

Gisela Eife

Eine „strukturelle Störung“ – individualpsychologisch verstanden und behandelt

In: Z. f. Individualpsychol. 34, 190-204, 2009

Eine „strukturelle Störung“ – individualpsychologisch verstanden und behandelt 1

Eine negative Übertragung nach wenigen Sitzungen 4

Ein Prozess der projektiven Identifikation 5

Adlers Psychodynamik oder Lebensstil 6

Veränderungen in der Therapie 11

Erste Veränderung: "Jetzt fühle ich mich alt, erwachsen und allein." 11

Zweite Veränderung: Die Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung 13

Dritte Veränderung: "Sie haben mir zu meinem alten unbeschwerten Lebensgefühl verholfen" 13

Vierte Veränderung: Die Schockwelle löst sich auf. 13

Fünfte Veränderung: „Es will nicht“ und der Sprung in die Aktivität 14

Zusammenfassung 14

Literatur 16

Zusammenfassung

Dieser Beitrag zeigt, wie eine Patientin mit einer strukturellen Störung individualpsychologisch verstanden und behandelt werden kann. Wenn ich auf Einzelheiten fokussiere, benutze ich die differenzierten Beschreibungen der strukturbezogenen (Rudolf 2006) und entwicklungsbezogenen (Fonagy 2004) Behandlungsanweisungen. Adlers Psychodynamik bietet ein einigendes Band und eine einzigartige Perspektive für das Verstehen der individuellen Lebensbewegung der Patientin.

Summary

This paper shows how a patient with a structural deficiency can be understood and treated by Individual Psychology. While focussing on details I use the differentiated descriptions of structure- (Rudolf 2006) and development-based (Fonagy 2004) treatment principles.

However, Adler's dynamic view provides a unifying and unique perspective on the lifestyle of the individual.

Ich berichte von einer Patientin mit einer „strukturellen Störung“ (Rudolf 2006, S. 170), die in ihrer Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy 2004) gestört war und in mancher Hinsicht eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweist. Die Psychodynamik der Patientin stelle ich aus der Perspektive der Individualpsychologie dar. Adlers Psychodynamik bietet ein einigendes Band für das Verstehen der Lebensbewegung der Patientin. Dieses Verständnis des

Gesamtzusammenhangs wird durch eine innere Analyse der Therapeutin (Eife 2005a, S. 97) gewonnen. Sobald ich auf Einzelheiten fokussieren will, brauche ich die Ausarbeitungen anderer psychoanalytischer Richtungen. In diesem Fall halfen mir die detaillierten Beschreibungen von Rudolf und Fonagy. Ich muss mich nicht für oder gegen eine Theorie entscheiden; ich hole mir bei beiden, was mir für das Verständnis eines bestimmten Phänomens bei meiner individuellen Patientin hilfreich erscheint. „Das *wissenschaftliche* Ziel ist, das zu erfassen, worin sich die Menschen unter gleichen Bedingungen gleichen, so dass man die Individuen unter Klassifizierungen, Gesetzmäßigkeiten und Therapietechniken einordnen kann“ (Eife/Witte 2006, S. 38). Aber ich messe bei meiner Patientin nicht den Reifegrad ihrer Mentalisierung oder ihrer Struktur, unterwerfe sie nicht der Norm von „objektiven“ wissenschaftlichen Kriterien, sondern durch die Beschreibungen von Rudolf und Fonagy erweitere ich meine Wahrnehmung und mein Verstehen, wie die Patientin sich und die Welt erlebt, und passe meine therapeutische Vorgehensweise entsprechend an. Obwohl Kristin White (2006, S. 237) zunächst das Problem in der Psychoanalyse darstellt: „Können die Psychoanalyse und die Bindungstheorie als gleichberechtigtes Paar im analytischen Haus zusammenleben?“, scheint sie mir in ähnlicher Weise wie ich die Beschreibungen von Fonagy für ihre Therapien zu nutzen.

Vorgeschichte

Infolge einer schweren Erkrankung der ersten Therapeutin musste sich die 35-jährige Patientin nach 212 Sitzungen eine neue Therapeutin suchen und kam zu mir. Nach weiteren 308 (also insgesamt 520) Sitzungen war die Therapie beendet.

Symptomatik

Wegen Selbstverletzungen kam sie in ihre erste Therapie. In dieser Therapie habe sie meist eine halbe Stunde geschwiegen. Es kam noch zu zwei weiteren Selbstverletzungen in der ersten Therapie, dann habe sich der innere Druck etwas vermindert. Aber nun sei die Mutter seit einigen Monaten psychisch krank; sie rufe dauernd an, wolle, dass die Patientin sich um sie kümmere. Das setze sie wieder total unter Druck; sie habe Mitleid, unglaubliche Wut und heftige Schuldgefühle. Die Mutter sei wie ein Kind, das nie Verantwortung übernehme, weder für sich noch für andere. Aber seit dem Krebstod ihrer Tante habe sie kein Zuhause mehr, habe nur noch die Mutter.

Nach dem plötzlichen Ende der ersten Therapie fühle sie sich orientierungslos. Sie leidet immer wieder an überflutenden Ängsten, Todesphantasien und Impulsen, sich selbst zu verletzen. Aggressionsdurchbrüche (von mörderischer Wut) erschrecken die Patientin. Als ein

Mann in der U-Bahn sie anrempelte, kam es zu Handgreiflichkeiten, so dass ein Dritter beide auseinander ziehen musste. Solche Ausraster hatte sie schon einige Male.

