

3. Zur Stellung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen  
Forschung<sup>1</sup>

*Horst Kächele u. Helmut Thomä*

- 3.1 Psychoanalytische Forschung
- 3.2. S. Freuds Krankengeschichten als methodisches Paradigma
- 3.3. Die einzelne Persönlichkeit als Forschungsgegenstand  
in den Sozialwissenschaften
- 3.4. Von der Krankengeschichte zur Einzelfallstudie

---

<sup>1</sup>Aktualisierte Fassung; basierend auf Kächele (1981) in: Jahrbuch der Psychoanalyse 12: 118-178

### 3. 1 Psychoanalytische Forschung

Die Diskussion über die Psychoanalyse als wissenschaftliche Disziplin hat in den letzten Jahren in der ganzen Welt eine große Intensivierung erfahren. Je deutlicher im allgemeinen Bewusstsein die Tatsache wird, daß die Psychoanalyse als psychologisches System einen großen Einfluss auf die psychosoziale Profession wie auch auf die zeitgenössische Kultur ausgeübt hat und noch weiter ausüben wird, desto mehr fällt der Umstand auf, daß auch nach über 100 Jahren seit der Entstehung dieses theoretischen und praktischen Systems fundamentale Konzepte noch kontrovers beurteilt werden (s.d. Grünbaum 1998). Es dürfte jedoch nicht übertrieben sein, Freuds ersten Versuch, die neurotischen Symptome prinzipiell anders zu erklären, als seine Zeitgenossen, als wissenschaftliche Revolution zu bezeichnen. Vor Freuds Versuchen betrachtete die Psychiatrie hysterische Symptome als Ergebnis einer „degenerierten Konstitution“, als Folge einer somatischen Anlage. Freuds entscheidender Beitrag zur Entwicklung der psychologischen Forschung bestand in der Ausarbeitung zweier Annahmen: Hysterische Symptome seien primär als psychische Phänomene, wenn auch nicht notwendigerweise als bewusste Phänomene, und sie seien als sinnvolle seelische Gebilde zu betrachten. Die Postulate vom Psychologismus und Determinismus sind, wie Mayman (1973) hervorhebt, die beiden wichtigsten Postulate, auf denen die Psychoanalyse noch heute ruht<sup>2</sup>.

Die Einführung dieser beiden Annahmen, welche Hand in Hand mit der Entwicklung einer hierfür notwendigen Beobachtungsmethode ging, stellt den entscheidenden Wendepunkt und das methodologisch neue Paradigma (Kuhn, 1962) dar. Es ist einer der zentralen Widersprüche in der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und Praxis, daß Freud einerseits als bedeutender und scharf denkender Methodologe in die Geschichte der Wissenschaftstheorie eingeht (s.d.a. Kaplan, 1964, der Freuds Argument gegen eine frühzeitige Formalisierung und strenge Definition zentraler Grundbegriffe einer Theorie in sein Lehrbuch der Wissenschaftstheorie aufnimmt) und andererseits die theoretische Ausbeute der empirischen psychoanalytischen Forschung enttäuschend blieb: So kommentiert Mayman (1973) die zusammenfassende Veröffentlichung von Hilgard, Kubie und Pumpian-Mindlin (Pumpian-Mindlin 1952):

"They touch on most of the important tributaries which have red into a fifty-year flow of psychoanalytic and quasi - psychoanalytic research which, almost without exception, has been interesting but, also without exception disappointing in its theoretical yield" (S. 4).

•Dass die psychoanalytischen Erkenntnisse ins Kreuzfeuer der wissenschaftstheoretischen Kritik gerieten, hat sicher mit der Eigenart von Freuds Arbeitsweise zu tun, dem die Suche

---

<sup>2</sup> s. dazu speziell Rapaports Ausführungen in seinen wenig bekannten Vorlesungen zur Methodologie der Psychoanalyse (1944).

nach neuen Hypothesen weit wichtiger als die mühselige Überprüfung klinisch gesicherter Erkenntnisse mit Hilfe weiterer empirischer Methoden schien.

Die ständige Weiterentwicklung psychoanalytischer Theorie im Laufe der vierzig Jahre psychoanalytischer Forschung, die Freud noch selbst initiierte, lässt sich gut an zentralen klinischen Konzepten, wie z.B. am Angst-Konzept (Compton, 1972) verfolgen. Allerdings wurden nicht immer alle Konzepte dem Stand der Entwicklung angepasst, sondern bleiben, wie z.B. die Theorie des Traums, über lange Zeit wenig verändert bestehen (Edelson, 1972); diese fehlende Konsistenz der gesamten psychoanalytischen Theorie wurde durch Ansätze zur Systematisierung, wie von Rapaport (1960) und von Gill (1963) versucht wurde, deutlich und sie blieb eine Eigenart psychoanalytischer Theoriebildung. Was im Allgemeinen „psychoanalytische Theorie“ genannt wird, stellt eher ein Forschungsprogramm dar, in dem eine lose Verknüpfung vieler Theorien gegeben ist, die in sehr unterschiedlicher Weise wissenschaftstheoretisch beurteilt werden müssen. Es gibt z.B. psychoanalytische Theorien des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins, der Handlung, des Gefühls, der Begriffsbildung, der lebensgeschichtlichen Entwicklung, um nur einige der grundlegenden Theorien zu nennen. Darauf fußen die klinischen Theorien, die sehr weitmaschig konzipiert sind (vgl. z.B. Angsttheorie mit der Narzissmustheorie, oder die Theorie der Behandlung, die wiederum eine Theorie des Verlaufs von einer Theorie des Ergebnisses zu sondern hätte). Auch die Überprüfung der einzelnen Bestandteile, der einzelnen Subtheorien, stellt jeweils eine eigenständige Aufgabe, die mit den verschiedensten methodischen Ansätzen gelöst werden muss. Soweit die klinische Theorie der Psychoanalyse gemeint ist - und nur insoweit werden wir uns hier mit den einschlägigen Fragen auseinandersetzen - bestehen über die Methodologie der hypothesen-prüfenden Forschung noch sehr divergente Ansichten.

Der Zankapfel zwischen Psychoanalyse und akademischer Psychologie liegt hierbei in der Beurteilung der klassischen psychoanalytischen Methode als Forschungsinstrument. Ihre klinische Bedeutung steht nicht in gleichem Maße zur Diskussion, ist auch in der theoretischen Diskussion nicht so umstritten. Wissenschaftslogisch aber ist noch heute die Beurteilung des Junktims von Forschung und Therapie (Freud, 1927a) insofern umstritten, als eine Prüfung von Hypothesen angestrebt wird. Unmissverständlich formuliert Sarnoff (1971) hier die Ansicht des Experimentalpsychologen zu der oft geäußerten Behauptung, die psychoanalytische Situation sei eine quasi-experimentelle Situation:

"It does not logically follow that the conduct of psychoanalytic therapy is an ideal, necessary or sufficient method for the scientific testing of deductions from his (Freuds) conceptions of personality. Indeed, owing to the multitude of uncontrolled events that occur as patient and analyst interact within any psychoanalytic session. one can safely assert, that such sessions cannot even minimally satisfy the scientific principle of control required to test a hypothesis deduced from a Freudian variable of personality" (S. 8).

Hieraus scheint sich die Folgerung aufzudrängen, daß jede einzelne Behauptung, die sich auf die Erfahrung des psychoanalytischen Settings stützt, erst dann wissenschaftlich als gültig akzeptiert werden kann, wenn sie experimentell überprüft worden ist. Zu dieser Ansicht äußerte sich Kubie (1952) jedoch schon recht abweisend:

## Th Kä Kap. 3

"Many of these laboratory charades are pedestrian and limited demonstrations of things which have been proved over and over again in real life . . . Experimental facilities should not be wasted on issues which are already clearly proved and to which human bias alone continues to blind us. The experimentalist should rather take up where the naturalist leaves off" (S. 64).

Er vergleicht dann die Situation mit der Einführung des Mikroskops durch van Leuwenhoek. In diesem Sinne meint Kubie, es genüge, durch das Mikroskop der Analyse zu schauen, um sich von der Gültigkeit der strittigen Fragen zu überzeugen. Es bestehen auch m. E. wenig Zweifel daran, daß bestimmte elementare Phänomene, auf denen die psychoanalytische Theorie aufgebaut ist, einer experimentellen Überprüfung nicht bedürfen: daß es zwei Arten von psychischen Prozessen gibt, primäre und sekundäre, bedarf wenig oder gar keiner Deutung; es ist als Beobachtung leicht evident zu machen, daß Traum-Zustände oder durch Drogen induzierte Zustände „psychische Prozesse“ hervorrufen, die nicht den Gesetzen des geordneten logischen Denkens folgen (Rapaport, 1960, S. 117). Sobald man aber über diese ersten Beobachtungen hinaus zu präziseren Aussagen kommen möchte, müssen neue methodische Wege eingeschlagen werden. Die Vielzahl einander widersprechender klinischer Theorien innerhalb der Psychoanalyse, wie die Vielzahl verschiedener psychotherapeutischer Schulen, macht augenfällig, daß die analytische Beobachtungsmethode als sozialwissenschaftliches Instrument nur bedingt mit dem Mikroskop als einem der Beobachtungsinstrumente des Naturwissenschaftlers verglichen werden kann. So liegt, nach Rapaport (1960) das Hauptgewicht der positiven Evidenz für die psychoanalytische Theorie auf dem Gebiet der angesammelten klinischen Beobachtungen:

"Die erste Errungenschaft des Systems war eine phänomenologische: es lenkte die Aufmerksamkeit auf eine große Reihe von Erscheinungen und auf Beziehungen zwischen denselben und ließ diese zum ersten Mal sinnvoll und rationalen Überlegungen zugänglich erscheinen" (S. 116).

Hinsichtlich der phänomenologischen Ebene, der ordnenden Beziehungstiftung, ist nach Rapaport (1960) das gesammelte klinische Material konkurrenzlos positiv für die psychoanalytischen Systeme. Für die theoretischen Lehrsätze des Systems jedoch, also z.B. für die spezielle Neurosenlehre, ist diese Sicherheit nicht gegeben:

„Angesichts des Fehlens von Regeln für die klinische Forschung bleibt der größte Teil des Beweismaterials für die Theorie phänomenologisch und anekdotisch selbst wenn sein Umfang ihm den Anschein objektiver Gültigkeit zu verleihen scheint“ (Rapaport 1960 S. 116).

Das Fehlen festgelegter Regeln für die Evaluierung klinischer Beobachtungen - was nicht mit der klinischen Deutungstechnik verwechselt werden darf - erscheint also als zentrale Schwäche der bisherigen klinischen Forschung in der Psychoanalyse:

"Diese Situation lässt eine neuerliche Überprüfung von Freuds Falldarstellungen dringend erscheinen, mit dem Ziel, festzustellen, ob sich bei unserem heutigen Wissensstand aus ihnen Regeln für die klinische Forschung ergeben oder nicht“ (Rapaport 1960, S. 116).

Die hier vorgelegten Untersuchungen greifen diese Anregung auf und betrachten Freuds Krankengeschichten auf ihre didaktischen und wissenschaftlichen Darstellungsprinzipien hin. Wir werden zu zeigen versuchen, daß Freud ideographische und nomothetische Aspekte

gleichzeitig im Auge hatte, mit dem Ziel klinischer Typen zu schaffen<sup>3</sup>. Im Anschluss daran machen wir deutlich, daß die Erforschung der einzelnen Persönlichkeit in der Psychoanalyse sich in einen zeitgeschichtlichen Rahmen einfügen lässt. Abschließend wird die historische Entwicklung der psychoanalytischen wissenschaftlichen Berichterstattung als Übergang von Krankengeschichten zu Einzelfallstudien charakterisiert

---

<sup>3</sup> AE Meyer (1971) rückte die Bedeutung typologischer Ansätze in das rechte Licht, ohne jedoch ausreichend gehört zu werden.

### 3.2 S. Freuds Krankengeschichten als methodisches Paradigma

Trotz Rapaports Forderung ist die Falldarstellung als wissenschaftliches Kommunikationsmittel in der Psychoanalyse und Psychotherapie lange Zeit wenig problematisiert worden (Stuhr u. Denecke 1993). Deshalb ist es von besonderem Interesse, daß einige Arbeiten vorgelegt wurden, die den wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse anhand einer Freudschen Krankengeschichte zu klären versuchen. M. Sherwood (1969) stellt in seiner logischen Analyse der Erklärungsprinzipien in der Psychoanalyse die Geschichte des Rattenmannes Paul Lorenz in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Dies geschieht jedoch nicht ohne auf die merkwürdige Situation hinzuweisen, daß es „wohl kaum ein anderes Gebiet gibt, wo ein so umfangreiches theoretisches Gebäude auf einem so schmalen Fundament errichtet wurde“ (Sherwood 1969 S. 70)

Auf die formal-logische Struktur analysierte Perrez (1972) die Darstellung der infantilen Neurose des Wolfsmannes. Beide Autoren überprüfen die Gültigkeit der argumentativen Schritte in der Darstellung der Fälle (wobei sie von dem Problem der inhaltlichen Gültigkeit zunächst absehen). Geht es Sherwood hierbei mehr um die Klärung, welche Logik<sup>4</sup> denn überhaupt für die Psychoanalyse zutreffend ist, läßt Perrez nur einen nomothetisch-generalisierenden Ansatz zu. Hierbei findet er, wie nicht anders zu erwarten, Lücken in der Darstellung, unvollständige Ableitungen und nur skizzenhafte Erklärungsansätze anstelle vollständiger Erklärungen im Sinne des Hempel-Oppenheim'schen Schemas (s. d. Stegmüller 1969). Diese eingeschränkte Erfüllung wissenschaftstheoretisch begründeter Anforderungen rührt m. E. sicher auch daher, daß Perrez gerade eine Falldarstellung als Untersuchungsgegenstand gewählt hat. Die implizite Annahme, daß die veröffentlichte Krankengeschichte eine repräsentative Abbildung des tatsächlichen Geschehens darstellt und daß deshalb der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse durch die kritische Aufarbeitung *einer* Krankengeschichte bestimmt werden könne, scheint mir problematisch. Denn das Abbildungsverhältnis von Behandlungsverlauf und Falldarstellung ist u. W. überhaupt nicht systematisch untersucht worden. So bleibt es offen, ob die Unvollständigkeit einer Krankengeschichte auf die zusammenfassende Darstellung der Behandlung selbst zurückgeht, oder ob das Beobachtungsmaterial in der Behandlung unzureichend war. Gerade der Rückgriff auf eine Falldarstellung, in der die „Widerlegung“ der damals von Jung und Adler vorgebrachten Auffassungen im Mittelpunkt steht, erzwang eine selektive Darstellung, bei der mehr die strittigen Punkte dargestellt, und andere, unbestrittene, Annahmen, ohne Ableitung verwendet wurden.

