigkeit des Mannes und jene des Sohnes lassen Gedanken an einen »männlichen Protest« aufkommen. Dieser »ist nichts anderes als die Konkretisierung eines Strebens nach Macht, wie sie durch die soziale Unterschätzung und Unterwertung der Frau in unserer Kultur notwendigerweise erzwungen wird« (Adler 1930n/2010, S. 382).

### 3.1 Hinweise aus den Therapiesitzungen

Der leibliche Vater »aus reicher Familie heiratete aus familiären Gründen eine reiche Behinderte« und verleugnete seine Vaterschaft durch die Verwendung eines Fantasienamens auf dem Geburtsschein der Patientin. In der Kindheit hatte der Stiefvater die Führung zu Hause. Sein Übergriff wäre gemäß ihrer Einschätzung nicht passiert, wäre sie ein Junge gewesen. Zudem hat sie ihm manchmal bei der Entwicklung von (Akt-) Fotos helfen müssen.

In der Ehe musste sie als Haushälterin und Bettgefährtin zu Diensten sein, ohne dass der Mann gefühlsmäßig für sie dagewesen wäre. Er hatte es nicht ertragen können, wenn sie etwas besser konnte. Ihr Umfeld reagierte mit Vorwürfen auf die von ihr veranlasste Scheidung. Trotz aller negativer Erfahrungen betont sie immer wieder, dass sie ihren Mann liebte. Dem Sohn gegenüber sind die Gefühle auch ambivalent. Sie liebt ihn sehr als ihren Sohn und hasst ihn als Mann. Sie findet, er sei egoistisch wie sein Vater und zeige keine Dankbarkeit oder Liebe. »Er muss geführt werden, ohne dass er es merkt. Ein Mann ohne Frau ist nicht lebensfähig.« Die Beziehung zur Tochter ist unbelastet. Während den gemeinsamen Ferien störte die Patientin lediglich ihre Abhängigkeit wegen mangelnder Sprachkenntnisse.

Auch außerhalb der Familie machte sie schlechte Erfahrungen mit dem Frau-Sein. Der erste Termin beim Gynäkologen war eine große Erniedrigung für sie und ihr Chef im Labor war ein »sexistisches Ekel«. Die Ausbildung machte sie, weil sie nicht »heiraten und dann nichts machen« wollte. Sie ist dennoch mit der Emanzipation nicht einverstanden: »Die Frau ist für die Familie zuständig, der Mann für die Ernährung. Wenn die Frau für die Familie schaut und arbeitet, wozu braucht es die Männer dann überhaupt noch?« Sie ist nur einverstanden, dass die Frauen die Führung übernehmen, weil sie mit mehr Gefühl handeln.

Sie ist überzeugt, dass das Verständnis der Ärzte dadurch beeinträchtigt wird, dass sie eine Frau ist. Sie fühlt sich in ihren präzisen Schilderungen nicht ernst genommen, was sie tief verletzt. Sie hätte gerne einmal einen Termin bei Dr. House (aus der TV-Serie). Sie bedauert, dass ich kein Arzt bin und deshalb bei ihren Problemen nicht helfen kann. Sie spricht der Therapie regelmäßig einen Nutzen ab: »Ich komme seit neun Monaten und fühle mich kein bisschen besser.« Ideen zu einem Zusammenhang zwischen ihrer Kindheit und den körperlichen Problemen lehnt sie ab.

### 3.2 Bemerkungen zur Theorie

Adler führte den Begriff »männlicher Protest« 1910 ein. Das Kind spiele eine Doppelrolle mit Tendenzen der Unterwerfung (als eher weiblich gewertet) und dem Streben nach Selbständigkeit und Geltung (als eher männlich gewertet) (Bruder-Bezzel 2007, S. 103). Diese stark sozial geprägte Haltung wird begünstigt durch eine empfundene Organminderwertigkeit, welche das Gefühl der eigenen Schwäche verstärkt. Daraus erfolgt der männliche Protest zwangsmäßig als Überkompensation (Adler 1910c/2007a, S. 107). Adler postuliert, dass in jeder Neurose die Dynamik zwischen

weiblich gewerteten Zügen, männlichem Protest und einer Kompromissbildung zwischen diesen beiden festgestellt werden muss. Dabei werden die weiblichen Linien verdeckt »oder durch Kompromissbildung maskiert oder durch Sublimierung und Symbolisierung unkenntlich gemacht« (ebd., S. 109). Dieser Versuch der Kompensation scheidet in der Regel durch Überspannung (für die Kräfte des Patienten Unerreichbarkeit des Zieles), Überschätzung des Zieles (z. B. Donquichotterie), übertriebenen Autoritätsglauben bei gleichzeitigem Zweifel oder handlungshemmende Schuldgefühle (ebd., S. 109f.).

In der psychotherapeutischen Dynamik kann es zu einer Symptomverstärkung kommen, um zu verhindern, dass der Therapeut Macht über den Patienten gewinnt (1911c/2007a, S. 204). Dieser Widerstand geschieht aus der Furcht, das Ziel des Größen-Ideals nicht zu erreichen: »Unsere Patientin nun, da sie es mit einem männlichen Arzt zu tun hat, wird wie immer bisher die Entwertung dieses neu auftauchenden Mannes betreiben. Und dies umso mehr, wenn sie merkt, dass er ihr an Wissen ›über‹ ist« (1911d/2007a, S. 221).