Anamnese

Die Patientin wuchs im ersten Jahr bei einer jungen unreifen drogensüchtigen Mutter und einer Tante auf; die folgenden Jahre nur bei der Tante. Diese ältere Schwester der Mutter, eine alleinstehende Frau, war meist schlecht gelaunt und erzog sie mit Härte. Die Großeltern, Flüchtlinge und Analphabeten, waren ein bis zwei Jahre vor Geburt der Patientin gestorben. Die Mutter der Patientin war mit 15 Jahren von Zuhause ausgerissen, in die Drogenszene geraten und wurde schwanger von einem Mann, der wegen Hehlerei ins Gefängnis kam. Von diesem leiblichen Vater der Patientin wurde nie gesprochen; er war für Mutter, Tante und Patientin nicht mehr existent. In der Schwangerschaft sei die Mutter der Patientin zu ihrer Schwester gezogen und habe keine Drogen genommen. Mutter und Tante wollten das Kind gemeinsam aufziehen. Da die Mutter immer wieder für Tage nicht nach Hause kam und sich nicht meldete, kam es zum endgültigen Bruch. Die Patientin blieb bei der Tante und wurde, wenn diese zur Arbeit ging, von wechselnden Pflegefamilien betreut. Erst mit acht Jahren sah die Patientin die Mutter wieder und verstand nicht, warum sie nicht bei ihr bleiben konnte. Von der Tante hörte sie: "Du bist deiner Mutter egal", wogegen sich die Patientin vehement wehrte. Von der Mutter hörte sie: "Sobald du 16 Jahre alt bist, kannst du zu mir kommen." Die Patientin konnte es der Tante nie recht machen. Sie passte sich einigermaßen an, aber in der Schule war sie aufsässig, galt als schwer erziehbar. Das Jugendamt schaltete sich ein und veranlasste, dass die Patientin in ein Heim mit strengen Nonnen kam. Die Patientin habe dort viel geweint. Die Mutter holte sie im Alter von zwölf Jahren aus dem Heim und brachte sie wieder zur Tante. Im Alter von sieben Jahren ist die Patientin missbraucht, und als Jugendliche ist sie mehrmals vergewaltigt worden. Mit 16 Jahren Alkohol, Kiffen und Schlägereien; die Patientin wurde so destruktiv, dass sie Angst vor ihrer Kraft und ihrem Hass bekam; sie hätte andere umbringen können. Von dem Moment an wehrte sie sich nicht mehr, ließ sich alles gefallen. Mit 19 Jahren fand sie die Mutter, wie diese völlig unter Drogen stand; dies war wie ein Schock. Sie vermutete, dass man sie da hineinziehen wollte, und entwickelte paranoide Ängste. Die Mutter lebt heute in einer Abhängigkeitsbeziehung zu einem Mann, fast in einer Form von Hörigkeit. Sie lebe in einer Scheinwelt. Wenn sie die Mutter mit der Wahrheit konfrontieren würde, würde diese zusammenbrechen oder ausweichen und lügen. Die Patientin machte eine Ausbildung und bekam eine Arbeitsstelle. Der Umgang mit dem Chef, den Kollegen und Kolleginnen war konflikthaft. Sie hatte

lesbische und heterosexuelle Beziehungen. Zur Zeit der Therapie lebte sie zusammen mit einer älteren Freundin.

Eine negative Übertragung nach wenigen Sitzungen

Noch während der probatorischen Sitzungen entwickelte sich eine heftige negative Übertragung. Die Patientin wurde zunehmend unsicher, ob sie sich mir überlassen dürfe. Sie setzte vieles aus ihrer Anamnese voraus und war enttäuscht, wenn ich manches nicht wusste und mich noch nicht einfühlen konnte. Ich selbst fühlte mich überfordert wie eine Mutter, die eine Jugendliche adoptiert hat. Die Patientin rebellierte. Meine Deutung, sie fühle sich wohl zerrissen zwischen ehemaliger Therapeutin, die ihr Halt gegeben habe, und neuer Therapeutin bestätigte sie. Sie äußerte die Absicht, mit der Therapie aufzuhören. Nach weiteren Sitzungen griff sie mich an: „Sie sind nicht offen, sagen nicht, ob Sie aufhören wollen.“ Ich: „Sie hatten doch schon entschieden, dass Sie nicht weitermachen wollen. Ich selbst weiß noch nicht, ob wir aufhören sollen, das schwankt.“ Patientin in versöhnlichem Ton: „Bei mir schwankt es auch.“ Ihre Stimme klang erleichtert und zustimmend. Ich hatte (auch) ihre Befindlichkeit ausgedrückt, und sie fühlte sich wohl in dieser Befindlichkeit mit mir vereint. Der rasche Stimmungswechsel war für die Patientin kennzeichnend. Die heftige negative Mutter-Übertragung löste sich etwas, als die Patientin fragte, ob ich neue helle Vorhänge hätte – nun fiel ihr auf, dass sie immer gedacht hatte, ich hätte schwere grüne Samtvorhänge wie ihre Mutter.

Mein Kommentar: Zu Beginn der Therapie waren Fragen nach der Lebensgeschichte notwendig; aber auch danach ließ ich innerhalb der ersten Monate die Patientin nicht ins Schweigen versinken, sondern verführte sie zum Reden. Dadurch weckte ich in der Patientin eine Sehnsucht wie eine Verheißung und wurde zur verführenden Mutter, die ihr viel versprochen, aber nichts gehalten hatte.

Meine Gegenübertragung (begrifflich weit gefasst, einschließlich meiner eigenen Gefühle): Ich fühlte mich auch zerrissen zwischen Gefühlen von Wut, Ärger und Enttäuschung, Trauer und Resignation, wenn die Patientin mich angriff und meine Bemühungen nicht anerkannte. Meine Intervention, in der ich zuerst der Bewegung der Patientin folgte – sie habe entschieden zu gehen – und dann mein eigenes inneres Schwanken benannte, erinnert an den Vorgang, den Fonagy (2004, S. 295) „Markierung“ nennt; ich erkannte das Gehenwollen und die Wut, die in diesem Akt lag, an, modifizierte aber durch die Markierung den Inhalt ihres Erlebens, etwa ihr Erschrecken über die eigene Wut, indem ich gleichzeitig auf ihr Erleben eingehe und Distanz dazu habe.

Ein Prozess der projektiven Identifikation

Im weiteren Verlauf stellte sie alles infrage, bezweifelte lange Zeit, ob die Therapie ihr hilfreich sei, denn Wissen sei schädlich. Die Patientin verübelte mir, dass sie ihre Illusion über die Mutter nicht beibehalten konnte, weil ich die Drogenabhängigkeit der Mutter als (ohne therapeutische Hilfe) unveränderliche Tatsache benannt hatte. Patientin: „Was man nicht weiß, da kann man keine Angst davor haben. Was nicht in meinem Kopf drin ist, kann keinen Schaden anrichten. Sobald ich wusste, dass Mutter Drogen nimmt, bekam ich Angst vor ihr, vorher nicht. Die Erkenntnis, dass Mutter keine Mutter ist, war wie ein Stromschlag. Ich weiß halt nicht mehr, woran ich mich halten soll, an das, was Mutter beteuert oder was sie tut. Früher hatte man Ausreden, Entschuldigungen, konnte immer noch denken, Mutter liebt mich.“