---

<sup>4</sup> Die Arbeit von Schalmey (1977) dürfte noch wenig bekannt sein; sie gibt am Beispiel des Schreberfalles auch eine Analyse der Argumentations- und Beweislogik in der Psychoanalyse.

Diese Einwände heben aber die prinzipielle Kritik von Perrez nicht auf: zu fragen wäre vielmehr, wie eine Darstellung des psychoanalytischen Prozesses aussehen müsste, die auf der Beobachtungsebene jene Unvollständigkeiten der klassischen Krankengeschichten nicht aufweist. Freud selbst war sich der wissenschaftlichen Unvollkommenheit seiner Krankengeschichten von Anfang an bewusst. Halb verwundert, halb rechtfertigend klingt in den "Studien zur Hysterie" Freuds Hinweis an, daß seine Krankengeschichten „wie Novellen zu lesen sind und dass sie sozusagen des ernstesten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren“ (GW 1, S.227). Ein künstlerisches Interesse aber weist Freud gleich im nächsten Satz zurück: „Ich muss mich damit trösten, dass für dieses Ergebnis die Natur des Gegenstandes offenbar eher verantwortlich zu machen ist, als meine Vorliebe“ (ebda.). Auch wenn Freud als Schriftsteller einen hohen Rang als Verfasser wissenschaftlicher Prosa einnimmt, wie die Verleihung des Goethepreises 1930 unterstreicht (und wie dies Walter Muschg im gleichen Jahr in einem großen Essay ausführt), so machte ihn die Tatsache, daß er - wie ein Dichter - Lebensgeschichten, Menschenschicksale, zu beschreiben hatte, nicht blind für den Abgrund, der ihn von dem Poeten trennt (zit. nach Schönau, 1968, S. 11): „Ich muss nun einer weiteren Komplikation gedenken, der ich gewiss keinen Raum gönnen würde, sollte ich als Dichter einen derartigen Seelenzustand für eine Novelle erfinden, anstatt ihn als Arzt zu zergliedern“ (G.W. V, S. 220). Freuds schriftstellerische Fähigkeiten haben sicher entscheidend zur Ausgestaltung der Krankengeschichte im Rahmen der Psychoanalyse beigetragen. So schreibt u.a. Wittels in seiner Freud-Biographie: „Stekel teilte mir mit, dass Freud ihm gesagt habe, er wolle später einmal Romanschriftsteller werden, um der Welt zu hinterlassen, was seine Patienten ihm erzählt haben“ (1924, S. 13). Freud befand sich wie E. Kris (1950) unterstreicht, in einem intellektuellen Konflikt.

„Die Einsichten, die sich Freud eröffneten, waren neu und unerhört: es handelte sich um die Darstellung der Konflikte des menschlichen Seelenlebens mit den Mitteln der Wissenschaft. Es wäre verlockend gewesen, die Bewältigung des neuen Gebietes auf einfühlendes Verständnis zu gründen, etwa die Krankengeschichten vornehmlich im Biographischen zu verwurzeln und alle Einsicht auf Intuition zu stützen, wie man sie von Dichtern zu erhalten gewohnt ist“.

Freuds literarische Sicherheit in der Darstellung biographischen Materials, die sich in den 'Studien' zum ersten Mal voll entfaltete, musste die Versuchung zu einer nahen und unmittelbaren machen. „Aus den Briefen (des Freud-Fliess Briefwechsels, A.d.V) erfahren wir, wie er die Motivgestaltung der Dichtung schon in diesen Jahren psychologisch zu durchdringen verstand; die Analysen zweier Novellen C.F. Meyers sind die frühesten Versuche dieser Art“ (Kris 1950, S. 20). Der Gegensatz von intuitivem Verständnis und wissenschaftlicher Erklärung kann als Mittelpunkt der erwähnten intellektuellen Konflikte benannt werden und ist heute noch in Theorie und Praxis nicht gemildert. Freud zählt sich 1928 zu jenen, die sich durch „qualvolle Unsicherheit und rastloses Tasten den Weg zu haben bahnen haben, und vergleicht sich mit den anderen, denen es „gegeben ist, aus dem Wirbel der eigenen Gefühle die tiefsten Einsichten doch eigentlich mühelos herauszuholen“ (1928

G.W. IV, S. 493)<sup>5</sup>.

Ist die essayistische Darstellungsform nur eine Folge der „Natur des Gegenstandes der Psychoanalyse? Dem Anschein zum Trotz, den die Krankengeschichten erwecken mögen, konnte nach Kris nie zweifelhaft sein, auf welcher Seite Freud stand. „Er war durch die Schule der Wissenschaft gegangen, und der Gedanke, die neue Psychologie auf eine wissenschaftliche Methode zu gründen, wurde zu Freuds Lebenswerk“ (Kris 1950, S. 20). Meissner (1971) bestimmt in seinen Untersuchungen zu Freuds Methodologie die klinische Psychoanalyse als Wissenschaft der Subjektivität, als Versuch der kontrollierten Erfassung des Erlebens und seiner Modifikation (S. 281). In gleicher Weise fragt Sherwood (1969) rhetorisch seinen Leser: „Was ist ihr (der Psychoanalyse, A.d.V.) Erkenntnisgegenstand: was steht im Mittelpunkt des Interesses des Analytikers in diesem Fall“ (S. 188). Nach Sherwood bestimmt Freuds Erklärungsversuch der Rattenmann Fallgeschichte diesen Patienten als einen individuellen Menschen:

„Freud, und auch wir als nachfolgende Beobachter, werden mit einem einmaligen kranken Individuum konfrontiert, dessen Lebensgeschichte eine Vielzahl von Ungereimtheiten - Ereignissen und Haltungen - präsentiert; diese fordern eine Erklärung, diese müssen in den Zusammenhang verständlicher menschlicher Verhaltensweisen gebracht werden. Wie der Geschichtsschreiber, ist Freud an einem besonderen Verlauf von Ereignissen und individueller Geschichte interessiert“ (Sherwood 1969, S. 188).

Diese systematische Bestimmung des Zieles der einzelnen Krankengeschichten deckt sich jedoch nicht vollständig mit Freuds eigenen Intentionen, denn in jeder Krankengeschichte gibt es unübersehbare Hinweise auf andere Patienten mit ähnlichen Konflikten. So finden sich überall Bemerkungen zur Frage der Generalisierbarkeit der Befunde, so im «Wolfsmann» z. B. jene Stelle: „Um aus den Feststellungen über diese beiden letzteren Punkte neue Allgemeinheiten zu gewinnen, sind zahlreiche, solche gut und tief analysierten Fälle erforderlich“ (G.W. XII, S. 140). Entscheidend aber für die Richtigkeit der Sherwoodschen Akzentuierung scheint uns der Umstand zu sein, daß die Gewinnung neuer Erkenntnisse über den einzelnen Fall stets nur in seiner Gesamtheit möglich ist. Somit konvergiert die methodologische Eigenart der von entwickelten klinischen Untersuchungstechnik auf die einzelne Krankengeschichte hin, was auch Meissner (1971) unterstreicht: „Die analytische Methodologie muss letztendlich auf der Einzelfalldarstellung beruhen“ (S. 302). Damit wird als Funktion der Krankengeschichte die Erklärung singulärer Ereignisse bestimmt, womit das ideographische Moment des psychoanalytischen Narrativs (Farrell 1981) thematisiert ist. Das Problem der theoretischen Ortsbestimmung der Psychoanalyse wurzelt in dieser Komplikation, die die Einführung des Subjekts nachgezogen hat. Auf diesen Umstand hat bereits Hartmann in der Einleitung seiner historisch bedeutsamen Schrift über die „Grundlagen der Psychoanalyse“ (1927) hingewiesen:

„Historisch ist die psychoanalytische Psychologie dadurch charakterisieren. daß sie aus dem Abgrund

---

<sup>5</sup> Lange-Kirchheim (1999) hat das von Freud geförderte Urteil, er habe die Nähe zu Dichtern, wie z.B. zu Arthur Schnitzlers gemieden, unlängst einer Revision unterzogen. Besonders in den Jahren 1922 - 1926 intensivierte sich der persönliche Kontakt (S.112)

## Th Kä Kap. 3

emporgewachsen ist. welcher eine naturwissenschaftliche. hauptsächlich experimentell verfahrenende Psychologie der elementaren seelischen Vorgänge von der 'intuitiven' Psychologie der Dichter und Philosophen scheinbar unüberbrückbar schied. Die historische Bedeutung der Psychoanalyse für die Psychologie besteht darin. daß sie jene Gebiete des Seelenlebens einer naturwissenschaftlichen Betrachtung zugänglich gemacht hat, die bis dahin der gelegentlichen Beobachtung und dem wissenschaftlich mehr oder weniger verantwortungslosen und überdies zumeist wertenden psychologischen Aperçu überlassen waren“ (Hartmann, 1927. zit. nach 1972, S. 8).

Die Bedeutung der Krankengeschichte in der klinischen Psychoanalyse muss auch unter dem Aspekt gewertet werden, daß sie in den ersten Jahrzehnten psychoanalytischer Forschung auch ein wichtiges Kommunikationsmedium für die in der Praxis vereinzelt arbeitenden Psychoanalytiker war. Der didaktische Aspekt hat vermutlich weitaus stärker die Konzeptualisierung der psychoanalytischen Ausbildung und damit auch die Ausbildung der späteren Forscher beeinflusst, als dies gemeinhin realisiert wird (Michels 2000).

Diese zentrale Stellung der Krankengeschichte in der psychoanalytischen Ausbildung lässt sich leicht durch ein Studium der Vorlesungsverzeichnisse der verschiedensten psychoanalytischen Institute belegen. Hier fungieren die sechs von Freud ausführlicher dargestellten Krankengeschichten als immer wieder neu durchgearbeitetes Einführungsmaterial in die psychoanalytische Klinik. So berichtet z.B. Jones von dem Dora-Fall „Diese erste Krankengeschichte diente jahrelang als Modell für die Kandidaten der Psychoanalyse“ (1962, S. 306). Die enge Verbindung von Therapie, Forschung und Ausbildung führte zur Tradierung einer Mitteilungsform, die den kurzen, ja prägnanten Fallbericht als natürliche Form erscheinen ließ, deren Forschungsrelevanz zunächst ja glänzende Bestätigung fand.

Die Probleme, die von der aufkommenden empirischen Sozialforschung allmählich systematisiert wurden, - das Problem der Verlässlichkeit klinischer Beobachtung, um nur eines zu nennen - wurden aus diesem Grunde von der psychoanalytischen Forschergemeinschaft erst spät und zögernd aufgenommen. Die ausführlichen Freudschen Falldarstellungen wurden zwar zum Vorbild erhoben und erhöht: „Diese sechs Abhandlungen von Freud stehen sowohl in Bezug auf Darstellung wie auch auf Originalität des Inhaltes weit über allem, was irgendein anderer Analytiker seitdem versucht hat“ (Jones, 1962, S. 304).

Auch abzüglich der Idealisierung bleibt doch unerfindlich, weshalb nicht zumindest die Ausführlichkeit und die Genauigkeit der Freudschen Studien eine Vielzahl weiterer Krankengeschichten initiiert hat, die heute als Fundus psychoanalytischer Beobachtung gelten könnten. Es wurden, wie ich später noch zeigen werde, nur einige Versuche unternommen, umfangreiche klinische Darstellungen zu verfassen. Bevor ich im folgenden Rapaports Anregung aufgreife und einige Falldarstellungen Freuds vom methodologischen Gesichtspunkt aus betrachte, gebe ich einige biographische Hinweise, die m. E. für die Gestaltung der Fallgeschichte bei Freud von großer Bedeutung waren.

Freuds eigene Ausbildung vollzog sich zunächst vollständig in den Bahnen, die durch seine

naturwissenschaftlichen Studien im Laboratorium von Brücke vorgezeichnet waren. Seine weitere Ausbildung als klinischer Neuropathologe verstärkte zunächst die empirisch-experimentelle Orientierung. Seine theoretische Abgrenzung von dem gedanklichen Raum der Helmholtzschen Schule erfolgte dann besonders mit dem Werk über die „Aphasie“ (Jones, 1960, S. 256). Weiterhin schreibt Jones aber, daß sich Freud zwar als guter Kliniker, als äußerst gewandter Histologe und als selbständiger Denker erwiesen hatte, aber in der experimentellen Physiologie im Grunde genommen nicht erfolgreich war.

Als Vorbild für Freuds Akzentuierung der plastischen Schilderung kann wohl Charcot gelten, von dem Freud 1893 selbst schrieb:

"Als Lehrer war Charcot geradezu fesselnd. jeder seiner Vorträge ein kleines Kunstwerk an Aufbau und Gliederung, formvollendet und in einer Weise eindringlich, daß man den ganzen Tag über das gehörte Wort nicht aus seinem Ohr und das demonstrierte Objekt nicht aus dem Sinn bringen konnte" (Freud, 1893, G.W. 1, S. 8).

Im Nachruf hebt Freud hierbei besonders den klinischen Ansatz Charcots hervor, den dieser durch seine eigentümliche Begabung besonders entwickelt hatte:

"Er pflegte sich die Dinge, die er nicht kannte, immer von neuem anzusehen. Tag für Tag den Eindruck zu verstärken. bis ihm dann plötzlich das Verständnis derselben aufging. Vor seinem geistigen Auge ordnete sich dann das Chaos. welches durch die Wiederkehr immer derselben Symptome vorgetäuscht wurde; es ergaben sich die neuen Krankheitsbilder, gekennzeichnet durch die konstante Verknüpfung gewisser Symptomgruppen: die vollständigen und extremen Fälle, ließen sich mit Hilfe einer gewissen Art von Schematisierung hervorheben, und von den Typen aus blickte das Auge auf die lange Reihe der abgeschwächten Fälle, der *formes frustes*, die von dem oder jenem charakteristischen Merkmal des Typus her ins Unbestimmte ausliefen. Er nannte diese Art der Geistesarbeit in der er keinen Gleichen hatte, 'Nosographie' treiben und war stolz auf sie" (ib. S. 22).

Für Freud war Charcot also kein Grübler, kein Denker, "sondern eine künstlerisch begabte Natur, ein visuel, ein Seher" (ib. S. 22). Hier deutet sich in der Schilderung der von Freud hochverehrten Person auch an, welche Züge Freud bei sich selbst - damals wohl wenig bewusst - in den Mittelpunkt gestellt haben mochte.