## 4 Protest gegen die soziale Rolle und Migration

Die Geschlechtsrolle wird von den gesellschaftlichen Entwicklungen geprägt. So formulierte Louis: »Wiewohl die Privilegien des Mannes noch immer, wenn auch in abnehmendem Masse, andauern, gleicht sich der Prozentsatz der gegen die eigene Geschlechtsrolle Protestierenden innerhalb beider Geschlechter immer mehr und mehr aus. Der Ausdruck ›männlicher Protest‹ muss daher in ›Protest gegen die Geschlechtsrolle‹ umgetauscht werden« (1975, S. 63). Diese Forderung erweiternd auf die Chiffre »Protest gegen die soziale Rolle«, wird das Thema Migration einbezogen, da sie ein zentrales Ereignis im Leben jeder Person ist, die sich dafür entscheidet. Sie ist auch im Hinblick auf eine psychische Erkrankung wichtig, denn »[d]er Brandherd ist niemals in der Vergangenheit zu finden. Immer bricht die Neurose aus in Hinblick auf eine der bevorstehenden sozialen Fragen« (Adler 1929f/2010, S. 351). Die durch eine Migration entstandenen zusätzlichen Belastungen können die bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen und »sich in der vergrößerten Spannung [zeigen], die wieder zu den körperlichen und seelischen ›Spannungssymptomen‹ führt« (Adler 1929f/2010, S. 352).

### 4.1 Hinweise aus den Therapiesitzungen

Das Thema Migration wurde präsent, als ich die von der Patientin verfasste Schmerzgeschichte lesen wollte. Die sehr gut deutsch sprechende Frau hatte sie in ihrer Muttersprache geschrieben und musste sie für mich übersetzen.

Im Herkunftsland hatte die Patientin eine gesellschaftlich bessere Position bei tieferem Einkommen. Die rechtliche und politische Situation im damals kommunistisch regierten Land war schwierig. Bei der Arbeit als medizinische Laborantin legte sie

Vetternwirtschaft offen, worauf der beteiligte Chefarzt veranlasste, dass ihr eine Operation verweigert wurde: »Diese Geschichte kommt jedes Mal hoch, wenn ich hier nicht genau untersucht werde.«

Mit der als Touristenreise geplanten Flucht in die Schweiz verband die Patientin die Hoffnung, weniger seelischen Druck erleben zu müssen: »Ich bin bei den jährlichen Bonuszahlungen übergangen worden mit der Begründung: ›Wer Geld für eine Westreise hat, braucht keinen Bonus.‹ Nur schon wegen einer solchen Ungerechtigkeit hat sich die Flucht gelohnt.«

Nach der Migration hat sie sich in zweieinhalb Jahren ohne anfängliche Kenntnisse der Sprache und Mentalität zur Laborantin in einem Industriebetrieb hochgearbeitet. Eineinhalb Jahre später wurde sie wegen ihrer Rückenprobleme krank geschrieben, bis ihr nach einer zweiten Hernienoperation die Rente zugesprochen wurde. Dies belastet sie, weil sie kaum in diese Versicherung einbezahlt hat.

Sie lebt in einer Wohnung mit einer schönen Aussicht. Ihr soziales Netz beschränkt sich weitgehend auf die Familie. Sonst hat sie fast nur mit Menschen aus dem Gesundheitsbereich Kontakt. Die ersten Erfahrungen mit dem hiesigen Gesundheitssystem waren schlecht. Sie war nach einem Schlittenunfall mit Verdacht auf Schleudertrauma kaum untersucht worden und ein paar Monate später wäre ihr Sohn beinahe gestorben, weil eine Hirnhautentzündung zu spät erkannt worden war. Sie zieht den Schluss: »Nicht einmal wenn ich krank bin, bekomme ich, was ich brauche.«

So zieht sie eine gemischte Migrationsbilanz. Es geht ihr wirtschaftlich besser, als wenn sie im Heimatland geblieben wäre und sie ist stolz, dass sie ihren Kindern eine gute Zukunft ermöglicht hat. Aber: »Ich bezahle mit den Schmerzen für mein gutes Leben in der Schweiz.«

Remigration war nie ein Thema für sie, auch nicht nach den politischen Umwälzungen in der Heimat. Die ganze Familie hat inzwischen die Schweizer Staatsbürgerschaft erlangt.

## 4.2 Bemerkungen zur Theorie

Der Einfluss der Migration ist stark von den Umständen abhängig, unter denen sie stattgefunden hat. Sowohl das Verlassen des Heimatlandes als auch die Ankunft im Zielland haben weitreichende Konsequenzen. Khoshrouy-Sefat führt aus, dass Migrierende einen vierfachen Verlust erleiden. Sie verlieren »Lebenssinn und Zukunftsperspektiven«, »ausreichend befriedigende[n] soziale[n] Beziehungen«, »Handlungskompetenzen« und »kulturell verinnerlichte[n] Werte und Normen« (2007, S. 247f.). Bei dem mehr oder weniger dynamisch gestalteten Prozess der Migration – mit den fünf Phasen Vorbereitung, erste Schritte im Aufnahmeland, Konsolidierung, Flexibilisierung und Integration (Lanfranchi 2004, S. 16f.) – trägt die Struktur der Persönlichkeit wie der ganzen Familie wesentlich dazu bei, wie erfolgreich die Integration umgesetzt werden kann. Auch im Zielland sind die betroffenen Personen verschiedenen Stressoren ausgesetzt. Sie haben in der Regel einen niedrigeren sozialen Status (Khoshrouy-Sefat 2007, S. 248; Sabbioni 2008, S. 358) und sehen sich ausländerpo-

litischen, interkulturellen, sozialen Belastungen, innerfamiliären Konflikten und Erwartungsenttäuschungen gegenüber (Lanfranchi et al. 2004, S. 105).

Kalpaka macht auf eine in der Arbeit mit Migrierten bestehende Gefahr aufmerksam: Kulturelle Zuschreibungen bedeuten oft eine Sicherheit spendende Simplifizierung, welche daran hindern »die konkreten Subjekte und ihre Handlungsgründe differenziert wahrzunehmen« (2004, S. 39). Dabei gerät oft ein Aspekt ausser Acht, welcher in der Individualpsychologie bekannt ist: »Professionelle müssen sich klar machen, dass Kultur immer mit Macht verknüpft ist« (ebd., S. 43), was den oben erwähnten Widerstand (oder »männlichen Protest«) in der Interaktion verstärken kann.