Die Patientin fühlt sich nicht verstanden, will wieder mit der Therapie aufhören: "Sie sind nicht verlässlich – ich kann kein Beispiel bringen. Mutter war so einfühlsam; sie sagte, es wird schon alles gut, wir kaufen bald ein Haus, dann ziehst du zu uns. Nichts davon war wahr. In mir geht es zu wie bei einer Salatschleuder. Ich hätte schon gerne, wenn Sie die Führung übernehmen. Ich will halt, dass Sie mir sagen, was mit mir los ist.“ Das Zweifeln und Aufhörenwollen wiederholt sich, bis ich wütend und frustriert bin und an Abbruch denke. Es wiederholt sich weiterhin, bis ich ratlos sage: „Ich weiß nicht weiter, die Therapie ist nicht hilfreich.“ Da sagt die Patientin: „Doch, auf jeden Fall, zum Beispiel, dass ich mehr Verantwortung für mein Leben übernehme. Ich kann den Kollegen jetzt sagen, was mich kränkt. Früher habe ich zu 100% alles geschluckt, jetzt nur noch zu 80%. Vielleicht muss man mich erst anschießen, damit ich etwas sage. Sie haben mich in voller Breitseite erwischt.“

Mein Kommentar: Auf einer Ebene behandelte die Patientin mich, wie sie selbst von ihrer Tante behandelt worden war: Sie war mit mir unzufrieden, und ich konnte ihr nichts recht machen. Sie wollte eine Führung und Fürsorge von mir erzwingen und gleichzeitig machte sie es mir unmöglich, hilfreich zu sein. Auf einer anderen Ebene richtete die Patientin Erwartungen an mich, die von ihr selbst, wohl aus Angst vor Abhängigkeit und Hörigkeit, abgewehrt wurden. Der Kern ihres traumatischen Erlebens war berührt worden, weil die Hoffnung auf Bedürfnisbefriedigung und Lebendigkeit an die idealisierte Mutter-Beziehung gebunden war. Durch die unbewusste Gleichsetzung von emotionaler Lebendigkeit mit verführerischem Schein, mit Unzuverlässigkeit und der Gefahr von Hörigkeit blieb die Patientin lange gefangen in einer misstrauischen bis feindseligen Haltung. Nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip stellte sie alles in Frage, bezweifelte, ob die Therapie ihr hilfreich sei und überlegte, aufzuhören. Es kam zu einem Prozess, den ich in der nachträglichen Analyse des

Geschehens als projektive Identifikation erkannte. Der Verlauf der letzten Sequenz zeigt, wie die Patientin sich sichern musste (oder die Abwehr agierte), solange bis ich gegenüber dem machtvollen Zweifel und der Unzufriedenheit der Patientin selbst ratlos wurde und nicht mehr weiter wusste. Die Krise (für uns beide) bestand darin, dass die Patientin mich beinahe verlassen hätte, um sich vor einer befürchteten Re-Traumatisierung zu sichern, dass sie nämlich von der „nicht verlässlichen“ Therapeutin verlassen würde. Nun konnte die Patientin sagen, dass ihr die Therapie hilfreich war und dies an äußeren Begebenheiten belegen. Es war der Beginn der Integration ihrer traumatischen abgespaltenen Gefühle des Alleingelassenwerdens. Aber ihr inneres Erleben konnte sie noch kaum differenzieren.

Adlers Psychodynamik oder Lebensstil

Bevor ich im Therapieverlauf fortfahre, möchte ich den konkreten Lebensstil (Adler 1913a/1974a, S. 53) der Patientin formulieren, wie er sich mir in der „Mitbewegung“ (Heisterkamp 1996) mit der Patientin im Verlauf der Therapie dargestellt beziehungsweise wie er von Patientin und mir gemeinsam in den verschiedensten Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen konstruiert worden ist. Manches ist mir freilich erst nach der Therapie in dieser Klarheit aufgegangen.

Einschätzung des Erlebens

Es ist zu vermuten, dass die Bedürfnisse der Patientin in der frühen Kindheit nach verlässlicher Fürsorge, nach emotionaler Resonanz und Spiegelung nur unzureichend befriedigt werden konnten, was zur Beeinträchtigung der Mentalisierung (Fonagy 2004, S. 105) und der strukturellen Funktionen (Rudolf 2006) führte. Im Alter von einem Jahr wurde die Patientin von der Mutter verlassen, später nach jedem Besuch, bei dem die Patientin nie wusste, wann sie die Mutter wieder sehen würde. Diese Verlassenheitserfahrungen müssen für das Erleben der Patientin überwältigend gewesen sein. Gegenüber den Trennungen und gegenüber der in ihrer Strenge erstarrten Tante erlebte sie eine totale Machtlosigkeit. Das, was sie passiv erfahren hat, konnte sie emotional nicht ertragen. Sie verstand sich selbst, die Mutter und „die Welt“ nicht, und niemand erklärte es ihr. In ihr entstand ein emotionales Chaos, das in keiner emotionalen Resonanz und Spiegelung eine Beruhigung finden konnte. So erlebte sich die Patientin auch später verloren, ohne Orientierung, abgeschnitten von einer Welt, die sie nicht verstand. Diese emotionale Verwirrung führte in der Grundschule dazu, dass sie nicht verstand, was die Lehrerin von ihr wollte, und sie beinahe auf die Sonderschule gekommen wäre. Die unterschiedlichen Beziehungserfahrungen, einschließlich des Missbrauchs und der Vergewaltigung, übertrug die Patientin nicht nur auf einzelne Personen, sondern sie beschreiben, wie die Patientin ganz global die Welt erlebte. Diese Welt, die nicht

passiv verinnerlicht wird, sondern in aktiv verarbeitender Weise introjiziert wird, wurde für die Patientin zur „bösen Brust“ nach Melanie Klein, die der Patientin alle Lebensmöglichkeiten verweigert. Vor diesem "Introjekt" war die Patientin ein "Nichts", sie zählte nicht, es gab sie nicht einmal.

Ziel

Was ist das fiktive Ziel der Patientin, ihr „teleologisches Kunststück der Seele, die nach Orientierung sucht“ (Adler 1914h/1974a, S. 24)? Was ist das konkrete unbewusste Persönlichkeitsideal der Patientin, von dem Adler sagt, dass es die „Einheit der Persönlichkeit“ (Adler 1923c/1982a, S. 34) herstellt? Zur Mutter hin erlebte sie Sehnsucht wie einen Sog, der sich später als illusionär herausstellte. Das bedeutet, die Patientin träumt sich in eine heile Welt, und jedes Mal, wenn sie eine Enttäuschung erfährt, ist sie voller Wut und Rache, weil die Enttäuschung für sie existenziell vernichtend ist. Ihr Persönlichkeitsideal ist eine Phantasie der Verschmelzung mit einem Sehnsuchtsobjekt, eine Fiktion von Sicherheit und basaler Fürsorge, um vor dem Verlassen- und Vernichtetwerden sicher zu sein. Diese basale Fürsorge fordert sie, auch aggressiv, für sich ein, will sie erzwingen, aber fordert sie auch von sich selbst.