Hinweise auf Freuds Misserfolge im Studium bei experimentellen Arbeiten, im Gegensatz zu den im gleichen Zeitraum gefertigten histologischen darstellenden Arbeiten, greifen diese Unterscheidung auf: „Die Bevorzugung des Auges vor der Hand, des passiven Schauens vor dem aktiven Tun, hat zwei Seiten: Hinneigung zum einen und Abneigung gegen das andere. Bei Freud waren beide vorhanden“ (Jones, 1960, S. 75). Diese Einstellung dürfte Freuds Abwendung auch von den verschiedenen aktiven therapeutischen Techniken, wie Elektrotherapie oder auch Hypnose mit motiviert haben: „Er zog es vor, zu beobachten und zu hören, im Vertrauen darauf, er werde eine Neurose, wenn er sie erst einmal erkannt habe, auch wirklich verstehen, und die Kräfte, die sie verursachten, in seine Gewalt bekommen" (S. 76). Wie groß der Einfluss Charcots auf Freuds klinische Forschung gewesen sein muss - der niemals müde wurde, „die Rechte der rein klinischen Arbeit, die im Sehen und Ordnen besteht, gegen die Übergriffe der theoretischen Medizin zu verteidigen“ (Freud, 1893, G.W.

1, S. 23) - kann man nur ungefähr abschätzen. Ein Brief aus Paris<sup>6</sup> an seine Verlobte lässt aber die Schlussfolgerung zu, daß Freuds Übergang von der Neurologie zur Psychopathologie hauptsächlich Charcots Einfluss zuzuschreiben ist. Nicht nur die klinische Methode, sondern auch die Rehabilitierung der Hysterie und ihre Bedeutung für die Erforschung neurotischer Krankheitsbilder hat Freud von Charcot übernommen:

„Die Arbeit Charcots gab dem Thema zunächst seine Würde wieder; man gewöhnte sich allmählich das höhnische Lächeln ab, auf was die Kranke damals sicher rechnen konnte: sie musste nicht mehr eine Simulantin sein, da Charcot mit seiner vollen Autorität für die Echtheit und Objektivität der hysterischen Phänomene eintrat“ (Freud, 1893, G.W. 1, S. 30).

Die empirische, aber nicht experimentelle Methode Freuds ist am Vorbild des großen Meisters Charcot gewachsen. Als Freud nach Paris ging, lagen ihm zunächst seine anatomischen Interessen näher als klinische Fragen. Den Entschluss, die Arbeit am Mikroskop in Paris einzustellen, führt Jones (1960) im Wesentlichen auf persönliche Gründe und auf den wissenschaftlichen Einfluss Charcots zurück (S. 252).

Unseres Wissens ist noch kein genauer Vergleich der Krankenschilderungen von Charcot und Freud durchgeführt worden. Die Charakterisierung von Charcots nosographischer Methode lässt sich jedoch ohne Schwierigkeiten auf Freuds klinische Darstellungsform anwenden. Steht doch die Verknüpfung typischer Abläufe im seelischen Leben im Mittelpunkt der analytischen Arbeit. Anstelle der Symptome treten die psychischen Mechanismen, worin der entscheidende Schritt Freuds über die deskriptive Psychopathologie hinaus besteht.

Wir haben bereits Freuds Rechtfertigung des speziellen Charakters seiner Krankengeschichte erwähnt, die er der Epikrise der Elisabeth von R. vorangestellt hatte. Die erste der in den 'Studien' mitgeteilten Krankengeschichten (Emmy von N.) ist allerdings noch weit davon entfernt, einer Novelle zu ähneln. Sie erinnert in der Darstellungsform an ein fortlaufendes Behandlungsprotokoll, welches - kaum überarbeitet - mitgeteilt wird. Die Sprache ist nüchtern und sachbezogen und bleibt weitgehend auf der Beobachtungsebene. So blickt der Verfasser dieser Krankengeschichte nach vielen Jahren selbst mit der Nachsicht für den Anfänger auf diese Darstellung zurück: „Ich weiß, dass kein Analytiker heute (1924) diese Krankengeschichte ohne ein mitleidiges Lächeln lesen kann. Aber man möge bedenken, dass es der erste Fall war, in dem ich das kathartische Verfahren in ausgiebigen Maß anwendete“ (Zusatz 1924 zu S. Freud, 1895, G.W. 1, S. 162).

Ob dieser „Anfänger“ unserer Nachsicht wirklich bedarf, ist eine andere Frage. Eine gründliche Beschäftigung mit Freuds wissenschaftlichem Stil zur Zeit der „Studien“, der von einer Chicagoer Forschungsgruppe vorgelegt wurde, ergibt, daß schon jene Krankengeschichten Musterbeispiele darstellten.

---

<sup>6</sup> . " ich glaube, ich verwandle mich sehr. Ich will Dir da einzeln aufzählen, was auf mich einwirkt. Charcot, der einer der größten Ärzte, ein genial nüchterner Mensch ist, reißt meine Ansichten und Absichten einfach um. Nach manchen Vorlesungen gehe ich fort wie aus Notre Dame, mit neuen Empfindungen von Vollkommenen . . . Ob die Saat einmal Früchte bringen wird, weiß ich nicht; aber daß kein anderer Mensch je ähnlich auf mich gewirkt hat, weiß ich gewiß" (Brief vom 21.10.1885 an Martha Bernays, zit. nach Jones 1960, S. 222).

## Th Kä Kap. 3

„Freud präsentierte klinische Evidenz und theoretische Behauptungen auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen, die von Beobachtungsdaten durch induktives Schließen abgeleitet wurden. Seine Hypothesenbildung durch deduktive Logik war klar gekennzeichnet und wurde sparsam verwendet. Er verwandte Deduktion, um seine Theorien durch klinische Voraussagen zu validieren, die dann im Sprechzimmer getestet werden konnten (Schlessinger et al. 1967, S. 404).

Freuds Aussagen zu den methodischen Schwierigkeiten seiner Falldarstellungen, die sich in seinem Werk finden, zeigen, daß er sich der Problematik von Fallgeschichten als wissenschaftlicher Kommunikationsform durchaus bewusst war und stets den heuristischen Charakter dieser Mitteilungen hervorzuheben wusste. Im Folgenden werden deshalb einige dieser Feststellungen zusammengestellt, wie sie sich in den verschiedenen großen Krankengeschichten finden. So leitet er die Mitteilung des Dora-Falles mit folgenden Worten ein:

„Wenn ich nach längerer Pause daran gehe, meine in den Jahren 1895 und 1896 aufgestellten Behauptungen über die Pathogenese hysterischer Symptome und die psychischen Vorgänge bei der Hysterie durch ausführliche Mitteilung einer Kranken- und Behandlungsgeschichte zu erhärten, so kann ich mir dieses Vorwort nicht ersparen, welches mein Tun einerseits nach verschiedenen Richtungen rechtfertigen, andererseits die Erwartungen, die es empfangen werden, auf ein billiges Maß zurückführen soll“ (1905e G.W. V, S. 163).

Seine leitende Zielvorstellung war es, „etwas von dem Material dem allgemeinen Urteil zugänglich zu machen“, aus dem er jene Ergebnisse gewonnen hatte. Allerdings räumt er auch gleich ein, daß hierbei erhebliche technische Schwierigkeiten der Berichterstattung zu überwinden sind. Denn der Arzt darf während der Sitzung mit dem Kranken keine Notizen machen, „weil er das Misstrauen des Kranken erwecken und sich in der Erfassung des aufzunehmenden Materials stören würde. Es ist auch ein für mich noch ungelöstes Problem, wie ich eine Behandlungsgeschichte von langer Dauer für die Mitteilung fixieren könnte“ (G.W. V, S. 166). Im Dora-Fall kamen zwei für die Berichterstattung günstige Momente zusammen:

„erstens, daß die Dauer der Behandlung sich nicht über drei Monate erstreckte; zweitens, daß die Aufklärungen sich um zwei - in der Mitte und am Schluss der Kur erzählte - Träume gruppierten, deren Wortlaut unmittelbar nach der Sitzung festgelegt wurde, und die einen sicheren Anhalt für das anschließende Gespinnst von Deutungen und Erinnerungen abgeben konnten“ (G.W. V, S. 166).

So war es möglich, daß Freud diese Krankengeschichte erst nach Abschluss der Kur aus dem Gedächtnis niedergeschrieben hat. Als motivierendes Element für diese Gedächtnisleistung versäumt er es nicht hervorzuheben, daß die Erinnerung durch das Interesse an der Publikation gesteigert wurde.

Der Dora-Fall hat eine Vielzahl von klinischen Sekundäranalysen nach sich gezogen (u.a. Deutsch 1957; Kanzer 1966; Erikson 1962, 1964; Levine 2005; Mahony 1987, 2005). Unter methodologischen Gesichtspunkten hat Marcus (1974) auf die sprachlichen Qualitäten des Textes und seiner persuasiven Kraft hingewiesen; dies sei eine tour-de-force in Sachen Überzeugungskunst wie Spence (1987) meint. Dieser weist außerdem auf eine wenig bekannte Arbeit von Hertz (1983) hin: Freud und Dora seien gleichermaßen verschwiegen; keiner von beiden erzählt die ganze Geschichte und es bleibt eine Art Unbestimmtheit über

die Herkunft des Wissen der beiden Protagonisten<sup>7</sup>. Bei Dora bleibe dies unklar; bei Freud handle es sich es um eine überlegte Zurückhaltung. Ganz anderer Meinung ist Brede (2002): sie hält die von Spence vertretene Anknüpfung an die Sherlock Holmes Tradition für irreführend. Diese suggeriere, "es gäbe einen positivistischen Weg der Datengewinnung und eine eindeutige Erklärung für neurotische Erkrankungen. Tatsächlich lockere sich in der Fallstudie aber der Zusammenhang zwischen klinischem und explanatorischem Narrativ" (S. 243). Stattdessen schlägt sie vor, "in der Fallstudie ein eigenständiges Genre zur Darstellung wissenschaftlicher Beobachtungen und ihrer psychoanalytische Resultate zu sehen". Die von ihr vorgeschlagenen Kriterien - Temporalstruktur, Sinnkonstruktion, Fragmentcharakter und Beobachtersubjektivität - müssen sich jedoch erst noch bewähren. Aber woran, wäre zu fragen.

Freuds nächste Krankengeschichte behandelt die „Analyse der Phobie eines fünf-jährigen Knaben, des „Kleinen Hans“ (Freud, 1909, G.W. VII, S. 241-377). Hier beruht die Darstellung auf den stenographischen Protokollen des Vaters des Patienten, der selbst die Behandlung durchgeführt hat. Freud selbst kommentiert die Behandlung und gibt eine epikritische Zusammenfassung, in der er die vorgelegte Beobachtungsreihe nach drei Richtungen hin prüft:

„Erstens, inwieweit sie die Behauptung unterstützt, die ich in den drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905) (im Original gesperrt gedruckt) aufgestellt habe; zweitens was die zum Verständnis der so häufigen Krankheitsform zu leisten vermag; drittens, was sich ihr etwa zur Aufklärung des kindlichen Seelenlebens und zur Kritik unserer Erziehungsabsichten abgewinnen lässt“ (G.W. VII, S. 336).

Im Rahmen der hier interessierenden methodologischen Fragen zur Bedeutung der Krankengeschichte als praktisches und wissenschaftliches Kommunikationsmittel zeichnet sich dieser Bericht durch eine relativ klare Trennung von Beobachtung und erklärendem Kommentar aus. Dies erklärt sich durch eine Rollenverteilung, in der der Vater als Therapeut berichtet und Freud als „Kontrollanalytiker“ kommentiert. Das Interesse des Vaters an der Psychoanalyse unterstützt wohl die Aufmerksamkeit für das gesuchte Material, gleichwohl bleibt im Text eine deutlich erkennbare Abhebung beider Ebenen bestehen. Dieser Umstand dürfte dazu beigetragen haben, daß dieser Fall einer Pferdephobie recht vielfältig re-interpretiert werden konnte. So wurden psychoanalytische Ergänzungen und Alternativen z.B. von Baumeyer (1952) und Loch u. Jappe (1974) eingebracht. Gardner (1972) verleiht dem „Kleinen Hans“ das Lob, er sei “ the most famous boy in child psychotherapy literature“. Es spricht wohl für eine Fallpräsentation, wenn sie alternative Erklärungen überhaupt erlaubt.

Im gleichen Jahr veröffentlichte Freud eine weitere umfangreiche Krankengeschichte. Die „Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose“ (1909, G.W. VII, S. 379-463) enthalten

---

<sup>7</sup> Hingewiesen werden soll auch auf die literaturwissenschaftliche - zum großen Teil feministische - Literatur zum Fall Dora (King 1995; Lange-Kirchheim 1999)

allerdings weit mehr als der bescheidene Titel ankündigt. Der Fall des Rattenmannes, Paul Lorenz, ist nämlich der einzige der sechs großen Fallberichte, der eine vollständige und erfolgreiche Behandlung darstellt. Diese Falldarstellung ist in vielfacher Hinsicht exemplarisch zu nennen. Die technischen Schwierigkeiten der Berichterstattung, über die Freud noch bei dem Dora-Fall geklagt hatte - wie nämlich ein größerer Behandlungszeitraum überhaupt im Gedächtnis behalten werden könnte - wurden gelöst. Der Fallbericht basiert nämlich auf den täglichen Aufzeichnungen, die Freud abends anzufertigen pflegte.

Zwar warnt Freud gerade in diesem Falle davor, „die Zeit der Behandlung selbst zur Fixierung des Gehörten zu verwenden. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit des Arztes bringt dem Kranken mehr Schaden als durch den Gewinn an Reproduktionstreue in der Krankengeschichte entschuldigt werden kann“ (G.W. VII, S. 385). Die täglichen Aufzeichnungen bilden jedoch den unerlässlichen Fundus für die nachfolgende wissenschaftliche Verwertung. Da Freud aber sowohl das Manuskript wie das vorbereitende Notizenmaterial zu vernichten pflegte, und außerdem davor warnte, sich vor Abschluss einer Behandlung auf Erklärungen festzulegen, wird häufig die Meinung vertreten, daß die psychoanalytischen Krankengeschichten - wie Athene aus dem Kopf des Zeus - erst nach Abschluss der Behandlung aus dem Kopf des Analytikers entspringen dürfen. Hierbei wird unausgesprochen davon ausgegangen, als hätte sich im „Kopf“ (= dem Unbewussten) des Analytikers das ganze relevante Material angesammelt und strukturiert. Freud jedoch zog es vor, sehr gründliche Aufzeichnungen zu machen:

"Dank einem merkwürdigen Zufall jedoch sind die laufenden Aufzeichnungen dieses Falles, wie sie Abend für Abend eingetragen wurden, erhalten geblieben, wenigstens die meisten der ersten vier Monate der Behandlung, und James Strachey hat sie mit der Geschichte des Falles in englischer Übersetzung herausgegeben“ (Jones, 1962, S. 274).