Die Vorerfahrungen der betroffenen Personen mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland prägen die aktuellen Erwartungen und damit die Interaktion stark (Sabbioni 2008, S. 364). Eine mögliche Verzerrung kann reduziert werden durch interkulturelle Kompetenz und durch stete Reflexion des Themas auf einer Metaebene (Hegemann 2004, S. 91). Sie erleichtert dabei »die inneren Landkarten, die Lebenspraxis der uns noch fremden Klientinnen von innen her zu erkunden, statt ihnen von aussen her vorurteilsbeladene Kulturmythen überzustülpen« (Lanfranchi et al. 2004, S.119). Auch deshalb empfiehlt sich eine migrationspezifische Erweiterung der Anamnese, welche Herkunfts-, Migrations- und Integrationsgeschichte, Migrationsbilanz und Remigration beinhaltet (Sabbioni 2008, S. 363; Hegemann 2004, S. 87).

## 5 Organdialekt und somatoforme Störung

Adler machte schon früh auf die Bedeutung der Lebensumstände aufmerksam, als er Krankheit eine »Resultierende aus Organminderwertigkeit und äusseren Angriffen« (1908e/2007a, S. 54) nannte. Migration kann ein doppelter »äusserer Angriff« sein: Sie wirkt als Stressor und führt oft zu verbaler Sprachlosigkeit, welche über den Körper kompensiert wird, zum Beispiel indem »deprimierende Eindrücke den Verlust des Tonus der Muskulatur mit sich bringen. Sie können das am ganzen Menschen sehen; er spricht mit der Muskulatur. Wir müssen den Organdialekt verstehen lernen« (Adler 1934h/2010, S. 579). Dies ist bei somatoformen Störungen besonders wichtig.

### 5.1 Hinweise aus den Therapiesitzungen

Während der glücklichen Zeit bei der Grossmutter erlebte die Patientin kaum Krankheiten, aber es wurde ihr eingeredet: »Der Arzt macht Spritze. Tut weh, tut weh, tut weh.« Seit der Trennung von der Grossmutter erlebte die Patientin ihren Körper als schwach. Beim Übergriff durch den Stiefvater hatte sie sich zusammengekrümmt und geschrien. Mit 12 hatte sie bei der Mandeloperation unter lokaler Narkose nach dem Arzt getreten. Erst die Ausbildung zur Laborantin hatte ihr die Angst vor den Ärzten genommen.

Die Rückenschmerzen traten erstmals mit 13 beim Abräumen des Tisches auf – »wie ein Messerstich, der kam und ging.« Die leichte Spina bifida als Organminder-

wertigkeit (mangelhafter Verschluss der Wirbelsäule s. MSD, 1993, S. 1792) wurde erst entdeckt, als die Patientin 19 Jahre alt war. Von 35 bis 56 hatte sie 10 Operationen.

Der sexuelle Druck in der Ehe verspannte sie. Nach einer Rückenoperation (mit 42) spürte sie erstmals in ihrem Leben sexuelle Lust. Es war ein »Gewicht vom ganzen Körper weg«. Sie verliebte sich in einen Pfleger. Sie sieht es als Folge der Operation, denn nach dem nächsten Eingriff am Rücken hatte sie kein Lustempfinden mehr. Ihre Asexualität »ist eine Krankheit, also kann ich nichts dafür. Und wenn man nichts dafür kann, darf man nicht bestraft werden.«

Zum Körper assoziiert sie: »arbeiten, Sexualobjekt für andere, Schmerz. Einen Körper haben heißt leiden.« Wegen der Schmerzen werden ihr die sozialen Belastungen zu viel und sie zieht sich zurück. Gleichzeitig hat sie Sehnsucht nach einem guten Partner und einer verständnisvollen Freundin. Manchmal vergisst sie die Einnahme des Schmerzmittels.

»Psychosomatik« lehnt sie in ihrem Fall ab: »Körperliche Schmerzen ohne Befund könnten psychisch sein. Da ich eindeutige Befunde habe, sind meine Schmerzen nicht psychisch.« Heute gibt sie an, keine andere Körperempfindung zu kennen, außer Schmerzen. Seit 28 Jahren kämpft sie um das Verständnis der Ärzte. Sie erwartet Linderung, aber keine vollständige Heilung, denn »es gibt keine gesunden Menschen, nur nicht genug untersuchte. Das Spezialistentum in der Medizin ist meine Tragödie. Ich bin Don Quijote.« Zu ihrem Lächeln bei der Schilderung der Schmerzen meint sie: »Ich versuche immer freundlich zu sein. Und ich versuche, den Schmerz mit Humor zu nehmen.« So wird sie von den Ärzten weniger ernst genommen. Das macht sie so traurig, dass sie mehrmals weinen muss in den Sitzungen: »Was kann ich dafür, dass ich Schmerzen habe und die Ärzte mir nicht helfen können? Meine größte Enttäuschung ist: Warum darf ich nichts von meinem Arzt erwarten?«

## 5.2 Bemerkungen zur Theorie

Das äusserst komplexe Schmerzgeschehen ist geprägt von Wechselwirkungen zwischen physiologischen, psychologischen, sozialen und Verhaltensfaktoren (Morschitzky 2007, S. 245f.). Der typische Ablauf einer Schmerzempfindung lässt sich nach Langewitz et al. (2008, S. 754) so darstellen: Körperliche Veränderungen werden wahrgenommen und bewertet, was stark von der individuellen Lerngeschichte geprägt ist. Wird die Wahrnehmung als beunruhigend bewertet, kommt ein neuer Kreislauf in Gang, bei dem die Aufmerksamkeit in der Regel auf das schmerzende Organ gerichtet wird. Dies kann zu einem Teufelskreis, ähnlich dem der Panikattacke, führen (Morschitzky 2007, S. 260).