Nach Adler ist aber das Individuum nicht nur sein Persönlichkeitsideal oder seine Selbststruktur. Da der individuelle Mensch zum Teil auch Schöpfer seiner Persönlichkeit ist, betrachtet ihn Adler als Künstler und Kunstwerk zugleich. „In diesem Sinne ist jeder Mensch ein Künstler, denn er hat aus irgendwelchen angeborenen Faktoren und Möglichkeiten etwas geschaffen. Sein seelisches Bild ist daher auch eine Einheit“ (Adler 1926k/1982a, S. 136). Von der Struktur der Persönlichkeit als einem Kunstwerk fragt Adler zurück auf die schöpferische Kraft des Künstlers: Das geschaffene Kunstwerk ist sichtbar, der Künstler dahinter bleibt verborgen, auch dem therapeutischen Zugriff entzogen. Nun könnte man sagen: Das sind weltanschauliche Fragen, was ergibt sich praktisch daraus? Dass Individualpsychologen auch dort noch „den schaffenden Künstler dahinter“, also schöpferische Kräfte vermuten und in der Therapie aufspüren, wo Defizite, Traumata und Entwicklungsstörungen dominieren. Eine Stabilisierung des Kunstwerks, der Selbststruktur wäre die Festigung einer Fiktion. "Wird das Konzept der Selbststabilisierung und Selbstsicherung zum Dogma erhoben, ist die Psychose nahe" (Witte 1996, S. 195). Demgegenüber liegt im Vertrauen auf die schöpferischen Kräfte die oft diskreditierte Ermutigung, von der Adler in seinen letzten Jahren immer wieder spricht (Adler 1936l/1983a S. 139).

Schöpferische Bewältigung

Wie versucht die Patientin ihr unbewusstes Ziel zu erreichen? Ihr Streben nach Überwindung ihrer traumatischen Ausgangslage lässt drei Leitlinien erkennen. Die erste dient der Sicherung vor Retraumatisierung: Das unerträglich Erleben von Verlassenwerden, von Härte und Gewalt dissoziierte sie. Dadurch ist sie in ihren tiefen Erlebenschichten nicht mehr erreichbar, auch für sie selbst nicht. Sie spürt dann keine Bedürfnisse oder Wünsche. Vorherrschend ist eine emotionale Verwirrung, mehr noch, ein Nicht-Verstehen, eine unzureichende Reflexionsfähigkeit (Fonagy 2004, S. 39) und Mentalisierung. In diesem Nichtverstehen fallen psychische Traumatisierung (das emotionale Chaos der Patientin) und psychische Verarbeitung (in Form eines zutiefst unbewussten Nicht-Verstehen-Wollens als Sicherung vor einer unerträglichen Wahrheit) zusammen.

Die zweite und dritte Leitlinie gehören im engeren Sinn zum Überwindungsstreben. Bei der zweiten Leitlinie kommt es zu einer Entleerung der eigenen Bedürfnisse, und die Patientin überlässt sich den Erwartungen und Bedürfnissen des Anderen. Dadurch kann sie teilhaben an dessen Zufriedenheit; darin sind dann beide vereint. Dieses Sich-Überlassen überlässt dem Anderen die Führung und weckt im Idealfall im Anderen auch das fürsorgliche Verständnis für sie selbst. Dadurch macht sich die Patientin vom Anderen so abhängig, dass es wie die Rückkehr in einen imaginären Uterus (Reinert 1996, S. 45) wirkt. Sie versucht eine Geborgenheit und Nestwärme herzustellen, die sie in ihrer Kindheit nie hatte. Diese Leitlinie versucht fiktiv eine basale Fürsorge und Vereinigung mit dem Anderen zu bewirken. Die dritte Leitlinie dient der Manipulation des Anderen, indem die Patientin dieses subtil regulierte, aber extrem störbare Beziehungs- und Übertragungsgefüge konstruiert. Was möchte die Patientin mit ihrer Manipulation erreichen? Sie möchte nicht nur versorgt sein, um ihre basalen Sicherheitsbedürfnisse zu befriedigen, sondern sie möchte auch deswegen versorgt werden, um jede eigene Lebensäußerung und Aktivität zu vermeiden.

Warum will sie jede eigene Lebensäußerung vermeiden? Als ich die Patientin in der letzten Therapiephase, als sie ihre Befindlichkeit mehr spürte und in Worte fassen konnte, einmal fragte, was denn ihre eigenen Bedürfnisse seien, antwortete sie: „Diese Frage stellt sich für mich nicht, weil es nicht um mich geht.“ Die Antwort erschütterte mich. Es ging also nicht um einen falschen Schritt und um Schuldigwerden, sondern die Frage ihrer Eigenaktivität stellte sich nicht. Dies zeigt das Ausmaß der Entwicklungshemmung durch das Introjekt (die introjizierte pathogene Beziehung oder unsichere/desorganisierte Bindung), das als Defekt oder zutiefst unbewusste Sicherungstendenz angesehen werden kann. Wenn wir individualpsychologisch die Sicherungstendenzen der Patientin bejahen und im Bereich des impliziten Gedächtnisses ansiedeln, also in einem Bereich zutiefst unbewusster, nie

verbalisierter Erfahrungen, dann spielt es keine Rolle, ob es sich um einen genetischen oder frühen Entwicklungsdefekt handelt oder um eine frühe nonverbale Aktivität der Sicherung. Dabei kann das Kind aufgrund seiner schon schwach ausgebildeten Mentalisierungsfähigkeit keine Bestätigung seiner intentionalen Haltung erleben; „es kann kein Bewusstsein dafür entwickeln, dass es selbst seine Handlungen erzeugt oder sich innerlich zu ihnen bekennt“ (Fonagy 2004, S. 71).

Auf einer eher neurotischen Erlebenschicht wäre es auch denkbar, dass die Patientin sich in ihrer Eigenaktivität blockiert, weil sie ihr aggressives Potential und ihre antisozialen Tendenzen verbergen will, die sie in der Jugend in sich gespürt hat, in ihren Impulsdurchbrüchen immer noch spürt und die sie wie ein Erbe von Vater und Mutter in sich befürchtet.