Es lohnt sich, diese Krankengeschichte im Detail zu studieren, da ihr Aufbau besonders Freuds Fähigkeit zur dramaturgischen Gestaltung des Dialogs zwischen dem Leser und ihm zeigt<sup>8</sup>. In der Einleitung hebt Freud zwei Funktionen der „nachstehenden Blätter“ hervor: erstens, es seien *fragmentarische Mitteilungen* (Hervorhebung von uns) aus der Krankengeschichte eines Falles von Zwangsneurose, zweitens, aber in Anknüpfung an diesen und in Anlehnung an andere früher analysierte Fälle gäbe es *einzelne aphoristische Angaben* (Hervorhebung d. Vf.) über die Genese und den feineren Mechanismus der seelischen Zwangsvorgänge. Eine Begründung für den fragmentarischen Charakter dieser Krankengeschichte gibt Freud durch den Hinweis auf seine ärztliche Pflicht, die besonders in der Großstadt den Patienten vor indiskreter Neugierde schützen soll. Keinesfalls sollte man glauben, „ich hielte diese Art und Weise der Mitteilung für untadelhaft und nachahmenswert“ (ib. S. 381). Der aphoristische Charakter der theoretischen Angaben soll ebenfalls keine

---

<sup>8</sup> Hier kann an andere klinische Lehrer erinnert werden, deren didaktisches Geschick die Überführung einer Krankenvorstellung in die Form eines Buches überlebt, wie dies für V. von Weizsäcker's „Klinische Vorstellungen“ gelten mag.

Vorbildstiftende Funktion haben, sondern ist mit Freuds Bekenntnis verbunden, daß es ihm „bisher noch nicht gelungen ist, das komplizierte Gefüge eines *schweren* Fallen von Zwangsneurose restlos zu durchschauen“ (S. 382). Um die Struktur der Krankengeschichte besser verfolgen zu können, haben wir folgende Übersicht erstellt:

### Einleitung

#### *I. Aus der Krankengeschichte*

A. = Die Einleitung der Behandlung	(1. Sitzung)
B. = Die infantile Sexualität	(1. Sitzung)
C. = Die große Zwangsbefürchtung	(2. + 3. Sitzung)
D. = Die Einführung ins Verständnis der Kur = (Vertiefung, Erläuterung von Freud über die psychologischen Unterschiede des Bewussten vom Unbewussten) = (weitere Kindheits Erinnerung) = (dasselbe Thema)	(4. Sitzung) (5. Sitzung) (6. Sitzung) (7. Sitzung)
E. = Einige Zwangsvorstellungen und deren Übersetzung	
F. = Die Krankheitsveranlassung	
G. = Der Vaterkomplex und die Lösung der Rattenidee	

#### *II. Zur Theorie*

- A. Einige allgemeine Charaktere der Zwangsbildungen.
- B. Einige psychische Besonderheiten der Zwangskranken, ihr Verhältnis zur Realität, zum Aberglauben und zum Tod.
- C. Das Triebleben und die Ableitung von Zwang und Zweifel.

Die detaillierte Entfaltung der Thematik wird in zeitlicher, strenger Reihenfolge eingeführt. Der Leser kann Freud über die Schulter (oder durch den one-way screen) schauen. Freud wendet sich gleichfalls, als klinischer Lehrer, an bestimmten Punkten der Darstellung von der Schilderung des Patienten ab zum Leser hin, und erklärt zusammenfassend die Bedeutung der vorgebrachten Schilderungen: „Was unser Patient in der 1. Stunde der Behandlung aus seinem 6. oder 7. Jahr schildert, ist nicht nur – wie er meint – der Beginn der Krankheit, sondern die Krankheit selbst“ (G.W. VII, S. 388). Mit diesen Worten leitet er z.B. die kritische Besprechung der infantilen Sexualität ein. Es folgen darauf die theoretischen Vorgriffe, die Explikation des bereits bekannten Wissens: „Eine vollständige Zwangsneurose, der kein wesentliches Element mehr abgeht, ist zugleich der Kern und das Vorbild des späteren Leidens....“ (S. 388). Freuds Technik der Darstellung besteht also in einem Oszillieren zwischen einer sehr sorgfältigen Deskription<sup>9</sup>, eines kürzeren Materials und der gründlichen theoretischen Aufarbeitung. Diese theorie-bezogene Klärung dient nicht nur dem bisher Gesagten, sondern führt auch zu Hypothesen, die den weiteren Gang der Aufklärung bestimmen werden: „Wenn wir anderswo gewonnene Einsichten auf diesen Fall von Kinderneurose anwenden, so müssen wir *vermuten* (Hervorhebung von uns), daß auch hier, also vor dem 6. Jahre, traumatische Erlebnisse, Konflikte und Verdrängungen vorgefallen

---

<sup>9</sup> Nicht zufällig wird Freud in einer Fußnote zu dieser Darstellung darauf hingewiesen haben, daß die Ausführungen sich auf die Niederschrift des Behandlungstages beziehen.

sind, . . . (S. 389).

Mit der 2. Sitzung führt der Patient das aktuelle Erlebnis ein, das ihn veranlasste, Freud aufzusuchen. Freuds Technik, den Leser für die Darstellung des Patienten zu gewinnen, besteht darin, zwischen sich als dem beteiligten Arzt und der Funktion des Berichterstatters ebenfalls hin- und herzupendeln: „Der Plural macht mich stutzig, sowie er auch dem Leser unverständlich geblieben sein wird. *Wir* haben ja bisher nur von der einen Idee gehört,.....“ (S. 392). Das „Wir“ «Wir» «Wir» holt den Leser in den Behandlungsraum, in die analytische Fallkonferenz hinein. Wird die 3. Sitzung noch weiter dazu verwandt, das auslösende Ereignis darzustellen, so nimmt Freud in der 4. Sitzung die weitere Mitteilung eines Ereignisses zum Anlass, um den Patienten in das Verständnis der Kur einzuführen. Die weitere Verständigung über die Wirkungsweise der analytischen Arbeit in der 5. Sitzung ist besonders interessant im Hinblick auf die Konstellation des Arbeitsbündnisses, wie wir diese, in der Einleitung der Behandlung unerlässliche Beziehungsebene, heute bezeichnen. Das anerkennende Urteil, welches Freud seinen Patienten spüren lässt (S. 402), erfreut diesen so sehr, daß die nächste, die 6. Sitzung, weiteres infantiles Material von großer Bedeutung bringt. Das Thema des Todeswunsches gegen den Vater beherrscht auch die 7. Sitzung. Nach dieser schließt Freud die Exposition der Krankengeschichte, nicht ohne noch ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß sich der Behandlungsverlauf über 11 Monate im Wesentlichen mit dieser in den ersten Stunden gegebenen Abfolge deckt.

Nun wechselt der Schriftsteller Freud die Darstellungstechnik. Anstelle einer fortlaufenden Schilderung gibt er zusammenfassende Darstellungen zunächst einiger Zwangsvorstellungen (E), die Erklärung der Krankheitsveranlassung (F) und die Klärung des Vaterkomplexes mit der Lösung der Rattenidee (G).

In diesen Teilen der Abhandlung werden beispielhaft - pars pro toto -Symptome analysiert und ihre Rückführung auf die verursachenden Konstellationen aufgezeigt. Diese Beispiele werden bereits in einem allgemeineren Kontext eingefügt; so werden, wo immer sich die Gelegenheit bietet, Abgrenzungen und Unterschiede zur Hysterie diskutiert oder Hinweise auf andere Patienten gegeben. Gleichzeitig versucht Freud auch die Frage der Generalisierbarkeit der analysierten Mechanismen zu diskutieren:

„Solche zweizeitige Zwangshandlungen, deren erstes Tempo vom zweiten aufgehoben wird sind ein typisches Vorkommnis bei der Zwangsneurose. Sie werden vom bewussten Denken des Kranken natürlich missverstanden und mit einer sekundären Motivierung versehen - rationalisiert Ihre wirkliche Bedeutung liegt aber in der Darstellung des Konfliktes zweier annähernd gleich großer gegensätzlicher Regungen soviel ich bisher erfahren konnte, stets des Gegensatzes von Liebe und Hass. Sie beanspruchen ein besonderes theoretisches Interesse weil sie einen neuen Typus der Symptombildung erkennen lassen. Anstatt wie es bei Hysterie regelmäßig geschieht, ein Kompromiss zu finden, welches beiden Gegensätzen in einer Darstellung genügt, zwei Fliegen mit einem Schlag trifft, werden hier die beide Gegensätze, jeder einzeln, befriedigt, zuerst der eine und dann der andere, natürlich nicht ohne daß der Versuch gemacht würde, zwischen den beiden einander feindseligen eine Art von logischer Verknüpfung - oft mit Beugung aller Logik – herzustellen“ (G.W. VII, S.41).

Dieses ausführliche Zitat aus der hier diskutierten Krankengeschichte soll belegen, in welchem Ausmaß Freud in dieser Mitteilungsform die klinische Demonstration mit der

Anstrengung des Begriffs verbindet. Die Sicherheit der theoretischen Ausführungen, die sich auch im Detail als Sicherheit in der Deutungskunst niederschlägt, erinnert den Leser, daß das hier analysierte Beispiel *nicht das einzige* dieser Art ist, sondern daß der Autor seine eigenen Konzeptionen an diesem *einen* Fall erprobt. Damit soll nochmals betont werden, wie sehr Freud die Untersuchungsergebnisse einer singulären Krankengeschichte zugleich als generalisierungsfähiges Produkt betrachtet hat

Im zweiten Teil der Abhandlung verkehrt sich das Verhältnis von Praxis und Theorie. Wurden zunächst die klinischen Ausführungen jeweils auf ihren theoretischen Gehalt hin befragt und dadurch festgestellt, so werden nun theoretische Überlegungen in den Mittelpunkt gestellt und nur noch am klinischen Beispiel exemplifiziert. Die gesetzesmäßigen Abläufe der Zwangsneurose, die sich vom einzelnen Fall abstrahieren und verselbständigen lassen, werden auf ihre Bedeutung für den Ausbau der psychoanalytischen Theorie hin dargestellt. Hier wird der Anspruch der Theorie verdeutlicht, allgemeingültige Aussagen zu machen, die sich zuletzt auch auf das Niveau kulturalistischer, entwicklungsgeschichtlicher Hypothesen begeben. Ausgehend von der Rolle "einer seit der Kindheit untergegangenen Riechlust in der Genese der Neurosen", die er auch bei anderen Neurotikern, Zwangskranken und Hysterikern gefunden hat, stellt Freud die Frage, „ob nicht die mit der Abkehrung der Menschen vom Erdboden unvermeidlich gewordene Verkümmerng des Geruchsinnens und die so hergestellte organische Verdrängung der Riechlust einen guten Anteil an seiner Befähigung zu neurotischen Erkrankungen haben kann. Es ergäbe sich ein Verständnis dafür, daß bei steigender Kultur gerade das Sexualleben die Opfer der Verdrängung bringen muss“ (ib. S. 462). Es ist ein Charakteristikum der Freudschen Fallgeschichten, daß sie einerseits die konkrete Analyse des einzelnen Falles leisten, sich aber andererseits in weit reichende Hypothesen einlassen, die erst den ganzen Reichtum der klinischen Überlegungen zum Tragen bringen.

Die oben erwähnten täglichen Aufzeichnungen verdienen noch einen gesonderten Kommentar. 1955 wurden sie im Band 10 der Standard Edition der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Elisabeth Zetzel entdeckte sie jedoch erst 1965, als sie für die Vorbereitung eines Referates statt zu den gewohnten Collected Papers zur Standard Edition griff. Ihre Entdeckung führte zu einer wichtigen Ergänzung der Freudschen Interpretation. In den klinischen Notizen finden sich nämlich über 40 Hinweise auf eine hoch ambivalente Mutter-Sohn-Beziehung, die in der Freudschen Fallgeschichte, wie sie 1909 veröffentlicht wurde, nicht adäquat berücksichtigt wurden (Zetzel 1966). Diese Aufzeichnungen unterstreichen die große Bedeutung einer Trennung von klinischer Beobachtung und theorie-gebundener Interpretation. Freud selbst notierte voller Verwunderung, daß der Patient im Erstinterview, nach der Mitteilung der Bedingungen, gesagt hatte: Ich muss meine Mutter fragen. Im Fallbericht selbst fehlt diese uns heute wohl wichtige Reaktion des Patienten. Weitere

interessante Verarbeitungen und Neubearbeitungen des Rattenmannes unter Heranziehung der Notizen Freuds finden sich u.a. bei Shengold (1971), Beigler (1975), Holland (1975) und Mahony (1986).

Auch der Auszug aus „der Geschichte einer infantilen Neurose“ (1918b), Freuds ausführlichste und zweifellos wichtigste aller Krankengeschichten (zit. nach dem Vorwort in der Studienausgabe SA VIII, S. 127), betrifft einen relativ kurzen Behandlungszeitraum. Nachdem die Analyse bereits 4 Jahre gedauert hatte und kein wesentlicher Fortschritt erzielt worden war (Jones, 1962. S. 327), setzt Freud der Behandlung einen Termin:

"Unter dem unerbittlichen Druck dieser Terminsetzung gab sein Widerstand, seine Fixierung an Kranksein nach, und die Analyse lieferte nun in unverhältnismäßig kurzer Zeit all das Material, welches die Lösung seiner Hemmungen und die Aufhebung seiner Symptome ermöglichte“ (G.W. XII, S. 34).