Es wird vermutet, dass unterhalb einer bestimmten quantitativen Schwelle, Schmerz und Affekt nicht voneinander getrennt werden können (Sandweg u. Finkbeiner 2008, S. 1136f.). Menschen mit einem so verringerten Diskriminationsvermögen neigen deshalb dazu, Reize eher als Schmerz zu interpretieren (Adler R. 2008, S. 323). Das Selbstbild des betroffenen Menschen wirkt dabei verstärkend: Sieht er sich als körper-



lich schwach, führt das zu einer geringeren Toleranz körperlichen Missempfindungen gegenüber (Morschitzky 2007, S. 263).

Diese Faktoren prägen das individuelle Schmerzverhalten, welches nicht »als direkte Reaktion auf den Schmerz zu verstehen ist, sondern als persönlichkeitspezifischer Ausdruck des Umgangs mit Schmerzen« (ebd., S. 251). So entstehen oft problematische Arzt-Patient-Interaktionen. Wenig differenzierte oder »übertriebene« Ausführungen erschweren dem Arzt eine schlüssige Erklärung für die geschilderten Beschwerden, was zu einer erhöhten Verunsicherung des Patienten führt (Langewitz et al. 2008, S. 763).

Bei somatoformen Störungen ist das semantisch problematische Interaktionsmuster so zentral, dass es in die ICD-10 aufgenommen wurde: »Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend« (Dilling et al. 1991, S. 170). Darum bezeichnen Langewitz et al. (2008, S. 751) die Beziehungsstörung zwischen Arzt und Patient als zentrales Element somatoformer Störungen. Um das Phänomen »Schmerz« verstehen zu können, muss die behandelnde Person deshalb das eigene und das fremde Interpretationsschema bewusst haben (Adler R. 2008, S. 323) und es verlangt eine stark individualisierte, mehrdimensionale Diagnose und Therapie (ebd., S. 336).

In der Psychotherapie muss die Funktion des Schmerzes beachtet werden. Handelt es sich z. B. um konversionsneurotischen Schmerz, wird eine direkte Schmerzbehandlung von der betroffenen Person, als das psychische Gleichgewicht bedrohend, erlebt und deshalb abgewehrt, indem der Schmerz exazerbiert oder ein neues Schmerzsyndrom auftritt (ebd., S. 330). So stellt der körperliche Schmerz wegen des primären Krankheitsgewinns das »kleinere Übel« dar und ist oft »besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund« die einzig mögliche oder legitime Art, über ihr Befinden zu reden. Zusätzlich sind die psychischen und sozialen Einflussfaktoren und Folgeprobleme, wie z. B. reizarme Umweltbedingungen, die Erfahrung von fundamentaler Vernachlässigung, Verlusten, Gewalt oder sexuellem Missbrauch, der oft zu enge Gesundheitsbegriff (Gesundheit als völlige Symptomfreiheit), übermäßiger Medikamentenkonsum, sozialer Rückzug, Partnerprobleme und depressive Zustände wesentliche Themen in der Schmerztherapie (Morschitzky 2007, S. 134, 263, 267).

Besondere Bedeutung hat die sogenannte negative Affektivität mit Gefühlen wie Besorgnis, Gekränktheit, Unzufriedenheit und das Erleben von Ablehnung (ebd., S. 261). Diese Gefühle und die oben erwähnte Verunsicherung führen zu Interaktionsformen, welche an das Verhalten unsicher gebundener Menschen erinnern. Diese suchen über die Schmerzen eine sichere Zuwendung, bekommen aber oft eine nur auf die Symptome bezogene Reaktion, welche immer ärgerlicher wird, je beharrlicher die leidenden Menschen ihr Ziel verfolgen, »sodass die Betroffenen genau das nicht bekommen, was sie sich wünschen, nämlich Beziehungssicherheit« (ebd., S. 267). Um sich Gehör zu verschaffen, wird die Krankheitsschilderung verstärkt, wodurch die betroffenen Menschen in die »Falle tappen«. Eine Studie hat nämlich ergeben: »Wenn Angaben, die an eine koronare Herzkrankheit denken lassen, hysterisch präsentiert werden, wird eine kardiale Ursache in den seltensten Fällen angenommen; diese ist wahrscheinlicher bei affektiv neutraler Präsentation und wird am ehesten dann ver-



mutet, wenn die Symptome business-like dargestellt werden« (Langewitz et al. 2008, S. 763). Für eine »business-like« Schilderung ist jedoch eine präzise Wahrnehmung der körperlichen Vorgänge erforderlich, wozu Menschen mit somatoformen Störungen wie oben erwähnt nur bedingt in der Lage sind.

## 6 »Schwieriges Verhalten« und histrionische Persönlichkeitsstörung

Die Beschreibung der »schwierigen Patienten« erfüllt wesentliche Kriterien der somatoformen Störung. Sie zeigen multiple, nicht gut erklärbare körperliche Beschwerden, die weitere Massnahmen erfordern. Die Erklärungskonzepte von Ärzten und Patient sind nicht kongruent und beide sind mit dem Erreichten nicht zufrieden (Langewitz et al. 2008, S. 769). Gemäss ICD-10 besteht bei einer somatoformen Schmerzstörung ein Hauptproblem in der Differenzierung von der histrionischen Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen: Menschen ohne eindeutige körperliche Diagnose reagieren verängstigt und ihr Suchen nach Beruhigung wird oft als Aufmerksamkeit suchendes Verhalten gedeutet (Dilling et al. 1991, S. 178f.). Eine präzise Differenzialdiagnose ist auch darum sehr wichtig, weil die Komorbidität zwischen histrionischer Persönlichkeitsstörung und somatoformer Störung nur bei etwa 10 Prozent liegt (Fiedler 2007, S. 193).