Aus ihrer Machtlosigkeit und ihrem Nicht-Verstehen macht die Patientin also unbewusst eine sichernde Strategie: Sie ist scheinbar nicht mehr hilflos ausgeliefert, sondern es liegt an ihr, wie sie ihr Ziel erreicht. Sie versucht das Ziel mit Hilfe einer inneren notfallmäßigen Entleerung und der subtilen Manipulation des Anderen zu erreichen. Wenn der Andere sich nicht so manipulieren lässt, wie sie möchte, treffen ihn ihre Aggressionen, Entwertung und Kritik.

Wenn die Patientin mit ihrer Strategie scheitert, fühlt sie sich orientierungslos oder rastet aus mit mörderischer Wut. Die Patientin leidet aber nicht nur, wenn ihre Strategie scheitert, sie leidet auch an ihrer Strategie, weil diese sie vom Leben abschottet. Einmal hatte die Patientin kurz das Gefühl, ihre Zunge und ihr Mund seien riesig, so als wenn sie nur noch aus Mund und Sprechen bestünde, alles andere wäre ausgeschaltet. Patientin: „Das Gefühl, es ist wie bei einem Tier, das sich tot stellt in Gefahr. Dieses Gefühl hatte ich bei der ersten Therapeutin oft und lange anhaltend, bei Ihnen ging es zurück. Als sei es so viel, was ich zu sagen hätte.“ Im Bild des riesigen Mundes ist der stumme Schrei zum Ausdruck gebracht, um aus dem unerträglichen Abgeschlossenheit wieder herauszukommen.

Methodische Vorgehensweise

Die gemeinsame Erkundung ihres Lebensstilmusters im therapeutischen Prozess, die Einschätzung ihres traumatischen Erlebens, ihres Persönlichkeitsideals und ihrer Sicherungstendenzen, dies ist die wesentliche methodische Vorgehensweise. Es handelt sich um einen intersubjektiven und interpersonalen Ansatz (Eife 2006, S. 10), denn in der „Art der Bindungen und Bezogenheiten“ erhält der Lebensstil seine „eigenartige Stilisierung“ (Antoch 2006, S. 347). Die Vorgehensweise in jedem Moment der therapeutischen Sitzung hängt davon ab, welches subjektive Erleben der Patientin im Vordergrund zu sein scheint. An den

folgenden Therapiesequenzen wird deutlich, dass ich die strukturellen Funktionsstörungen der Patientin damals nur ahnte, noch ohne die Ausführungen von Rudolf und Fonagy zu kennen. Dort fand ich meine intuitive Vorgehensweise später differenziert beschrieben, zum Beispiel: Spiegelnde Äußerungen, aufzeigende Interventionen, Chronist sein für die Erfahrungen der Patientin (Rudolf 2006, S. 133), möglichst gemeinsam sprachliche Bilder für das zunächst wortlose Erleben der Patientin schaffen, Muster des Erlebens und Verhaltens herausarbeiten (ebd. S. 135). Wenn Rudolf von Mustererkennung spricht, so entspricht dies in einer mehr umfassenden Form dem Lebensstilmuster, das wir erforschen (Eife 2005b, S. 27). Dabei stellen wir uns kontinuierlich die Frage, welche inneren seelisch-geistigen Zustände sowohl in der Patientin wie in uns selbst erklären können, was jetzt gerade geschieht. Warum sagt die Patientin dies jetzt? Warum verhält sie sich so? Warum fühle ich, wie ich mich gerade fühle? Was ist kürzlich in der Therapie oder in unserer Beziehung geschehen, das den gegenwärtigen Zustand rechtfertigt? Wir versuchen immer wieder zu verstehen: Was ist für die Patientin verwirrend, „wie kann man darin einen Sinn entdecken und wie kann man es klären“ (Bateman 2004, übers. G.E., S. 203)? Wenn ich in dieser Weise das Lebensstilmuster erforsche, fördere ich die Mentalisierung. Dabei ist meine Flexibilität, mein Aushalten der Position des „Nichtwissens“ gefordert, damit ich nicht vorschnell Hypothesen bilde, sondern spielerisch damit umgehe, sodass die Patientin an mir erfährt, dass man „mit der Realität“, „mit Ideen spielen“ kann (ebd. S. 206).

Aber zunächst muss ich der Patientin helfen, ihre emotionalen Zustände zu verstehen. Dabei hilft mir meine Einfühlung (konkordante Gegenübertragung), mit der ich das Verhalten der Patientin „lese“ und in einer ergänzenden abgestimmten Weise antworte, die wiederum (*in turn*) von der Patientin "gelesen" (Bateman 2004, übers. G.E., S. 211) wird, ein „wechselseitiges Sich-ineinander-Hineinversetzen“ (Stern 2005, S. 88), das zu einer „impliziten Mentalisierung“ führt mit einem klaren „Markieren der Erfahrung durch den Therapeuten“ und einer „gleichermaßen impliziten Antwort des Patienten“ (Bateman 2004, übers. G.E., S. 211). Bateman und Fonagy beschreiben hier die Identifikation der Therapeutin mit der Patientin, was Adler so wunderbar ausdrückt: „Mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen" (Adler 1928f/1982a, S. 79).

Auch verbal muss ich die Gefühlszustände der Patientin benennen und sie „befähigen, diese emotionalen Zustände in den gegenwärtigen Kontext zu stellen mit einem Narrativ, das sie verbindet mit der nahen oder fernen Vergangenheit“ (Bateman 2004, übers. G.E., S. 205). Genau dies tun wir mit der Lebensstilanalyse: Wir schaffen ein „therapeutisches Milieu“, in

dem die Erfahrungen der Patientin umgeformt werden „von Verwirrung zu Bedeutung und Sinn“ (ebd. S. 205), auch in der Weise, wie sich der Lebensstil in der therapeutischen Beziehung zeigt und auswirkt. Dabei wird die Aufmerksamkeit der Patientin auf die Erfahrung der Therapeutin gelenkt. Indem die Kluft zwischen der primären affektiven Erfahrung der Patientin und der symbolischen Repräsentanz überbrückt wird, kann sich der reflexive Prozess entwickeln.

Veränderungen in der Therapie

Erste Veränderung: "Jetzt fühle ich mich alt, erwachsen und allein."

Die therapeutische Arbeit war viele Monate lang sehr schwierig, weil die Patientin kaum etwas sagte. Sie fing an, von einem Beziehungskonflikt zu sprechen, zwei Sätze, dann schwieg sie. Auf mein Nachfragen verstummte sie völlig. Ich hatte den Eindruck, ich nervte sie, wenn ich nachfragte; wenn ich aber nichts sagte, war sie verzweifelt. Wie die Patientin fühlte ich mich genervt, verzweifelt und ratlos.