Die Aufklärung der infantilen Neurose, die Freud in dieser Arbeit beschreibt, stammt nach seinen eigenen Angaben fast ausschließlich aus diesen letzten Monaten, von der Terminsetzung bis zum Behandlungsende. Die Aufforderung des Patienten selbst, Freud solle „die vollständige Geschichte seiner Erkrankung, Behandlung und Herstellung schreiben“, lehnte dieser ab, weil er diese Aufgabe als „technisch undurchführbar und sozial unzulässig“ ansah. Der ‚fragmentarische‘ Bericht - ein Stück Selbstironie, da Freud wohl den Vergleich zum Umfang seiner anderen Krankengeschichten vor Augen hatte - stellt eine Kombination aus Behandlungs- und Krankengeschichte dar und ist folgendermaßen gegliedert:

- I Vorbemerkungen
- I Übersicht des Milieus und der Krankengeschichte
- III Die Verführung und ihre nächsten Folgen
- IV Der Traum und die Urszene
- V Einige Diskussionen
- VI Die Zwangsneurose
- VII Analerotik und Kastrationskomplex
- VI Nachträge aus der Urzeit - Lösung
- IX Zusammenfassungen und Probleme

Es ist hinlänglich bekannt, daß das Ziel dieser Veröffentlichung u.a. war, eine neue Form von Widerstand gegen die Ergebnisse der Psychoanalyse zu bekämpfen. C.G. Jung und A. Adler hatten begonnen, Umdeutungen derart vorzunehmen, daß „anstößige Neuheiten“ beseitigt werden sollten. „Das Studium der kindlichen Neurosen erweist die volle Unzulänglichkeit dieser seichten oder gewaltsamen Umdeutungsversuche“ (Freud 1918b, S. 31). Der Charakter der polemischen Auseinandersetzung, wie in Freuds Darstellung "der Geschichte der psychoanalytischen Bewegung" „(1914d) deutlich spürbar, ist merklich zurückgedrängt; stattdessen wird eine „objektive Würdigung des analytischen Materials“ versucht. Kanzer (1972) hebt in seiner Rezension von Gardiners Sammelbandes „The Wolf-Man by the Wolf-Man“ (1971) hervor, Freud habe, inspiriert durch die Erfahrungen mit dem Wolfstraum, seine Schüler angehalten, ähnliche auf frühe sexuelle Erfahrungen hinweisende Träume zu sammeln und zu berichten. Die Reaktion hierauf habe die direkte Beobachtung und Analyse

von Kindern gefördert. Dies könne als Markstein psychoanalytischer Methodologie betrachtet werden, da die Bedeutung kollaborativer Forschung unterstrichen worden sei (Kanzer 1972, S. 419). Da Freud in dieser Krankengeschichte noch einmal die Unmöglichkeit betont, „die aus der Analyse resultierende Überzeugung in der Wiedergabe derselben irgendwie unterzubringen“ (S. 36) ist dieser Hinweis bemerkenswert; keineswegs war die Methodologie der psychoanalytischen Forschung à priori auf die geglückte Beschreibung nur einzelner Fälle festgelegt. Die von den späteren Behandlungsberichten über den Wolfsmann allerdings erhofften Ergänzungen und Schilderungen der erwachsenen Neurose des berühmtesten Patienten der Psychoanalyse bleiben enttäuschend. Auch die eigenen autobiographischen Angaben des Wolfsmannes tragen wenig zur Aufhellung jener Kindheit bei, der eine so große Beweislast aufgebürdet wurde<sup>10</sup>. Als psychoanalytisch geschulter Literaturwissenschaftler widmet Mahony (1984) dem Wolfmann eine eigene monographische Darstellung.

Freuds sechste Krankengeschichte "Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität" kann im Rahmen dieser methodologischen Erörterung ausgespart bleiben, da Freud hier nur die Darstellung der „allgemeinsten Umriss der Geschehnisse“ und „die aus dem Fall gewonnenen Einsichten“ bringt, da die Erfordernisse der ärztlichen Diskretion eine ausführlichere Wiedergabe unmöglich machten (1920a, G.W. XII, S.271).

Umso interessanter ist es, die vierte Krankengeschichte aus dem Jahre 1911 vom methodologischen Standpunkt aus zu diskutieren. Freuds "Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides)" beziehen sich auf einen Kranken, den Freud nie gesehen hatte. In einem strengen Sinne handelt es sich also gar nicht um eine Krankengeschichte<sup>11</sup>. So scheint Freud eine Rechtfertigung für den Umstand geben zu müssen, daß „die analytische Untersuchung der Paranoia uns Ärzten, die nicht an öffentlichen Anstalten tätig sind, Schwierigkeiten besonderer Natur“ bietet (1911, G.W. VIII, S. 240). Weil die therapeutischen Aussichten als gering eingeschätzt wurden, konnte Freud in der Regel nicht genug analytisches Material bekommen, um für die Struktur der Fälle „analytische Entscheidungen zu treffen“ (S. 240). Eine geschickte Wendung, die das bisher bereits Bekannte über die Paranoia heranzieht, verwandelt die ungünstige Situation in eine ausgesprochen vorzügliche:

„Die psychoanalytische Untersuchung der Paranoia wäre überhaupt unmöglich, wenn die Kranken nicht die Eigentümlichkeit besäßen, allerdings in entstellter Form, gerade das zu verraten, was die anderen Neurotiker als Geheimnis verbergen. Da die Paranoiker nicht zur Überwindung ihrer inneren Widerstände gezwungen werden können und ohnedies nur sagen, was sie sagen wollen, darf gerade bei dieser Affektion der schriftliche Bericht oder die gedruckte Krankengeschichte als Ersatz für die persönliche Bekanntschaft mit dem Kranken eintreten“ (G.W. VIII, S. 240).

---

<sup>10</sup> Eine sehr klare und didaktisch gut gegliederte Übersicht über die Argumentationsstruktur im Wolfsmann geben Lebovici und Soulé (1978, S. 73ff.)

<sup>11</sup> Vgl. auch Adlers Fall Frl. R. (1928)

Was zunächst als Rechtfertigung eingeführt wird, erweist sich als großer Vorteil. Freud kann den Leser auffordern, alle Stellen der 'Denkwürdigkeiten', die seine Deutungen stützen, im Wortlaut selbst nachzulesen. Was bis dahin nicht möglich war, nämlich dem potentiellen Kritiker auch die Ausgangsdaten zur Verfügung zu stellen, wird hier zum ersten Mal eingelöst. So kam es auch zu der englischen Übersetzung durch MacAlpine und Hunter (1955). Sie hatten, mit den therapeutischen Erfolgen der bis dahin gültigen These vom homosexuellen Konflikt der paranoiden Psyche unzufrieden, sich wieder dem „Urtext“ zugewandt, der mehr zitiert als wirklich gelesen wurde:

"We therefore read Schreber's memoirs and subsequently published a study (Macalpine and Hunter, 1953) in which we showed that projection of unconscious homosexuality, though playing a part in the symptomatology, could not account for the illness in course or outcome, phenomenologically or aetiologically" (S. 24).

Aufgrund dieser Erfahrung beschlossen sie die Memoiren Schrebers „Denkwürdigkeiten“ zu übersetzen und stehen nicht an, diesen autobiographischen Bericht auch vom methodologischen Standpunkt und didaktischen Gesichtspunkt aus zu loben:

"For all students of psychiatry, Schreber, his most famous patient, offers unique insight into the mind of a schizophrenic, his thinking, language behavior, delusions and hallucinations, and into the inner development, course and outcome of the illness. His autobiography had the advantage of being complete to an extent no case history taken by a physician can ever be: its material is not selected or subject to elaboration or omission by an intermediary between the patient and his psychosis, and between both and the reader. Every student therefore has access to the totality of the patient's products. Indeed the memoirs may be called the best text on psychiatry written for psychiatrists by a patient" (S. 25).

Freuds Bericht über den Senatspräsidenten Schreber wurde zunächst von mehreren psychoanalytischen Autoren aufgegriffen und weiter verwendet. K. Abraham untersuchte 1914 einen Fall von neurotischer Lichtscheu, die bis dahin noch keine spezielle Bearbeitung in der Literatur gefunden hatte: „Und doch existiert...ein Hinweis, der zur Aufklärung der uns beschäftigenden Affektionen einen wichtigen Fingerzeig gibt“ (1914, S. 327). Der Hinweis bezieht sich auf Schrebers Wahnidee, minutenlang ohne Blendung das Licht der Sonne ertragen zu können. Ist bei dem Psychotiker eine wahnhaftige Verkennung der Gefahr der Blendung anzunehmen, so nimmt Abraham bei dem Neurotiker eine Angst, eine übertriebene Befürchtung vor der Gefahr der Blendung an.

Es ist wissenschaftshistorisch nun vom besonderen Interesse zu sehen, wie sich eine Schreber-Forschung entwickelte, die wie Macalpine und Hunter, nicht nur die von Freud exzerpierten Stellen der „Denkwürdigkeiten“ verwendete. Bis dahin wurde der Freudsche Bericht von einer Reihe bedeutender Psychoanalytiker aufgegriffen und als beispielhaft dargestellt (Abraham 1914, 1923; Bonaparte 1927; Fenichel 1931; Spielrein 1912; Storch 1922; Brenner 1939). Ab 1945 begann sich eine eigene Schreber-Forschung zu etablieren, die besonders in der amerikanischen Psychoanalyse durch die Arbeiten von Niederland (1951, 1956, 1957, 1958, 1959a, 1959, 1960, 1963 und 1974), Katan (1949, 1950, 1952, 1953, 1954, 1959) und Nunberg (1952) getragen wurde. Eine Reihe weiterer Analytiker beteiligten sich an dieser Diskussion wie z.B. Searles (1961), White (1961, 1963), Kitay

(1963)<sup>12</sup>. Von besonderem Interesse ist, daß 1946 Franz Baumeyer ärztlicher Direktor des Krankenhauses wurde, in dem Schreber hospitalisiert war, und dabei auf neues umfangreiches Material stieß, welches er in den folgenden Jahren veröffentlicht hat (1955/56, 1970). Neben den Beiträgen Katans und Nederlands sind diejenigen Baumeyers die wichtigsten, die von der Psychoanalyse zum weiteren Verständnis beigebracht wurden. Auf Veranlassung von J. Lacan wurde auch eine französische Übersetzung der „Denkwürdigkeiten“ angefertigt, die in den Seminaren der Lacan-Gruppe durchgearbeitet wurde. Lacan selbst hat eine linguistisch-strukturelle Analyse des Werkes vorgelegt, die besonders ein Verständnis der Wahnvorstellungen «Grundsprache» Schrebers gefördert hat (Lacan 1959). Die Fruchtbarkeit der Entscheidung, eine öffentlich zugängliche Fallgeschichte als Ausgangspunkt gewählt zu haben, wird auch noch dadurch erhärtet, daß auch außerhalb psychoanalytischer Kreise dieses Werk zum Gegenstand wissenschaftlicher Analysen wurde. In „Masse und Macht“, wo Elias Canetti die Aufzeichnungen Schrebers in zwei Kapiteln analysiert, ist die Kritik an Freud nicht mit dessen Namen verbunden: „Man hat diesen Fall im Einzelnen und dann auch die Paranoia überhaupt auf verdrängte homosexuelle Anlagen zurückzuführen versucht. Ein größerer Irrtum ist kaum möglich“ (1978, S. 518). Doch es ist klar, wer gemeint war<sup>13</sup>.

Indem wir Freuds Analyse des Schreber-Falles an das Ende dieser Durchsicht der Krankengeschichten gestellt haben, wollen wir zeigen, daß hier eine für die weitere Forschung besonders günstige Konstellation vorgelegen hat: daß nämlich Original und Deutung deutlich zu trennen sind und Deutungsansätze immer wieder neu versucht werden konnten. Gewiss lassen sich für die Bedeutung der Freudschen Krankengeschichten und ihrer methodologischen Besonderheiten auch andere Betrachtungsweisen wählen. Steven Marcus analysierte den Dora-Fall als literarisches Kunstwerk und findet, daß Krankengeschichten eine neue Literaturgattung darstellen, „schöpferische Leistungen, die ihre eigene Analyse und Deutung in sich tragen“ (1974, S. 78).

Diese Hinweise zum Kommunikationsmedium „Fallgeschichte“ in Freuds Schriften haben sich an den sechs großen Krankengeschichten (Jones 1962, S. 304ff.) orientiert. Die Abgrenzung zu anderen klinischen Mitteilungen Freuds ist gewiß reichlich unscharf, nicht auf einer quantitativen Basis anhand eines irgendwie explizierten Abgrenzungskriteriums geschehen. Es handelt sich aber um umfangreichere Darstellungen einzelner Patienten, an denen zugleich auch allgemeines sichtbar gemacht werden sollte.

Anlässlich eines Rückblicks auf 100 Jahre „Freud und Dora“ (Levine 2005) notiert der Literaturwissenschaftler und Psychoanalytiker P. Mahony (2005) seine persönliche Sicht auf die Freudschen Fallgeschichten:

„Beim Schreiben einer Trilogie über Freuds Fallberichte – Dora, Rattenmann und Wolfsmann – war ich

---

<sup>12</sup> Die Aufzählung ist keinesfalls vollständig. Weitere Hinweise finden sich bei Niederland (1974) und Meissner (1976).

<sup>13</sup> S.d. M. Rohrwasser (1999, S.153)

beeindruckt davon, wie diese Werke Erfahrungen unter verschiedenen Gesichtspunkten beschrieben haben: für Freud organisierten diese Narrative professionelles Wissen, denen er „größte Bedeutung“ zuwies; für die ungeheilten Subjekte Dora und Wolfsmann wurde ihr Schicksal als präödpale und ödpale „Wracks“ ausgeglichen durch ihre spätere Rolle als Subjekte in Freuds berühmten Narrativen; und nicht zuletzt fungierten Freuds Fallgeschichten für viele nachfolgende Generationen von Analytikern als selbstbestätigende, professionell organisierte Erfahrungsbestände“ (S.43).

Beträchtlich viel Zeit musste vergehen, bis – so Mahony – Analytiker eine optimale interpretative Distanz im Hinblick auf Freuds wirkmächtige Texte erringen, und sich der Übertragung einer über Generationen hin vermittelten Idealisierung entziehen konnten. In der Diskussion dieser letzten Publikation von Mahony hat Sachs (2005), der ab 1956 Kandidat eines amerikanischen Instituts war, auf die geradezu deformierenden Auswirkungen solcher Idealisierungen auf den Werdegang junger Analytiker nachdrücklich aufmerksam gemacht. Die zur Zeit vorherrschende De-Idealisierung hat allerdings, wie wir mit Sachs feststellen, ihre eigenen Gefahren: “It can lead to a reforming zeal that replaces objectivity with complete subjectivity. Such swings to extremes may be inevitable but cannot be seen as desirable, because the necessary tension between these extremes is essential for the kind of science that psychoanalysis is.” (Sachs 2005, S. 50).