### 6.1 Hinweise aus den Therapiesitzungen

Für den leiblichen Vater war die Patientin so bedeutungslos, dass er sich auf dem Geburtsschein verleugnen und einen Fantasienamen einsetzen liess. Vom Stiefvater bekam sie nur Anerkennung, wenn er profitieren konnte. Beide haben sie im Testament nicht berücksichtigt. In der Ehe war sie Dienstmagd und Sexualobjekt, ohne Komplimente zu bekommen. Ihr Mann hat sie nur unter der Bedingung auf das Jungfrauoch begleitet, dass ein befreundetes Ehepaar mitkam. Sie hätte zu ihrem Ex-Mann jetzt gerne einen »schönen Kontakt« ohne Verpflichtung. Von ihrem Sohn möchte sie, dass er ihre Wünsche errät. Sie kämpft womöglich deshalb seit 28 Jahren um das Verständnis der Ärzte, »weil ich mich bei ihnen eventuell geborgen fühle.« Aber sie fühlt sich alleine gelassen in ihrem Wunsch nach Mitgefühl und Menschlichkeit. Sie erwähnt oft, dass sie von einem »Professor« behandelt wird.

Erfährt sie menschliche Wärme, geht es ihr besser. Während einer Kur machte sie eine Bekanntschaft: »Ein lieber Mensch und unglaublich reicher Mann, feinfühlig, nett, warm. Keine Kinder. Wir bleiben im Kontakt. – Ich bin ein kleiner Punkt. Wie komme ich in diese Liga?«

Ihre Rückenschmerzen sind »wie wenn jemand auf meinen Nerven Klavier spielt. Wild, verrückt, laut. Absolut ein wildes Chaos.« Sie spürt es »über die ganze Wirbelsäule und im Bauch, wie die Därme bewegen und dann ein Echo in den Beinen.« Während sie erzählt, dass sie ihren Arm kaum bewegen kann, hebt sie ihn ohne sichtbaren Schmerz über die Schulter.

Wenn die Schmerzen es zulassen, reist die Patientin gerne. Sie war einmal Zaungast an der Hochzeit einer internationalen Berühmtheit. Ein Glücksgefühl wie während den Badeferien mit ihrer Tochter – weisser Sandstrand unter blauem Himmel – hatte sie nur auf dem Jungfrauojoch gehabt. Wegen der Höhe fühlte sie sich da »sehr nahe bei der lieben Grossmutter im Himmel. Das war absolut berührend.«

Die Schilderungen lösen kaum emotionale Resonanz aus – nicht einmal der Bericht vom Übergriff durch den Stiefvater. Im Verlauf der Therapie schweife ich mit meinen Gedanken manchmal ab, wenn die Patientin von ihren Schmerzen erzählt. Als sie sich eine Therapiepause überlegt, findet sie: »Was mache ich ohne unsere Gespräche? Sie sind mein Rendez-vous, mein Programm.«

## 6.2 Bemerkungen zur Theorie

Histrionisches Verhalten hat stark theatralischen Charakter und kann die Interaktion grundlegend beeinträchtigen. Die Diagnose »Persönlichkeitsstörung« birgt die Gefahr, aus den (stets vorhandenen) interaktionellen Problemen eine personenzentrierte Störung zu machen. Die betroffenen Personen haben jedoch nur »diffus und unbestimmt ein Gefühl der Gestörtheit der eigenen Person oder des subjektiv erlebbaren Leidens in der Folge zunehmender Interaktionsprobleme« (Fiedler 2007, S. 6). Darum soll diese Diagnose nur erwogen werden, wenn die Interaktionsstörung so ausgeprägt ist, dass die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen und der Bezugspersonen stark beeinträchtigt ist (ebd., S. 121). Fiedler folgt darin den allgemeinen Diagnosekriterien der ICD-10, welche den Akzent allerdings mehr auf die betroffene Person als auf die Interaktion setzen (Dilling et al. 1991, S. 213). Damit eine »histrionische Persönlichkeitsstörung« diagnostiziert werden kann, müssen zusätzlich zu den allgemeinen einige der folgenden spezifischen Kriterien erfüllt sein: Dramatisierung, Suggestibilität, oberflächliche und labile Affektivität, Egozentrik, dauerndes Verlangen nach Anerkennung bei erhöhter Kränkbarkeit, Verlangen nach aufregender Spannung, Wunsch im Mittelpunkt zu stehen und manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse (ebd., S. 216). Eine interaktionelle Besonderheit ist kontaktfreudiges, charmantes, verführerisches Auftreten bei grossen Schwierigkeiten, tiefergehende Beziehungen aufrecht zu erhalten (Fiedler 2007, S. 198).

Für Histrioniker ist das sogenannte Beziehungsmotiv der »Wichtigkeit« zentral (Sachse 2004, S. 49). Dieses wird zum Beispiel durch die oben erwähnte Dramatisierung zu befriedigen gesucht. Nach dem Hypernomiekonzept ist histrionisches Rollenverhalten gekennzeichnet durch »die grundlegende Unfähigkeit der Betroffenen, sich mit sich selbst und mit der ihnen möglichen sozialgesellschaftlichen Rolle zu identifizieren. Anstatt sich mit sich und der ihnen zugewiesenen Lebenssituation zu arrangieren, möchten die histrionischen Personen mehr erscheinen, als sie sind oder auch mehr erleben und darstellen, als sie zu erleben und darzustellen in der Lage sind« (Fiedler 2007, S. 197). Dies ist auch im histrionischen Modus – als Art des pathologischen Umgangs mit Überforderungen oder Konflikten – der Fall. Dieser Modus besteht in einer Inszenierung, »innerhalb derer der Betreffende, das Objekt und die Situ-

ation sowohl für die anderen, aber auch insbesondere für sich selbst anders erscheinen sollen, als sie sind. [...] Er soll besser, stärker, schöner, gewinnender oder aber auch umgekehrt schwächer, hilfsbedürftiger, kränker, kindlicher, ahnungsloser erscheinen als er tatsächlich ist« (Mentzos 2010, S. 97).