Auf die Frage nach Gefühlen und Phantasien verfiel die Patientin in langes Schweigen, zuckte die Achseln, sie wisse es nicht. Die Gedanken seien weg, wenn die Patientin sie formulieren wolle. Das Ausmaß dieser Störung kam im Satz der Patientin zum Ausdruck, sie sei in der Therapie einer Situation ausgeliefert, die sie nicht selbst herbeigeführt habe.

Für mich war dies ein Schlüsselsatz. Ich verstand diesen Satz so, als fasse er die Lebenssituation der Patientin zusammen und bringe ihr Erleben auf den Punkt. Die Patientin war von der therapeutischen Situation genauso wie früher von der Situation in der Kindheit überfordert, verwirrt und orientierungslos. Spürbar war ein ausgeprägtes emotionales Nichtverstehen. Deshalb wollte die Patientin, dass ich sage, was sie tun sollte und dass ich sie ohne Worte verstehe.

Das Nichtverstehen war Ausdruck einer Beziehung zu sich und der Welt, in der die Patientin sich überfordert fühlte und nichts verstand. Die Therapiesituation ebenso wie die Beziehungen draußen erschienen ihr zu schwer zu verstehen und zu ertragen; so wie sie als Kind nicht verstehen konnte, warum sie nicht bei der Mutter leben konnte – niemand hatte es ihr erklärt. Dieses ohnmächtige Gefühl von emotionalem und dadurch auch kognitivem Nichtverstehen stellte eine Behinderung dar, die sich auch in der Schule wiederholt hatte: Die Patientin verstand nicht, was die Lehrerin von ihr wollte. Der Patientin fehlte noch die Reflexionsfähigkeit für die Zusammenhänge: Die Dinge geschahen im Außen und rissen sie in ihren Strudel hinein. Es bedeutete bereits einen therapeutischen Fortschritt, als die Patientin spürte, dass sie etwas nicht aushalten kann, und vor allem, was sie nicht aushalten kann: ungerechte Behandlung, Nichtanerkennung der eigenen Bemühungen, Alleingelassenwerden.

Nun begann ich die Initiative zu übernehmen und Verbindungen zu ihrer Lebensgeschichte herzustellen. Das Ansprechen der Kindheitssituation berührt stark emotional gefärbte Themen aus dem unbewussten impliziten Gedächtnis und macht sie damit zu sprachlich fassbarer Erfahrung. Ich versuchte, mich einzufühlen und der Patientin zu schildern, wie sie als kleines Kind wohl die Welt erlebt haben mag und wie sie sich jetzt in der Therapie fühlen mag. Und wie es dazu gekommen sein mag, dass sie keine Bedürfnisse oder Wünsche spürt, jeglichen Eigenwillen ausschaltet. Und dass sie anscheinend glaube, bei mir ebenso wie bei der Tante alles tun zu müssen, damit ich mit ihr zufrieden bin. Aber diese Vermutung traf noch nicht das Wesentliche. Erst allmählich begriff ich, dass die Patientin sich mir ganz überlassen wollte, mir und meiner Fürsorge. Ohne meine Führung fühlte sie sich im Stich gelassen und zweifelte daran, dass ich verlässlich sei.

Mein Kommentar: Ich übernahm die „Initiative“ (Rudolf 2006, S. 124) und versuchte, die Welt mit den Augen meiner Patientin zu sehen und ihr meine Wahrnehmungen und Gefühlsreaktionen zur Verfügung zu stellen. Außerdem versuchte ich ihr zu helfen, eigene Handlungsintentionen wieder wahrzunehmen. Ihre Angst vor Aktivität wurde erforscht und jeder eigene Schritt, jede eigene Gestaltung ihres Lebens begrüßt.

Aber diese Aufmerksamkeit, das Spiegeln eigener Entwicklungsschritte der Patientin genügte nicht. Mir schien hilfreich zu sein, dass die Patientin an mir bemerken musste, wie unsicher ich war, mich aber dennoch traute, immer wieder neu zu versuchen, mit ihr in Kontakt zu kommen. Ich nehme an, dass die Patientin an mir erfahren hat, dass man nicht alles wissen muss und kann, um in der Welt zu überleben.

Als die Patientin sich einmal von mir zurückgewiesen fühlt, weint sie: "Jetzt fühle ich mich alt, erwachsen und allein. Man wird vor nichts mehr bewahrt." Ich antworte betroffen: "Ihr Erwachsensein scheint sich schrecklich anzufühlen!"

Dieser Vorfall klingt traumatisch, war aber ein Schritt ins Leben, auch wenn er für die Patientin noch beängstigend war. Die Patientin hatte sich in ihrer inneren Erstarrung so verkrochen, dass sie nur durch Krisen wieder herauskam. In ihrer Verletztheit öffnete sich die Patientin und wurde so nicht nur für mich, sondern auch für sie selbst verständlicher. Das Gefühl der Patientin, sie sei alt, erwachsen und allein, bot die Chance, dies näher zu erforschen.

Später kann die Patientin ihre Erwartungen an mich formulieren: "Ich wäre schon froh, wenn Sie ein paar Antworten mehr hätten als ich. Wie ein kleines Kind, dem man die Welt erklären muss. Woher kommt das, was gerade ist, geht es wieder weg; es soll weggehen. Wo kommt die Angst her und wovor hat man Angst, so viel Angst?" Sie weint. "Endlich ein biederes

Zuhause haben, so dass ich sagen kann, das sind meine Eltern, und ich kann nach Hause gehen, jemand steht für mich ein und kümmert sich."

Zweite Veränderung: Die Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung

Inzwischen war eine Veränderung der Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung spürbar. Die Stimmung hatte sich gewandelt. Die Patientin schwieg kaum noch anfangs der Stunde; sie war lockerer und hoffnungsvoller geworden; wir lachten gelegentlich über Gemeinsames. Dies wies darauf hin, dass ich nicht mehr als bedrohliche Verführerin wahrgenommen wurde und die Patientin wenigstens ansatzweise die positiven Aspekte der Lebendigkeit der Mutter trennen konnte von der süchtigen Abhängigkeit.