### 3.3. Die einzelne Persönlichkeit als Forschungsgegenstand in den Sozialwissenschaften

Wissenschaftlich ist es von großem Interesse, daß sich Freuds Verwendung der essayistischen Krankengeschichte nicht als vereinzelt Phänomen abspielte, sondern sich in einen übergreifenden geistigen Zusammenhang einfügen läßt, der, ohne daß er Freud im einzelnen bekannt gewesen sein muß, doch seine Wirksamkeit entfaltet haben dürfte (s. hierzu z.B. P. Brückner über S. Freuds Privatlektüre, 1975). Wenn auch die wissenschaftliche Welt, insbesondere die Medizin durch die großen Erfolge der naturwissenschaftlichen Forschungsmethoden beeinflusst wurde, so war das geistige Klima dieser Jahrzehnte nicht so einheitlich wie dies die Schulmedizin, die an den Universitäten gelehrt wurde, vermuten läßt. Die Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert war, bevor die Griesingersche These, daß Gemütskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, zur Basis der deutschen Psychiatrie wurde, von der Anstaltspsychiatrie beherrscht. Von den Psychiatern dieser ersten neuzeitlichen Institutionen schreibt Bodamer (1953) in einem Rückblick eine höchst bemerkenswerte Laudatio:

"Nicht wenige von ihnen sind selbst Dichter, wie Zeller, Jacobi, Heinroth und Feuchtersleben. Aus innerer Rerufung und humaner Begeisterung wenden sie sich der Psychiatrie zu, die es damals als Fach noch gar nicht gab und der sie erst eine Stätte schaffen mussten, nachdem sie sich auf wissenschaftlichen Bildungsreisen in Frankreich, England und im übrigen Europa einen persönlichen Eindruck in den Stand des Irrenwesens verschafft hatten . . . Leitstern ihres psychiatrischen Wollens und psychotherapeutischen Wirkens ist die Idee einer philosophischen Anthropologie, die ins Medizinische transformiert wird. Damit sind sie Vertreter von Gedanken, die dem europäischen Selbstbewusstsein zuerst von Hamann, Herder und Humboldt eingegeben wurden. Die persönlichkeitsbildende Kraft der Klassik ist an ihnen bis in ihren literarischen Stil hinein deutlich. Manche ihrer Krankengeschichten erinnern an Schilderungen Kleists, Schillers und Jean Pauls» (S. 520).

In diesem Aufsatz betont Bodamer besonders die engen deutsch-französischen Beziehungen in der Psychiatrie vor Beginn des siebziger Krieges. Aber ab 1871 trennen sich in der Psychiatrie die Wege beider Völker:

"Und Charcot klagt dem jungen Freud, daß seit dem deutsch-französischen Krieg die Fühlungnahme mit den deutschen Wissenschaftlern zum Schaden der Wissenschaft aufgehört habe" (S. 522).

Die Wiederanknüpfung dieser abgebrochenen Beziehung läßt sich vielleicht nicht zufällig mit der Entstehung der Psychoanalyse verknüpfen. Freud brachte von seinen Besuchen bei Bernheim, Liebau und Charcot einen therapeutischen Optimismus mit, der ihn fast zum Wiener Missionar für die Radikalität der Franzosen werden ließ, die die Hysterie als ernsthaftes Forschungsobjekt gelten ließen. Mit der Ernsthaftigkeit, mit der er für die wissenschaftliche Legitimität der Hysterieforschung kämpfte, stand er auch für die methodologischen Konsequenzen des neuen Forschungsansatzes ein. Schlessinger et al. (1967) unterstreichen diesen methodischen Schritt dadurch, daß sie auf die klassisch-psychiatrische Konvention hinweisen, die in Wien zu dieser Zeit herrschte, und daß diese weit vom therapeutischen Optimismus der französischen Schule entfernt war. Die Psychiatrie wurde in ihrer Entwicklung jedoch von diesen ersten Ansätzen lebensgeschichtlich

orientierter, intensiver Studien einzelner Menschen nicht wesentlich beeinflusst. In Anlehnung an die somatische Medizin, in der seit Beginn der Aufklärung eine Abtrennung der Krankheit vom jeweiligen Individuum vollzogen wurde, wurden aus Individuen „Fälle“.

Die Zeiten, in denen Psychiater wie Zeller sich um ausgearbeitete Schilderungen ihrer Patienten bemühten, um ihren eigenen humanistischen Idealen gerecht zu werden, waren mit dem Vormarsch der Universitätspsychiater, und damit der Priorität der theoretischen Ausrichtung vor der praktischen, dahin. Die psychiatrischen Fallgeschichten, die durch Kraepelins Nosologie entscheidend beeinflusst wurden, sind in ihrer inneren Ordnung an der Vorgehensweise des Pathologen, der am Seziertisch demonstriert, orientiert. Die Idee der Krankheitseinheit (nach Gleichartigkeit von Ursache, anatomischem Befund, Zustand und Verlauf) führte zur klinischen Ordnungslehre. Ein "furor classificatorius" nahm alle Lebensgeister der Psychiater in Beschlag und verfolgte nur ein Ziel: (Liepmann 1911, zit. nach Thomä 1958).

Es ist nun interessant zu sehen, wie auch in der Entwicklung der psychologischen Wissenschaft die romantische Verherrlichung des Individuums in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts abgelöst wurde. W. Wundt als repräsentativer Vertreter vertrat die Auffassung, daß alle Menschen im Hinblick auf die interessierenden Merkmale mehr oder weniger gleich seien. Der große Aufschwung der experimentellen Psychologie (z.B. Fechners „Elemente der Psychophysik“, Helmholtz „Lehre von den Tonempfindungen“ oder auch die Ebbinghauschen „Untersuchungen zum Gedächtnis“ stellen die Paradigmen der Forschung dar, an denen sich die nachfolgenden Generationen orientierten) vollzog die gleiche Entwicklung, die wir oben für die Psychiatrie skizziert haben. Umso bemerkenswerter ist aber, daß sich die romantische Einstellung nicht einfach verdrängen ließ, sondern fast gleichzeitig eine Blütezeit der Individualitäts-Thematik sich entfaltete. So erschienen um die Jahrhundertwende eine Vielzahl von Publikationen, die sich mit dem Problem der „Individualität“ in der Psychologie beschäftigten. Als Beispiele seien u.a. genannt: „Individualität“ von G. Baur (1880), „Beiträge zum Studium der Individualität“ von W. Dilthey (1896), „Die Individualität vom allgemein menschlichen und ärztlichen Standpunkt“ von J. Froehlich (1897). In seiner Monographie zur Einzelfallforschung weist Huber auf diesen allgemeinen Zeitgeist hin.

"Die genannten Arbeiten sind beredte Beispiele einer intensiven wissenschaftlichen Auseinandersetzung, zu deren Belebung der Ruf Nietzsches nach einer Psychologie 'großen Stils' nicht unerheblich beigetragen hat" (Huber. 1973, S. 9).

Der große Fortschritt der historischen Wissenschaften schlug so auch auf die Wissenschaften vom Menschen. auf die 'humanities' durch und nach Hehlmann (1963) stellte sich für viele zeitgenössische Psychologen die Frage, ob nicht das Modell des geschichtlichen Vorgehens auch für die Psychologie von Nutzen sein kann:

"Psychisches wie geschichtliches Leben liegen nicht als beobachtbares physisches Ding vor den Augen des Forschers und können daher auch nicht nach Analogie der physikalischen Beobachtung registriert, gemessen, nach Belieben reproduziert und von neuem gemessen werden. Es müsse vielmehr aus dokumentarischen

Zeugnissen erst erschlossen, beschrieben, konstruiert und rekonstruiert werden" (S. 251).

Besonders stark war das Echo dieses Appells auf dem Gebiet der Kinderpsychologie: Wenn es je eine ideographische Periode in der Psychologie gab, dann ist es die Zeit um die Jahrhundertwende; es ist die Zeit der Psychogramme. Mit Freude am genetischen Detail studierte man die Entwicklung von durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Kindern. Huber weist ferner darauf hin, daß der Beginn des Jahrhunderts gleichzeitig auch die Zeit der großen Autopsychogramme ist:

Es sei nur kurz an die Geschichte meines Lebens“ von Helen Keller (1904) erinnert, an das „Seelenleben eines Erblindeten“ von L. Ansaldo (1905) oder an „Der Blinde und seine Welt“ von E. Javal (1904). Nahezu unzählbar ist die Zahl der Pathogramme und klinischen Fallstudien. Nur wenige seien es Beispiel genannt: „The Case of John Kinsel“ von G.B. Cutten (1903), die Somnambulismus-Studien von Th. Flourney (1900, 1901 und 1904) und A.Lemaitre (1903). „The Study of Multiple Personalities, a Very Remarkable Case“ von Morton Prince (1901) oder „Double Consciousness“ von A. Wilsin (1903, 1904)“ (Huber 1973, S. 12)

Aus diesen vielfältigen Quellen bildete sich im Bereich der Sozialwissenschaften als Folge des sogenannten Ideographie-Streites die *Methode der persönlichen Dokumente* als eigenständige Technik heraus, deren Erkenntnisgegenstand zum ersten Mal von Allport (1942) systematisiert wurde.

Was sich in der Entwicklungsperiode um die Jahrhundertwende in vielfältiger Weise ausgestaltete - wobei der psychoanalytische Ansatz einem Zug der Zeit folgte - wurde also erst recht spät als eigenständige Methode dargestellt. Im Folgenden werden wir speziell auf die Abgrenzung von biographischen und kasuistischen Darstellungen eingehen, um die Eigenart der psychoanalytischen Fallstudie besser kennzeichnen zu können. Die Verwendung persönlicher Dokumente als Forschungsmaterial umfaßt verschiedene Darstellungsformen: hierher gehören Auto- und Fremdbiographien, persönliche Aufzeichnungen und Briefe an andere; exemplarisch sei hier nur das „Das Tagebuch eines jungen Mädchens“ erwähnt, welches 1920 von Hug-Hellmuth ediert wurde (von Charlotte Bühler (1931) später als Fälschung identifiziert). Für die methodologische Kennzeichnung besteht nach Allport (1942) eine grundlegende Affinität zwischen den Darstellungen in der ersten Person und der dritten Person. So sind sich auch Autobiographien und Fremdbiographien hinsichtlich der Regeln für das Schreiben und der Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeiten sehr ähnlich. Die beiden Formen haben sich wohl nur deshalb entwickelt, weil in bestimmten Situationen jeweils nur die eine oder die andere anwendbar war. So schreibt z.B. der Psychologe Hans Thomae (1968), daß zur Erfassung des Lebenslaufs oder auch nur kurzer Abschnitte des Lebenslaufs eines Erwachsenen direkte Beobachtung aus praktischen Gründen nur beschränkt möglich sei; hier sei die autobiographische Darstellung des Beobachteten die Methode der Wahl.

Die verschiedenen Darstellungsweisen teilen jedoch die Zentrierung auf ein Individuum. Die Darstellung der einzelnen Persönlichkeit wird jedoch stets vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Prozesse zu betrachten sein, sei es als wichtige Bedingung für die Entwicklung des untersuchten Individuums oder auch nur als Maßstab, der gewisse

moralische oder statistische Normen setzt. Diese gesellschaftliche Verflechtung des Individuums wird in den verschiedenen Einzelfalldarstellungen in unterschiedlichem Ausmaß deutlich gemacht und reflektiert. Beispielhaft kommt die wechselseitige Bedingung von Individuum und Umwelt in der Arbeit von Thomas u. Znaniecki (1927) zum Ausdruck, eine der umfangreichsten sozialwissenschaftlichen Studien zur Situation polnischer Bauern in ihrer Heimat und den USA als Einwanderungsland. Zahlreiche Briefe polnischer Immigranten wurden der ausführlichen autobiographischen Darstellung der Lebensgeschichte eines einzelnen Einwanderers gegenübergestellt. Dabei wird deutlich, wie Gesellschaft und Individuum miteinander verflochtene, einander bedingende Faktoren sind:

„In diesem Zusammenhang ist der Mensch beides, ein fortwährend schaffender Faktor und ein fortwährend geschaffenes Ereignis der sozialen Entwicklung, und diese zweifache Beziehung drückt sich in jeder elementaren sozialen Tatsache aus“ (Thomas u. Znaniecki, 1927, S. 1831).

Die Fallgeschichten der verschiedenen Disziplinen spiegeln diese wechselseitige Abhängigkeit, nicht zuletzt auch in der jeweils vorgenommenen Vereinfachung der Beschreibung.

Gemeinsam ist allen erwähnten Formen der Einzelfalluntersuchung weiterhin der Grad an Strukturierung, den sie auf dem gedachten Kontinuum aller Methoden der psychosozialen Wissenschaften einnehmen. Die „Daten“ werden durch naturalistische Beobachtung erfaßt, und ihre Darstellung geschieht in eigenen Worten, wobei keinerlei vorgegebene Gliederung berücksichtigt und keine bereits festgelegten Formulierungen verwendet werden müssen.

Die unterschiedliche Ausgestaltung der Methode der Einzelfalldarstellung in den einzelnen Fachgebieten zeigt sich - zusammenfassend gesagt - vor allem in der Auswahl der zu untersuchenden Individuen und deren mehr oder weniger vollständiger und vergleichbarer Darstellung; alle diese Faktoren scheinen von der Zielsetzung der Untersuchung abhängig zu sein (für die Soziologie s.d. Szczepanski 1974).

Exemplarisch können die Probleme der Abgrenzung der einzelnen Ausformungen der biographischen Methode an der von Jaspers vorgenommenen Unterscheidung von Kasuistik und Biographik studiert werden.

„Bei der Kasuistik ist ein Gesichtspunkt maßgebend, der auswählen läßt, was an den Erscheinungen wesentlich und berichtenswert ist. Bei der Biographik ist die Einheit des zusammenhängenden Ganzen dieses Individuums maßgebend, die auswählen läßt, was an Gesichtspunkten der Anschaulichkeit dieses Ganzen dienen kann“ (Jaspers, 1965, S. 566).

Diese Abgrenzung verdient es, genauer betrachtet zu werden. Denn Jaspers' Ausführungen zur Methodologie der psychopathologischen Erkenntnis haben die deutsche Psychiatrie nachhaltig beeinflusst; nicht zuletzt durch sie wurde die Doppelbödigkeit des psychiatrischen Denkens gefestigt, in dem nüchterne Kasuistik und kunstvolle Biographie - die eine im Alltag angewandt - die andere zur Erbauung gepflegt - sich unvermittelt gegenüberstanden. Jaspers' Konzeption der Biographie beruht auf der philosophischen Annahme, daß das Seelenleben eine Zeitgestalt sei, als ein Ganzes imponiere:

## Th Kä Kap. 3

„Einen Menschen zu begreifen fordert die Anschauung seines Lebens von der Geburt bis zum Tod . . . Seelische Krankheit wurzelt im Ganzen des Lebens und ist für das Begreifen nicht aus ihm herauszulösen. Dieses Ganze heißt der Bios des Menschen, dessen Beschreibung und Erzählung heißt Biographie“ (1965. S. 563).

Auf der Suche nach der Einheit, Abgeschlossenheit und Vollendung eines Bios aber muß Jaspers konzedieren, daß an diesem Maß gemessen nur wenige Lebensläufe in einem inhaltlichen Sinne abgeschlossen sind; die meisten Menschen sterben, bevor, oder ohne daß ihr Leben vollendet wäre (S. 564). Die Einheit des Ganzen, die zunächst als objektives Kriterium erscheint, erweist sich als Idee, die Konzeption einer entsprechenden Biographie als idealtypischer Entwurf: „Eine absolute Biographie würde das Wesen eines Menschen im Ganzen des ihn umschließenden und tragenden metaphysischen Seins zum Bilde werden lassen“ (S. 565).