## 7 Versuch einer zusammenführenden Betrachtung

Es wurde verschiedentlich auf die Notwendigkeit einer individuellen Betrachtung eines Falles hingewiesen. Folgende Worte Adlers drücken – etwas blumig – ein implizites Fazit der bisherigen Ausführungen aus: »Es handelt sich für uns darum, die Linien und Wege auf dem weiten Gebiet der menschlichen Seele, die entwickelten Melodien des einzelnen Menschen kennen und verstehen zu lernen, welche klingen wie eine Symphonie« (Adler 1926k/2010, S. 251).

### 7.1 Hinweise aus den Therapiesitzungen

Für die nun folgenden Überlegungen muss auf deren Beschränktheit aufmerksam gemacht werden, denn die »individuelle Nuance setzt beim Beobachter künstlerisches Verständnis voraus« (Adler 1933b/2008b, S. 67). Es soll dabei auf Adlers Formel (1913a/2010, S. 68) zurückgegriffen werden:

»Einschätzung ( <i>I + E + M</i> )	+	Arrangement ( <i>Erlebnisse + Charakter + Affektivität + Symptome</i> )«	= Persönlichkeitsideal
---------------------------------------	---	---	------------------------

Die Patientin ist überzeugt, von niemandem so akzeptiert zu werden, wie sie ist. Sie sieht ihre Daseinsberechtigung in ihrer Nützlichkeit und in der Objektfunktion des Körpers für andere. Die Organminderwertigkeit verstärkt ihr Gefühl der Abhängigkeit. Darum lernt sie ihren Körper hassen. Um dem Zwang zur Nützlichkeit zu entgehen, muss ihr Körper funktionsuntüchtig werden, womit er eine neue Funktion erhält. Eine körperliche Beschwerde erlebt sie als persönliche Unzulänglichkeit und als Grund für weitere Entwertungen in Form von versagtem Verständnis und wird damit dysfunktional. Erhaltene Anteilnahme wird als absoluter Glücksfall überbewertet.

Die Einschätzung des Milieus ist geprägt durch die aussereheliche Geburt. Die Patientin musste für alles dankbar sein und sah sich nur geduldet, während die Halbschwester geliebt wurde. Auch in der Ehe wurde Dienstbarkeit als selbstverständlich erwartet. Durch die Migration riskierte sie, wieder nicht willkommen, aber zu Dankbarkeit verpflichtet zu sein und ihre symptombezogene Symbolisierungsfähigkeit weiter zu vermindern.

Als Kranke ist sie gezwungen, sich den unerlaubten Wunsch nach Anteilnahme zu erfüllen, sich diese zu »erleiden«, wird darin aber enttäuscht. Sie braucht den Schmerz

auch, um (sich) die Nachlässigkeit der Ärzte zu beweisen: »Es kommt immer etwas raus, wenn sie richtig suchen. Ich bin abhängig von denen, die mir [Erg.: seelische] Schmerzen zufügen.« Die Patientin bemerkt alle paar Wochen, dass ihr die Psychotherapie nichts bringt und schafft so Distanz.

Sie drückt ihre Affektivität weitgehend im körperlichen Schmerz aus. Die bildhaften und oft dramatischen Schilderungen stehen im Gegensatz zu den fast emotionslos berichteten Kindheitserlebnissen. Nachlässiges Verhalten eines Arztes erzählt sie unter Tränen. Einladungen, sich tiefer auf den seelischen Schmerz einzulassen, reguliert sie mit ausführlichen Berichten über ihre körperliche Gesundheit.

Die Schmerzen bestimmen die Leistungsfähigkeit und zwingen zu sozialem Rückzug – oder erlauben ihn. So kann die Patientin Nähe/Distanz autonom regulieren. Sie waren in der Ehe auch Schutz vor der Sexualität des Mannes. Sie behindern die Patientin bei allen drei Lebensaufgaben, was sie tief verletzt vor dem Hintergrund des Lebensstilsatzes: »Leben heisst nützlich sein.« Auch deshalb muss sie ihre Krankheits-schilderungen dramatisieren.

Das Persönlichkeitsideal der Patientin besteht darin, als Mensch so angenommen zu werden, wie es bei der Großmutter der Fall war. Sie will sich die Wichtigkeit geben, die sie seither nie mehr erhalten hat. Erst jetzt kann ihre Aussage richtig verstanden werden: »Die Akzeptanz der Schmerzen braucht unglaublich viel Kraft.« Sie käme einem Einverständnis mit der Bedeutungslosigkeit gleich.