Mein Kommentar: Nach Fonagy könnte man diese Veränderung benennen als Übergang vom Modus der psychischen Äquivalenz zum „Als-ob“-Modus, in dem sie „mit der Realität spielen“ (Fonagy 2004, S. 258) kann. Im Modus der psychischen Äquivalenz werden innere und äußere Realität gleichgesetzt, innere Phantasien und äußere Realität. Der Patientin mangelte bisher die Fähigkeit, eine Distanz zu ihrem eigenen Erleben einzunehmen und aus dieser Position sich selber zu verstehen. Diese Funktion (oder Position) muss in der Behandlung zunächst von der Therapeutin übernommen werden,

Dritte Veränderung: "Sie haben mir zu meinem alten unbeschwerten Lebensgefühl verholfen"

Nach einer Phase heftiger Angst vor Kontrollverlust kann die Patientin formulieren: „Ich bin nicht mehr pflegeleicht, das trübt das Verhältnis zu den Menschen. Ich hab' immer versucht so zu sein, wie man mich haben will. Jetzt löse ich mich und weh tut, dass die anderen es nicht akzeptieren können. Ich habe Angst, dann allein zu sein. Mein Leben ändert sich grundlegend, früher spürte ich nur Unwohlsein, ein stumpfes Gefühl, jetzt spüre ich und weiß ganz deutlich, was mich trifft.“

"Im Moment ist mein Gefühl so, dass ich gern hierher komme und sicher bin. Sie haben mir zu einem alten Lebensgefühl verholfen, dass das Leben nicht zu schwer ist, dass man es schaffen kann, dass man nicht immer Angst haben muss, zumindest für einen Moment. Ich hätte natürlich gern, dass Sie mir zu vielen Momenten verhelfen."

Vierte Veränderung: Die Schockwelle löst sich auf.

Patientin: „Ich kann jetzt genauer hinschauen; manchmal erstarre ich in einer Situation vor Angst, weil ich die negative Seite sehe. Jetzt sehe ich beide Seiten, zum Beispiel, wenn ich Angst vor einem Verkehrsunfall habe, sage ich mir, es kann auch gut gehen. Dadurch löst sich die Erstarrung teilweise wieder auf. Früher sah ich nicht genau hin und fand alles schön, dann

– dank Ihnen! – wurde ich katapultiert auf die negative Seite und jetzt kann ich beide Seiten im Gleichgewicht halten.“ Ich: „Das war für Sie ein Schock, als ich Ihnen damals sagte: Sie machen sich Illusionen über Ihre Mutter?“ Patientin: „Ja, die Schockwelle löst sich erst jetzt auf.“

Kommentar: Die Patientin muss sich nicht mehr vor einer schrecklichen Realität in Illusionen flüchten. Sie kann genau hinsehen, erstarrt zwar noch vor Angst, nimmt dann aber beides wahr, das Negative und das Positive. Dadurch kann sich die Erstarrung wieder lösen.

Fünfte Veränderung: „Es will nicht“ und der Sprung in die Aktivität

Die Patientin betritt den Therapieraum, lächelt mich etwas verwirrt an und sagt: „Ich fühle mich ausgespuckt hierher, weiß gerade nicht, was los ist, warum ich hier bin.“ Sie schweigt, sagt dann: „Ich brauch' noch Besinnung.“ Nach einer Weile: „Sie sagten mal: Bei Ihnen wirkt es so, als wenn Sie nicht aktiv werden wollten. Ich glaube, ich kann es bestätigen. Ich würde so sagen: Es will nicht in mir. Ich spürte es, etwa wenn ich in einer Situation stecke und mich ausgeliefert fühle und das Ganze nicht will. Dann ist es so, wie wenn ich einen Sprung machen muss und aktiv werden. Diese Klippe zu nehmen ist zuerst anstrengend, dann wird es besser, weil ich nicht mehr aushalten muss, ich kann was ändern.“ Sie schweigt, fährt dann fort: „Aber manchmal kommt es mir doch vor wie eine Niederlage, ich fühle mich besiegt, weil ich mich angepasst habe.“ Ich: "Nein, nein, das ist keine Anpassung, es ist ja Ihre Entscheidung. Sie haben eine Wahlfreiheit gewonnen, nein oder ja zu sagen. Sie können also immer noch nein sagen, wenn Sie wollen."

Kommentar: In der Passivität der Patientin war ein unbewusstes Nein zum Leben enthalten, zu einem Leben, das ihr so lange unerträglich vorgekommen war. Und jetzt wandelt sich das Nein zum Ja.

Zusammenfassung

Wie kann man mein therapeutisches Vorgehen beschreiben?

Ich versuchte, alles, was ich von der Patientin wahrnahm, vom Ganzen ihrer Lebensbewegung her zu verstehen. Diese Analyse ihres Lebensstils (Einschätzung ihres traumatischen Erlebens, Analyse des Persönlichkeitsideals und der Sicherungstendenzen) ist die wesentliche methodische Vorgehensweise. Adler nennt diese Vorgehensweise eine „Methode der uneingeschränkten Ermutigung“ (1926m/1982a S. 165). Den Lebensstil konnte ich erst gegen Ende der Therapie so detailliert beschreiben. Auch wenn sich der Lebensstil früher erschließt, bleibt er hypothetisch und muss vom Erleben der Patientin validiert werden. Dieser analysierte Lebensstil gilt nur im Augenblick einer Sitzung; er muss immer in der Erfahrung

begründet bleiben, sonst besteht die Gefahr, dass er selbst zu einem machtförmigen Gebilde hypostasiert wird. Bei dieser Patientin bin ich dem Phänomen des Nichtverstehens begegnet; ich musste mich in ganz besonderer Weise, wie Adler empfiehlt, der „Führung des Patienten“ (Adler 1913a/1974a, S. 60) überlassen, der Bewegung der Patientin folgen. „Der Analytiker kann alles tun und lassen, was das Werk der Mit-Bewegung mit dem Patienten nicht zerstört; d. h. positiv ausgedrückt: Das Tun und Lassen bleibt zentriert um die verstehende Begleitung des analytischen Prozesses“ (Heisterkamp 2002, S. 17).

Bei dieser Patientin machte ich die Erfahrung von Phänomenen, die Gerd Rudolf als strukturelle Funktionseinschränkungen beschreibt. Seine differenzierten Beschreibungen kann ich heute nutzen, um etwas zu verbalisieren, was ich damals nur intuitiv empfand: Bei meiner Patientin waren „keine umschriebenen Konflikte intrapsychisch abgelagert“ und „es fehlte der psychische Binnenraum, in dem sie sich ereignen und in dem sie reflektiert werden könnten“ (Rudolf 2006, S. 116). Was diese Patientin benötigte für längere Zeit, war meine Initiative, eine „sprachliche, emotionale und gedankliche Initiative“ (ebd. S. 124), die ich an die Patientin herantrug und von der ich mich auch durch zunächst fehlende emotionale Resonanz oder ärgerliche Zurückweisung nicht abschrecken ließ. Es ist eine „Aktivität des Bereitseins, die keine Vorleistungen der anderen verlangt, sondern alles mit Interesse aufgreift und betrachtet“ (ebd. S. 125), was die Patientin im engeren oder weiteren Sinne angeht, nicht nur ihre innere Welt, sondern auch ihre aktuelle Lebensrealität. Dabei versuchte ich, der Patientin meine Wahrnehmungen und emotionalen Reaktionen zur Verfügung zu stellen. Mit den Worten Gerd Rudolfs: Ich versuchte, „unzureichend verfügbare strukturelle Funktionen vorübergehend als Hilfs-Ich zu substituieren“ (ebd. S. 117).