Da die absolute Erkenntnis nicht möglich ist, wird die empirische Biographie dennoch von biographischen Gesichtspunkten geleitet, „die uns Anschauungen relativer Totalität in der Zeitgestalt des Lebens ermöglichen“ (S. 565). Hieraus folgt für Jaspers, dass biographische Erkenntnis eine zweifache Verhaltensweise sei:

„Wir schildern und beschreiben, was in der Folge einer allgemeinen biographischen Erkenntnis zugänglich wird - die Biographie wird zum Fall - und wir berühren, lassen fühlbar werden und sind innerlich beteiligt an dem, was dieser eine, einmalige Mensch selber ist, von dem wir erzählen. Dann ist er nicht nur Fall, sondern wird unvertretbare Anschauung des Menschseins in geschichtlicher Gestalt, die uns als diese unvergeßlich und unersetzbar ist, mag sie objektive historische Bedeutung haben oder nicht, wenn sie nur unserem liebenden Blick als diese sichtbar geworden ist“ (S. 565).

Die nüchterne, verstandesmäßige „Unbefangenheit des Forschers“ (S. 568) führt so zu der Erkenntnis eines Falles als Paradigma; „Die Teilnahme des Arztes am Schicksal des Anderen“ aber führt zu einer Betroffenheit aber führt zu einer Betroffenheit, „bei der Zufälle, Einmaligkeiten, Ahnungen, Möglichkeiten von grenzenloser Deutbarkeit für einen Augenblick metaphysisch eindeutig werden. Was ich erblicke, sehe ich nicht mit bloß empirischen Augen des Verstandes. Daher kann ich nur erzählen und in der Erzählung fühlbar machen, was mir offenbar schien, aber unverifizierbar, denn nie weiß ich, ob es da ist oder nicht da ist, nie kann ich es beweisen“ (S. 568).

Diese Aufspaltung der biographischen Erkenntnis in einen rationalen und einen irrationalen Pol macht verständlich, warum die Psychopathologie zu guter Letzt mit K. Schneider in eine Sackgasse geraten ist. Die Kategorie des Individuums als Subjekt war nur dem subjektiven, erlebenden Nachvollzug zugänglich; die verallgemeinernden Erkenntnismöglichkeiten blieben demnach an die nüchternen Funktionen des Verstandes gebunden. Die Funktion der Subjektivität als Erkenntnisinstrument für objektive Zusammenhänge war damit ausgeklammert. Die Einführung des Subjekts in die biographische Erkenntnis fuhr hier nur scheinbar weiter. Der nosologische und der biographische Pol sind zwar in Jaspers' idealer Krankengeschichte verbunden, bleiben aber in der Realität durch einen Abgrund getrennt. Die Überbrückung dieser Beziehungslosigkeit von objektiver und subjektiver Erkenntnisleistung im psychoanalytischen Erkenntnisprozess des empathischen Nachvollzuges macht den Fortschritt deutlich, den die Psychoanalyse für das Verständnis der

psychischen Krankheiten bedeutete.

Implizit ergibt die Schilderung des biographischen Vorgehens bei Jaspers, daß die Biographie nicht nur das Bild des anderen ist, sondern zugleich das eigene Erleben festhält: "Und die Kraft der Erzählung selber wurzelt in der Erregung des Sehens der Gegenwärtigkeit: ich könnte es nicht ein zweites Mal so erzählen. wie es mir einmal gelungen ist" (S. 568).

Das zu beschreibende Individuum übt eine Wirkung auf den Schreiber der Biographie aus, unabhängig davon, ob es sich z.B. um eine historische Persönlichkeit oder um einen Mitmenschen handelt. Es kann Abneigung, Bewunderung, Mitleid hervorrufen, und diese Gefühle werden die biographische Darstellung nachhaltig beeinflussen. Zwischen dem Biographen und dem Helden seiner Biographie besteht eine imaginierte Interaktion, die reale Folgen, z.B. im Gefühlston der Biographie, hat. Die Biographie ist dann auch die Geschichte einer intrapsychischen Objektbeziehung.

Die kasuistische Darstellung sei nach Jaspers gegen eine solche Subjektivierung ihrer Niederschrift dadurch einigermaßen geschützt, daß eine eng umschriebene Aufgabenstellung wenig Raum für die Darstellung persönlicher Anteile des Schreibers läßt. Hieraus aber einen prinzipiellen Gegensatz zwischen Biographie und Kasuistik zu konstruieren, halten wir für übertrieben. Es handelt sich vielmehr um graduelle Unterschiede, um eine quantitativ stärkere oder schwächere persönliche Einfärbung der Beobachtungen, ihrer Auswahl und Darstellung. Der Jaspers'schen Beschreibung der Kasuistik liegt noch die Fiktion zugrunde, in der Psychiatrie gäbe es eine der naturwissenschaftlichen analoge Beobachtungsweise, in der die Rolle des Beobachters und seine Einwirkungen auf die Untersuchungssituation vernachlässigt werden könnte. Entsprechend wird dann die „biographische Wahrnehmung“ als „totales Mitgehen“ geschildert, so daß die eine Verkürzung die andere Übersteigerung bedingt. Die kritische Reflexion des „liebenden Blickes“ und seiner Auswirkungen auf die Beobachtungssituation als zwischenmenschliche Realität hätte Jaspers über das statische und genetische Verstehen hinausführen können.

Hans Thomae (1968), der sich mit den Möglichkeiten autobiographischen Materials beschäftigt hat, würdigt das grundlegende Verdienst Sigmund Freuds, die Biographie als Kunde von den „Schicksalen“ «Schicksalen» eines Menschen, d.h. als Sequenzen von „Erlebnissen“ und innerseelischen „Strukturen“, daran sich erneut anschließenden veränderten Erlebnissen und verengten und verfestigten Strukturen, für die moderne Psychologie entwickelt zu haben (S. 184). Freud habe die Biographik einmal in Richtung auf die Erhellung der frühen Kindheit, die sonst nur flüchtig erwähnt bzw. behandelt wurde, erweitert, zum anderen in Richtung auf die Berücksichtigung der verschiedenen "Ebenen" des Auffassens und Erlebens und der Reaktion. Charakteristisch für die psychoanalytische Biographik sei, daß „der theoretischen Primäreinstellung entsprechend der Suchscheinwerfer der Analyse zum Beispiel über die Methode des freien Einfalls und der Traumanalyse auf alle 'Ereignisse' der Vergangenheit gerichtet wird, bis die zu dem >Konzept< passenden

Primärerlebnisse aufgedeckt werden" (S. 185). Thomae bezeichnet diese Form der biographischen Erschließung eines Individuums als "Ereignis-Zustand-Analyse": Die Stiftung eines Zusammenhanges zwischen einem oder einigen Ereignissen in der Kindheit und einem zur Zeit bestehenden "Zustand" des Patienten ist das theoretische Ziel. "Seine besondere Problematik erhält dieses ganze Vorgehen dort, wo aus dem Aufweis des Vorkommens eines wie auch immer weit entfernten Ereignistypus und eines 'Symptoms' ätiologische Schlussfolgerungen gezogen werden. Diese Problematik wird besonders verstärkt, wenn die Darstellung eines einzigen prägnanten Falles die Beweislast tragen sollte" (S. 186). Noch an einer anderen Stelle wird deutlich, dass Thomae, der als Psychologe besonderen Wert auf die methodisch exakte Auswertung des (auto-)biographischen Materials legt, in der mangelnden Überprüfbarkeit der Schlussfolgerungen das größte Manko der psychiatrisch - psychoanalytischen Krankengeschichten sieht:

"Jede Krankengeschichte stellt eine Verbindung von Fremdbeobachtungen und explorativ erhobener Eigenanamnese des Falles dar. In der Falldarstellung wird aber nicht immer die Grenze zwischen der Schilderung eines Verhaltens durch einen dritten Beobachter und durch den Klienten selbst deutlich. Viele Anwendungen der gleichen Methode innerhalb der Psychotherapie stützen sich fast ausschließlich auf die Aussagen des Patienten, die als solche hier freilich als Material für die Interpretation und nicht per se als Fakten genommen werden. Es ist diese unkritische Art der Behandlung der verschiedenen Quellen der Aussage, was die Anwendung der biographischen Methode vielen Anhängern einer 'objektiven' Psychologie verdächtig macht" (S. 166).

In diesem Zusammenhang betont Thomae, dass die Psychoanalyse die zu beschreibenden Phänomene unter thematischen Gesichtspunkten auswähle, während die Psychologie im Gegensatz dazu bemüht sei, die biographische Methode auf eine systematisch gezogene Stichprobe anzuwenden.

Thomae räumt ein, dass auch die biographische Methode, wie sie in der Psychologie verwendet wird, nicht den allgemein angewandten Kriterien für Wissenschaftlichkeit in dem Ausmaß entspricht, wie viele andere Methoden; jedoch gäbe es eine Reihe von Fragestellungen, zu deren Beantwortung die biographische Methode überhaupt die einzig anwendbare Methode sei, da Tests im weitesten Sinne nur bedingt einsetzbar seien, weil sie einen zu kleinen Bereich der Persönlichkeit erfassen, und Beobachtungen, auch mit technischen Hilfsmitteln, aus praktischen und ethischen Gründen meist nicht möglich seien. Einige von den allgemein gültigen Kriterien der Objektivität, der Reliabilität und der von der Validität abgeleiteten Forderungen speziell an (auto-)biographischen (Fall-) Darstellungen sollten jedoch auf alle Fälle erfüllt sein:

1. Die Forderung nach Überschaubarkeit der Bedingungen, unter denen ein dargestelltes Phänomen und der Bericht darüber zustande kam, als Gegenstück zu der Forderung nach Kontrollierbarkeit und Variierbarkeit der Bedingungen im Experiment;
2. die Forderung, daß möglichst wenig von den vorhandenen theoretischen Voreingenommenheiten bei der Darstellung des Falles implizit einfließt, damit Untersuchungen verschiedener Autoren am selben Fall vergleichbar sind;
3. die Forderung nach Konkretheit der Aussagen, die weder zugunsten von Vagheit noch von theoretischen Schlagwörtern aufgegeben werden darf;
4. die Forderung nach Vollständigkeit der Darstellung, die das Aufstellen von Erklärungsalternativen ermöglicht;

## Th Kä Kap. 3

5. die Forderung nach Prägnanz, womit eine Ordnung des Ausgesagten nach bestimmten Gesichtspunkten gemeint ist.

Im Gegensatz zu diesen von Hans Thoma aufgestellten Kriterien, die sich ausschließlich auf die formale Gestaltung einer Falldarstellung beziehen, stellte Dollard - Klinischer Psychologe, Schüler von E. Sapir, am Institute of Human Relations der Yale Universität - schon 1935 sieben Forderungen für die inhaltliche Strukturierung von Falldarstellungen auf (S. 8).

1. Das zu beschreibende Subjekt muß als durch eine Reihe kultureller Bedingungen, z.B. soziale Normen, mitbestimmt angesehen werden.
2. Biologische Bedingungen einer beschriebenen Verhaltensweise, z.B. bestimmte sexuelle Antriebe, sollen nur aufgeführt werden, wenn sie sozial relevant sind, d.h. bei der Motivation eine Rolle gespielt haben.
3. Die besondere Rolle der Familiengruppe bei der Übermittlung von Kulturgütern muß beachtet werden.
4. Die Integration der einzelnen biologischen Entwicklungsschritte in das soziale Verhalten muß deutlich gemacht werden.
5. Es muß aufgezeigt werden, daß Erfahrungen durchgängig von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter miteinander zusammenhängen und aufeinander aufbauen.
6. Die soziale Umgebung, das Milieu eines Individuums, muß als wichtiger Faktor sorgfältig und durchgängig spezifiziert werden.
7. Das lebensgeschichtliche Material muß nach einem einheitlichen theoretischen System konzeptualisiert sein.

In einer empirischen Untersuchung legte Dollard diese sieben Kriterien an sechs biographischen Darstellungen an, drei psychotherapeutische, zwei soziologische und eine autobiographische. Es handelt sich um folgende Darstellungen:

1. A. Adler (1928) „Die Technik der Individualpsychologie. Band 1: Die Kunst eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen“. Acht Vorlesungen, die Adler über ein autobiographisches Dokument eines pubertierenden Mädchens mit einer phobisch-zwangsneurotischen Symptomatik, gehalten hat.
2. J. Taft (1933) „31 Gespräche mit einem 7 Jahre alten Jungen“. Ein Bericht über eine Psychotherapie nach O. Rank.
3. S. Freud (1909). Analyse der Phobie eines 5jährigen Knaben
4. W. I. Thomas u. F. Znaniecki (1927) „Lebensgeschichte eines Immigranten“. Die autobiographische Darstellung eines polnischen USA-Einwanderers, die aus einer umfangreichen Studie zur Situation polnischer Bauern in Polen und in den USA herausgegriffen wurde.
5. C. R. Shaw (1930) „Der Jack-Roller“. Die Geschichte eines straffällig gewordenen Jugendlichen, vom schlechten Elternhaus über verschiedene Erziehungsanstalten bis zur erfolgreichen Wiedereingliederung in die Gesellschaft, zusammengestellt aus autobiographischen Dokumenten;
6. H. G. Wells (1934). „Experiment in Autobiography“. Die Beschreibung seines eigenen Lebens.

Dollard kommt zu dem Ergebnis, daß die Freudsche Falldarstellung seinen Kriterien bei weitem am besten genügt:

„Zusammenfassend müssen wir auf die einzigartige Konsistenz und Schönheit von Freuds konzeptuellem System hinweisen. Es ist in sich fest und organisch geschlossen und gruppiert sich um einige zentrale Konzepte. Es weist eine Grundlage und eine integrierte Struktur auf, und keine Frage in seinem gesamten Bereich ist konzeptuell unberücksichtigt geblieben. Obwohl es ihm an der kulturellen Perspektive mangelt, und gelegentlich biologische Voreingenommenheiten deutlich werden, enthält es doch nichts, was im Widerspruch zu unserem kulturanthropologischen Wissen stünde. Was der Kulturanthropologe hinzuzufügen hat, kann ohne bedeutende Veränderung des Systems eingebracht werden, und was die Psychoanalyse ihrerseits zu anthropologischen Studien beitragen kann, wird dort dringend benötigt“ (S.@)

G.W. Allport kritisiert an Dollards Arbeit, daß sie von seiner Voreingenommenheit für die Freudsche Psychologie geprägt sei. Schon die tabellarische Zusammenstellung der Beurteilungen, die den einzelnen Falldarstellungen von Dollard hinsichtlich seiner sieben Kriterien zugesprochen wurden, mache dies deutlich<sup>14</sup>.