## 7.2 Bemerkungen zur Theorie

Jede hier angeführte Sichtweise legitimiert sich, indem sie ein tieferes Verständnis des Falles ermöglicht. Die Feststellung eines »männlichen Protests« – über die Abwehr negativer Affekte beim Therapeuten hinausgeführt – weist auf das Ringen um Bedeutung hin, welches in der sozialen und damit auch in der therapeutischen Interaktion stattfindet. Sich vertieft und unvoreingenommen auf das Individuum einlassen, kann dem Abhilfe leisten: »Nun, ich sagte vorher, dass wir aus der äusserlichen Ähnlichkeit oder Gleichartigkeit von Symptomen niemals einen Schluss ziehen können und dass hier das Wort gilt: Wenn zwei dasselbe tun, ist es nicht dasselbe« (Adler 1931m/2010, S. 465). Das Interaktionsgeschehen mit Migrierten fordert verstärkt dieses Vorgehen sowie ein Interpretieren auf der Metaebene (Sabbioni 2008, S. 360). Nur so kann einer verzerrten Wahrnehmung entgegen gewirkt werden, denn Migrierte können oft – zumindest zu Beginn des Aufenthaltes im Zielland – aus Gründen der Sprachkenntnis kaum über seelische Zustände berichten. Dies verbindet sie mit psychosomatisch Kranken, welche auch nur über eine mangelhafte Symbolisierungsfähigkeit verfügen und im Symptom Leid ausdrücken, ohne direkt über den seelischen Zustand zu sprechen (Mentzos 2010, S. 194f.). So können eine somatoforme Störung und ein »hysterischer« Gesprächsstil entstehen, in deren Folge die betroffenen Menschen in ihrer echten Not zu wenig gehört werden (ebd., S. 100). Dies kann Gefühle von Abhängigkeit und Wünsche nach Autonomie ins Konflikthafte verstärken. Sachse sieht Ähnliches bei Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, welche ein

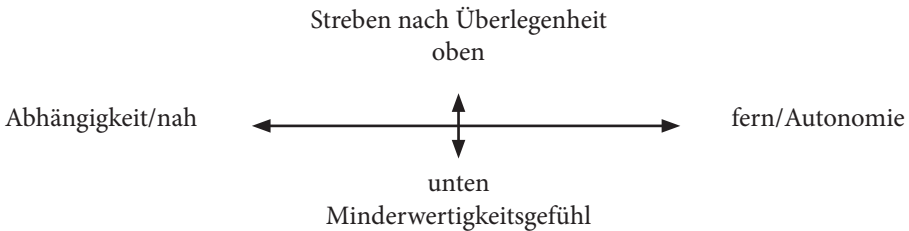
starkes Bedürfnis nach Nähe bei problematischem Bindungsverhalten haben, indem sie »immer ein wenig autonom« (Sachse 2004, S. 50) bleiben. Und Mentzos (1982 S. 124f.) sieht schwere psychosomatische Erkrankungen als eine mögliche Folge des Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes, womit der Problemkreis sich schließen kann.

Hat das Symptom »Schmerz« einen konversionsneurotischen Anteil, ist die Frage nach dem »Warum« (primärer Krankheitsgewinn) zentral (Adler R. 2008, S. 329). Der Körper bietet sich einem Konflikt insofern als nützliches Projektionsfeld an, weil er »ständig zur Verfügung steht und ständig direkt, also von innen, vom Seelischen her beeinflusst und sozusagen im Sinne der jeweils notwendigen Internalisierung oder Externalisierung verwendet wird« (Mentzos 2010, S. 199). Und da für Menschen mit Migrationshintergrund die anderen beiden Projektionsfelder (die Welt der realen Objekte; die Welt der fantasierten Objekte) zumindest zu Beginn der Integration nur reduziert greifbar sind, übernimmt der Körper um so mehr die Funktion der Projektionsfläche. Hieran knüpft Mentzos mit seinem Konzept der sekundären Hysterisierung: »Sehr oft bedient sich der hysterische Modus eines realen Kerns, die Inszenierung baut sich teilweise um eine reale Begebenheit oder um ein – meistens geringfügiges – organisches Leiden auf. Ich spreche dann von einer *sekundären Hysterisierung* etwa bei den Folgen eines Unfalls oder bei einer relativ geringfügigen Wirbelsäulenveränderung« (ebd., S. 98). Dies im Gegensatz zur Psychosomatose, wo erst die Konfliktverarbeitung durch Somatisierung zu nachweisbaren körperlichen Störungen führt. Dieses Konzept erinnert sehr an die Anfänge der Individualpsychologie mit der »Organminderwertigkeit«. Nach der herkömmlichen Ansicht Adlers gäbe es wohl kaum Psychosomatosen, sondern es würde sich stets um eine sekundäre Hysterisierung am »minderwertigen Organ« handeln.

## 8 Schluss

Wird die »Gleichförmigkeit und Bestätigung von zum Teil gängigen theoretischen Annahmen« (Lehmkuhl et al. 2003, S. 307) überwunden, kann Neues entstehen. So besteht eine Verwandtschaft zwischen dem »männlichen Protest« als Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls und dem histrionischen Modus als einem »Mehrscheinen-Wollen« sowie dem Wunsch nach Selbstbestimmung. Die Themen Migration, somatoforme Störung und histrionische Persönlichkeitsstörung verschieben den Akzent zur Autonomie-Abhängigkeits-Problematik hin. Dies überrascht nicht, denn es besteht eine besonders bedeutsame psychische Bipolarität in »der Tendenz zur autonomen Identität, Autarkie, Selbständigkeit einerseits und der Tendenz zur Bindung, Kommunikation, Solidarität, Vereinigung mit dem »Objekt« andererseits« (Mentzos 2010, S. 30). Eife macht auf eine ähnliche Bipolarität bei Adler unter dem Stichwort »doppelte Bezogenheit« aufmerksam. Sie sieht in Adlers Dostojewskij-Vortrag die Pole »isoliertes Helentum« und »Nächstenliebe« (2010, S. 16), welche den Raum bestimmen, in dem sich Dostojewskijs Helden bewegen. Später wird aus der »doppelten Bezogenheit« eine »doppelte Dynamik«, nun mit den Polen »Gemeinschaftsgefühl« und »Streben nach Überlegenheit« (ebd., S. 16). Diese Dynamiken in einer erweiterten

Raummetapher zusammenführend schlage ich eine vertikale Achse mit den Polen »oben – unten« (resp. »Streben nach Überlegenheit – Minderwertigkeitsgefühl«) und eine horizontale Achse mit den Polen »nah – fern« (resp. »Abhängigkeit – Autonomie«) vor.