Wenn die Patientin keinen inneren Reflexionsraum zur Verfügung hat und noch nicht zwischen Innen und Außen, zwischen der therapeutischen Rolle und der Therapeutin als Person unterscheiden kann, dann bin ich als Person gefordert. Ich muss glaubwürdig sein, genau das meinen, was ich sage und dies auch erklären können und dazu stehen (siehe auch Reinert 2007, S. 44). Und ich muss das traumatische Erleben oder das Grundgefühl der Patientin zumindest intuitiv erahnen; diese Ahnung muss irgendwann durch das Erleben der Patientin bestätigt werden, denn sie ist über ihre eigenen Gefühlszustände selbstverständlich „die kompetentere Auskunftsperson“ (Rieken 2007, S. 72).

Letztlich ging es in der Therapie um eine Würdigung dessen, was da ist, sowohl das schlimme Schicksal wie auch positive Ressourcen, zum Beispiel, dass die Patientin der Tante ihre Fähigkeit zum alltäglichen Funktionieren verdankt. Dies half ihr, eine Ausbildung zu machen

und eine Arbeitsstelle zu bekommen. Dieses äußere Funktionieren kann man auch als falsches Selbst bezeichnen; für die Patientin war es entscheidend, dass sie nicht ins Drogenmilieu abrutschte. Die Patientin lernte Versuch und Irrtum der Therapeutin allmählich ertragen, wohl weil sie spürte, dass ich mit ihr gemeinsam um Verständnis und um die Verbalisierung des Verständnisses rang. Vielleicht stellte dies eine Gemeinsamkeit (an Stelle einer dyadischen Verschmelzung) her, die ihr die Sicherheit bot, sich vertrauensvoll zu öffnen und zur Entfaltung von Gemeinschaftsgefühl führte.

Literatur

- Adler, A. (1913a/1974a): Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Metzger, W. (Hg.): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuchverlag, S. 48-66
- Adler, A. (1914h/1974a). Die Individualpsychologie, ihre Voraussetzungen und Ergebnisse. In: Metzger, W. (Hg.): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuchverlag, S. 19 - 32
- Adler, A. (1923c/1982a). Fortschritte der Individualpsychologie. In: Ansbacher H. L. u. Antoch R. F. (Hg): Psychotherapie und Erziehung. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag, S. 33 - 47
- Adler, A. (1926k/1982a): Die Individualpsychologie als Weg zur Menschenkenntnis und Selbsterkenntnis. In: Ansbacher H. L. u. Antoch R. F. (Hg): Psychotherapie und Erziehung. Bd 1. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 135-157
- Adler, A. (1926m/1982a). Individualpsychologie. In: Ansbacher H. L. u. Antoch R. F. (Hg): Psychotherapie und Erziehung. Bd. 1. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag, S. 158 - 168
- Adler A. (1928f/1982a): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In: Ansbacher H. L. u. Antoch R. F. (Hg): Psychotherapie und Erziehung. Bd 1. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 79-83
- Adler, A. (1936l/1983a). Neurotisches Weltbild. In: Ansbacher H. L. u. Antoch R. F. (Hg): Psychotherapie und Erziehung. Bd 3. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag, S. 139 - 150
- Antoch, R. F. (2006): Über das Selbstsein im Bezogensein. Z. f. Individualpsychol. 31,4: 347-360
- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2004): Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Oxford: University Press
- Eife, G. (2005a): „Individualpsychologische Behandlung der Neurosen“ (Adler 1913-1930) – eine Re-Lektüre. In: Lehmkuhl, H. (Hg.): Die Gesellschaft und die Krankheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 95-112

- Eife, G. (2005b): Die Strukturbezogene Therapie nach Gerd Rudolf und die Individualpsychologie Alfred Adlers. Ähnlichkeiten und Differenzen. München: Sonderdruck des Alfred Adler Instituts.
- Eife, G. (2006): Das psychodynamische Modell der individualpsychologischen Therapie. Z. f. Individualpsychol. 31: 6-10
- Eife, G.; Witte, K.H. (2006): Das Individuelle in der Individualpsychologie. In: Bruder, K-J.; Bruder-Bezzel, A. (Hg.): Individualpsychologische Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Peter Lang, S. 33-60
- Fonagy, P., György G., Elliot L. J., Target M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Heisterkamp, G. (1996): Psychotherapie aus der Mit-Bewegung. Formen der Empathie. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. München/Basel: S. 101-119
- Heisterkamp, G. (2002): Basales Verstehen – Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reinert, T. (1996): Zum individualpsychologischen Verständnis der Borderline-Störung: Die "rückwärts gerichtete Lebensbewegung". Z. f. Individualpsychol. 21: 37-47.
- Reinert, T. (2007): „...eine Persönlichkeitslehre, die nicht nur Anspruch auf Beachtung, sondern auch auf Weiterentwicklung erheben darf.“ (E. Bornemann, 1972). Z. f. Individualpsychol. 32: 26-48
- Rieken, B. (2007): Vom Nutzen der Individualpsychologie für das analytische Leben. Z. f. Individualpsychol. 32: 60-78
- Rudolf, G. (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2. Aufl., Stuttgart: Springer
- Stern D.N. (2005): Der Gegenwartsmoment. Frankfurt a. M.: Brandes&Apsel
- White, K. (2006): Mentalisierung in der psychoanalytischen Behandlungspraxis Z. f. Individualpsychol. 31: 236-255
- Witte, K. H. (1996): „Die Einheit der Neurosen – immer noch? Ist Adlers „Fundament der individualpsychologischen Methode“ noch zeitgemäß? In: Lehmkuhl, H. (Hg.): Die Gesellschaft und die Krankheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 189-202

Korrespondenzadresse: Dr. med. Gisela Eife, St.-Anna-Platz 1, 80538 München,
E-mail: eife@g-eife.de