**Abbildung 1:** Raummetapher »Streben nach Überlegenheit – Minderwertigkeitsgefühl« und »Abhängigkeit – Autonomie«

Dies ermöglicht eine präzisere Erfassung der persönlichen Dynamik. Auf den histrionischen Modus angewendet heisst das, die betreffende Person inszeniert den Schein, näher am jeweiligen Pol zu sein, um das Gefühl der Bedeutungslosigkeit abzuwehren, welches aus der Vorstellung entstehen kann, am »Nullpunkt der Koordinaten« zu liegen. Ein interaktionelles Oszillieren auf der vertikalen Achse macht die Gegenübertragung zum »männlichen Protest« gut nachvollziehbar.

Dieses Schema ersetzt natürlich niemals das präzise Ergründen der individuellen Lebensgestaltung: »Es steckt noch etwas Persönliches, Einmaliges darin [im neurotischen Symptom; PF]. Eine Entscheidung lässt sich mit einer Formel nicht fällen. Je schärfer man solch ein Symptom ins Auge fasst und je mehr man von dem Aufbau seelischer Struktur versteht, umso mehr wird man begreifen, dass es Symptome, die das Gleiche bedeuten, nicht gibt« (Adler 1931m/2010, S. 465).

## Literatur

- Adler, A. (1908e/2007a): Die Theorie der Organminderwertigkeit und ihre Bedeutung für Philosophie und Psychologie. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 1, hg. v. A. Bruder-Bezzel. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 51–63.
- Adler, A. (1910c/2007a): Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. Zur Dynamik und Therapie der Neurosen. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 1, hg. v. A. Bruder-Bezzel. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 103–113.
- Adler, A. (1911c/2007a): Über männliche Einstellung bei weiblichen Neurotikern. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 1, hg. v. A. Bruder-Bezzel. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 181–212.

- Adler, A. (1911d/2007a): Beitrag zur Lehre vom Widerstand. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 1, hg. v. A. Bruder-Bezzel. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 213–222.
- Adler, A. (1913a/2010): Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 57–77.
- Adler, A. (1926k/2010): Die Individualpsychologie als Weg zur Menschenkenntnis und Selbsterkenntnis. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 250–269.
- Adler, A. (1929f/2010): Die Individualpsychologie in der Neurosenlehre. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 346–354.
- Adler, A. (1930n/2010): Grundbegriffe der Individualpsychologie. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 373–383.
- Adler, A. (1931m/2010): Symptomwahl beim Kinde. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 461–481.
- Adler, A. (1933b/2008b): Der Sinn des Lebens. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 6, hg. v. R. Brunner & R. Wiegand. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 23–176.
- Adler, A. (1934h/2010): Körperliche Auswirkungen seelischer Störungen. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 572–580.
- Adler, R. H. (2008). Schmerz. In: Uexküll et al. (Hg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer, S. 321–339.
- Bruder-Bezzel, A. (2007a). Einleitung zu: Adler, A.: Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. Zur Dynamik und Therapie der Neurosen. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 1, hg. v. A. Bruder-Bezzel. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 103f.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Göttingen: Hans Huber.
- Eife, G. (2010). Einleitung. In: Alfred Adler Studienausgabe, Bd 3, hg. v. G. Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 9–56.
- Fiedler, P. (2007<sup>6</sup>): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz.
- Hegemann, T. (2004): Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In: von Wogau, J.; Eimmermacher, H.; Lanfranchi, A. (Hg.): Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz, S. 79–91.
- Kalpaka, A. (2004): Umgang mit »Kultur« in der Beratung. In: von Wogau, J. R.; Eimmermacher, H.; Lanfranchi, A. (Hg.): Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz, S. 31–44.
- Khoshrouy-Sefat, H. (2007): Migration und seelische Krankheit. Z. f. Individualpsychol. 32: 245–264.
- Lanfranchi, A. (2004): Migration und Integration – Gestaltung von Übergängen. In: von Wogau, J. R.; Eimmermacher, H.; Lanfranchi, A. (Hg.): Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz, S. 13–30.
- Lanfranchi, A.; von Wogau, P.; Eimmermacher, H. (2004): Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den Sozial- und Gesundheitssystemen. In: von Wogau, J. R.; Eimmermacher, H.; Lanfranchi, A. (Hg.): Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz, S. 104–120.
- Langewitz, W.; Degen, L.; Schächinger, H. (2008): Funktionelle Störungen – somatoforme Störungen. In: Uexküll et al. (Hg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer, S. 749–795.
- Lehmkuhl, G.; Breuer, U.; Lehmkuhl, U. (2003): Individualpsychologische Fallgeschichten – Theoretische und praxeologische Aspekte in Abschlussarbeiten. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): Beiträge zur Individualpsychologie, Band 29: Wie arbeiten Individualpsychologen heute? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 285–310.
- Louis, V. (1975<sup>2</sup>): Einführung in die Individualpsychologie. Schriftenreihe Erziehung + Unterricht, Heft 6. Bern und Stuttgart.
- Morschitzky, H. (2007<sup>2</sup>): Somatoforme Störungen. Wien: Springer.
- Mentzos, S. (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. München: Kindler.
- Mentzos, S. (2010<sup>4</sup>): Lehrbuch der Psychodynamik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- MSD Sharp & Dohme GmbH (Hg.) (1993<sup>5</sup>): MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. Deutsche Bearbeitung: Prof. Dr. K. Wiemann. München: Urban & Schwarzenberg.
- Sabbioni, M. E. E. (2008): Migration und Krankheit. In: Uexküll et al. (Hg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer, S. 355–367.



Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Sandweg, R.; Finkbeiner, G. F. (2008): Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane. In: Uexküll et al. (Hg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer, S. 1127–1139.

**Korrespondenzadresse:** Peter Fräfel, Hofwiesweg 7, CH-9050 Appenzell, Schweiz; E-Mail: pfraefel@gmx.ch