Abgesehen davon, daß Dollards Bevorzugung der Freudschen Krankengeschichte hier augenfällig wird, lassen sich einige interessante Besonderheiten der psychotherapeutischen und der soziologischen Krankengeschichten erkennen. Die Stärke der klinischen Fälle liegt darin, daß sie die Bedeutung der frühen Kindheit berücksichtigen und in ihrer Konzeptualisierung nach einem einheitlichen Denkschema verfahren. Ihre Schwäche ist ihr Mangel an kultureller Perspektive. Die positiven und negativen Seiten der soziologischen Fälle sind gerade umgekehrt. Der entscheidende Mangel von Dollards Arbeit liegt nach Allport darin, daß er vor Aufstellung der Kriterien nicht festgelegt hat, welchem Zweck eine Falldarstellung seiner Meinung nach dienen soll. Hier scheinen die Kriterien aufgrund seiner Bevorzugung der Freudschen Theorie aufgestellt worden zu sein.

Auch von methodischer Seite lassen sich gegen Dollards Untersuchung Einwände erheben. Es wurden sechs Arbeiten aus verschiedenen Wissenschaften bzw. verschiedenen Schulen untersucht, also sechs Einzelfallstudien durchgeführt. Da die Ergebnisse einer Einzelfallstudie nur unter besonderen Bedingungen und mit größter Vorsicht (s. Schaumburg et al. 1974) verallgemeinert werden dürfen, läßt sich z.B. aus Dollards positiver Beurteilung der Krankengeschichte des „Kleinen Hans“ nicht darauf schließen, daß alle psychoanalytischen Krankengeschichten den von Dollard angegebenen Kriterien genügen; dieser Schluß läßt sich nicht einmal für alle Freudschen Krankengeschichten ziehen.

Nur in den seltensten Fällen dient die Biographik zur bloßen Deskription eines einzelnen Individuums in seiner persönlichen Welt. Meist impliziert die Fragestellung, unter der jede Falldarstellung geschrieben wird, die Ausrichtung auf ein bestimmtes Ziel. Dabei lassen sich nach Thomae (1952) drei Auffassungen unterscheiden:

1. die kausale, bei der versucht wird, Phänomene ursächlich auf bestimmte Variablen zurückzuführen; sie ist entsprechend dem Vorherrschen des Kausalitätsprinzips in den Naturwissenschaften am weitesten verbreitet.
2. die der Subsumtion oder Vereinigung von Einzelphänomenen unter einem Typus; sie birgt die Gefahr einer Abstraktion ins Sinnlose in sich.
3. die finalistische oder funktionalistische, die Phänomene vorwiegend unter dem Aspekt ihres Sinnes für etwas, ihrer Funktion erfaßt.

Die finalistische oder funktionalistische Auffassung sieht Thomae in der psychosomatischen Medizin und Psychoanalyse vertreten. Gleichzeitig nimmt die Psychoanalyse jedoch eine Typisierung vor, wenn auch Thomae nicht einsehen will, daß nicht ein einzelner Fall die Beweislast trägt. Fast hinter jeder psychoanalytischen Darstellung eines einzelnen Falles stehen viele ähnliche; die einzelne Krankengeschichte, die veröffentlicht wird, ist in der Regel die Illustration einer klinischen Erfahrung an einem als typisch vorgestellten Beispiel.

---

<sup>14</sup>Details zur Methode des Vergleichs wurden in der Originalarbeit tabellarisch deutlich gemacht (Kächele 1981, S.148).

Damit kommen wir wieder auf eine Eigenart, die wir bereits bei den Freudschen Krankengeschichten herausgestellt haben. Die zentrale wissenschaftliche und didaktische Funktion der Krankengeschichte ist die Hervorhebung des Typus, wie es Freud offensichtlich von Charcot übernommen hat. Aus der Vielzahl der „formes frustes“ die idealtypische Gestaltung herauszulesen und diese anhand eines Beispiels prägnant gestalten zu können, dürfte vermutlich die Wirksamkeit einer überzeugenden Krankengeschichte ausmachen. Aus diesem Grunde ist es unseres Erachtens unerlässlich, sich im Rahmen der psychoanalytischen, speziell der klinischen, Forschung mit der Problematik des Typusbegriffes vertraut zu machen, da dieser ein gedankliches Instrument ersten Ranges darstellt. Die folgenden Bemerkungen zum Problem der Typisierung als ordnende Operation stützen sich auf die von Hempel (1952/1972) vorgeschlagenen Typenbegriffe.

### *Der Typusbegriff*

Als einfachsten Typus nennt Hempel zunächst den Klassifikationstyp. Er entsteht durch Zuordnung der zu typisierenden Individuen in verschiedenen Kategorien. Für diese Zuordnung gelten die Kriterien der Vollständigkeit, Eindeutigkeit und Ausschließlichkeit. Obwohl diese Form der Klassifikation im täglichen praktisch-klinischen Denken sehr beliebt ist, sind nur selten die geforderten Bedingungen erfüllt. Die Kennzeichnung von Patienten nach „typischen Interaktionsmustern“ oder als „typischer Analcharakter“ oder als „typischer Suizidant“ ist dann missverständlich, wenn hier der klassifikatorische Typus gemeint ist. Bei dieser Form der pragmatisch nützlichen Typisierung, wie sie besonders häufig im Bereich der psychoanalytischen Charakterologie gehandhabt wird, bleibt der genetisch-dynamische Gesichtspunkt unberücksichtigt. Es handelt sich vielmehr um eine von klinischen Bedürfnissen diktierte Vereinfachung der kognitiven Inhalte, die bei dem diagnostischen Entscheidungsprozeß zu verarbeiten sind. Nach Hempel findet sich der Klassifikationstypus meist in den frühen Stadien der Entwicklung einer Wissenschaft. Hierbei fungieren die Klassifikationstypen als Ordnungsstrukturen, mit denen die Vielfalt der Beobachtungswelt gegliedert werden kann. Sie sind allerdings nur dann vorhanden, wenn die oben erwähnten Bedingungen auch faktisch erfüllt sind. Hier jedoch ist die psychoanalytisch-klinische Phänomenologie, die systematische Beschreibung, mehr als unzuverlässig. Es ist geradezu ein Kennzeichen vieler Diskussionen, daß die empirische Basis nicht eindeutig beschrieben ist, über deren theoretische Konzeptualisierung diskutiert wird.

Dies gilt unseres Erachtens auch für die Diskussion über den Narzissmus. Vermutlich unterscheiden sich die Patienten von Kohut und Kernberg beträchtlich, so daß verschiedene Erklärungsansätze resultieren. Was typisch narzisstisch in diesem klassifikatorischen Sinne ist; wäre demnach noch keineswegs geklärt. Einen exemplarischen Ansatz für die Lösung der hier angeschnittenen Probleme geben Meyer et al. (1976), die die Struktur der psychoanalytischen Charaktertypologie auf faktorenanalytischem Wege aufzuklären suchen.

Als methodisch anspruchsvolleren Typus, d.h. auf einem logisch höheren Niveau stehend, bezeichnet Hempel den Extremtyp. Dieser Typ ist durch zwei extreme Merkmalausprägungen gekennzeichnet, die in der Realität selten bzw. nie aufzufinden sind. Zwischen den beiden Extremen können die zu typisierenden Subjekte geordnet werden und so durch ihre Nähe bzw. Entfernung zu einem der beiden Pole gekennzeichnet werden. In der Praxis sind Übergänge zwischen Klassifikations- und Extremtypen denkbar, theoretisch gibt es einen solchen Übergang nicht. Für die psychoanalytische Klinik ist dieser Typus wenig sinnvoll. Zwar spricht man davon, daß ein Patient mehr oder weniger anal strukturiert ist, die Vorstellung bzw. „extrem anal“ als rein empirische Merkmalklasse ist jedoch sinnvollerweise nicht vorstellbar. Vielmehr handelt es sich bei einem Begriff wie „anal“ oder „Analität“ um einen Idealtypus (s.u.). Allerdings kann es sinnvoll sein, speziell für Forschungszwecke eine extremtypisch konstruierte Operationalisierung bestimmter Konzepte durchzuführen.

Während die Klassifikations- und Extremtypen empirische Typen sind, d.h. sie sind an empirischen Merkmalen feststellbar, handelt es sich bei dem Idealtypus um ein Modell, welches als interpretatives oder erklärendes Schema beobachtbare Tatsachen und Begriffe miteinander verbindet. Hierin liegt auch der Unterschied zum Gestaltsbegriff, der nur empirisch-phänomenale Sachverhalte zusammenschließt. Bei diesem Typus, der das höchste logische Niveau dieser drei Typen beinhaltet, wird die Problematik des Typusbegriffes überhaupt sichtbar. Er verdeutlicht das Ausmaß an Theorie, das in die Konzeptualisierung solcher Typen in der Regel einzugehen pflegt.

So etwa sind die drei von Henseler (1974) beschriebenen Suizidantentypen - oral-narzißtisch, anal-narzißtisch und phallisch-narzißtisch - ohne Zweifel idealtypische Modelle, da sie eine Gliederung anhand theoretisch definierter Entwicklungsphasen vornehmen. Nun sollte es möglich sein, bestehende Unterschiede der drei Gruppen auch im Rahmen dieser theoretischen Ableitung unterzubringen. Die drei Gruppen unterscheiden sich im Inhalt der suizidalen Phantasien. was zu der Zuordnung zu einer der drei Typen führte: scheinbar zufällig, eher als Nebenbefund, unterscheiden sie sich auch im Alter (S. 74). Die Diskussion dieses Befundes führt zu zwei Hypothesen, die eine sehr unterschiedliche ätiologische Relevanz haben; eine dritte Hypothese integriert beide Möglichkeiten: altersspezifische soziale Situationen bestimmen den Inhalt der Konfliktthemen; aber sie treten deswegen so in den Vordergrund des Erlebens, weil diese Problemkreise aufgrund der besonderen Lebensgeschichte ohnehin aktiviert werden. Die Entscheidungslast liegt dann beim Autor, den theoretischen Entwurf entsprechend empirisch zu sichern.

Insofern läßt sich deutlich machen, daß das Konzept des Idealtypus zur Theorieprüfung führt; ein Anspruch, der in der psychoanalytischen Kasuistik implizit vertreten wird. Eine explizite Formulierung dieses Zieles findet sich im Vorwort von Weizsäckers „Studien zur Pathogenese“:

„Hier folgen einige Krankengeschichten, verbunden durch Betrachtungen über das. *was typisch in ihnen erscheint*. Im Vordergrund bleibt also die beschreibende Pathogenese; was an theoretischen Möglichkeiten erwächst, wird nur in Andeutung behandelt. Wie überall, so ist es auch hier: Tatsachen sind unerläßlich und müssen ohne die geringste Verbiegung berichtet werden. Aber ein solcher Bericht wird erst dann zur

## Th Kä Kap. 3

Wissenschaft, wenn er eine Frage entscheidet, also eine prognostische und praktisch bewährte Folge bekommt» (1935. S. 6, Hervorhebung vom Ref.).

Mit diesen Hinweisen zur Bedeutung des Typuskonzeptes in der psychoanalytischen Kasuistik ist eine brauchbare Abgrenzung zur biographischen Methode zur Hand (s.d. Gerhardt 1998). Sie verweist auf den generalisierenden Anspruch, der in der psychoanalytischen Kasuistik immer schon vertreten wurde. Allerdings ist nun zu fragen, ob die kasuistische Darstellungsweise über den ungemein heuristisch wertvollen Ansatz hinaus, Typen aus der Vielfalt der Beobachtungswelt herauszuheben, auch ausreichend methodologisch durchgearbeitet ist, um eine Überprüfung der klinischen Typologie zu erlauben. Hierzu hat die Hamburger Arbeitsgruppe um Denecke u. Stuhr eine Reihe interessanter Arbeiten vorgelegt, die durch eine fruchtbare Verbindung von typologischem Ansatz und quantitativer Auswertung eine „Validierende Kongruenz“ erzeugen (Stuhr et al. 1997; Wachholz u. Stuhr 1999, Denecke et al. 2003).

Wir werden im Folgenden auf die Forschungsbemühungen eingehen, die wir als Transformation der Krankengeschichte zur Behandlungsbericht thematisiert haben (s.a. Thomä u. Kächele 1988, Kap. 1).

### 3.4. Von der Krankengeschichte zum Behandlungsbericht<sup>15</sup>

Im Folgenden wird auf eine Entwicklung hingewiesen, die sich seit Freuds Krankengeschichten in der Psychoanalyse in der Mitteilung klinischer Sachverhalte vollzogen hat. Zunächst etablierten sich in den wissenschaftlichen Kommunikationsorganen mehr oder minder kunstvoll geschilderte klinische Miniaturen, Ausschnitte aus Behandlungen, Einzelbeobachtungen, Traumanalysen. Vorzügliche Beispiele hierfür finden sich in Ferenczis „Bausteine der Psychoanalyse“ 2. Band „Praxis“, zusammengetragen 1927, in dem auch die Begeisterung der neu erschlossenen Welt, die es zu beobachten, zu erfassen und mitzuteilen galt, sich dem Leser noch heute mitteilt. Die Geschichte vom „kleinen Hahnemann“ erinnert unterschwellig an den „kleinen Hans“, sie datiert aus dem Jahr 1913. Ein typischer Bericht für diese Jahre ist auch ein von P. Schilder 1927 mitgeteilter Fall über eine Psychose nach einer Staroperation.

„Der Psychoanalytiker hat selten die Möglichkeit, das gesamte Material mitzuteilen, auf das er seine Schlüsse gründet. Die Psychose, über die ich kurz berichten will, bietet so klare und eindeutige Befunde nach kurzer Beobachtungszeit, daß eine aktenmäßige Darstellung möglich ist. Schon aus diesem Grunde ist die ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte gerechtfertigt“ (S. 35).

Nach dieser einleitenden Begründung für die „ausführliche Mitteilung“ – diese ist insgesamt nur etwa neun Seiten lang - berichtet Schilder über eine 53jährige Patientin, die im Anschluss an eine Staroperation einen psychotischen Erregungszustand entwickelt. Nach der Beschreibung der produktiven Symptomatik, wobei besonders Vorstellungen im Mittelpunkt stehen, daß der Körper verletzt wird, daß bei ihr oder den Ärzten Teile des Fleisches herausgeschnitten werden, faßt Schilder folgendermaßen zusammen:

„So ergibt sich denn in einheitlicher Auffassung, daß die Operation am Auge bei der Patientin den allgemeinen Begriff, das allgemeine Bewusstsein, der Schädigung des Gesamtkörpers aktiviert, in welchem Begriffe die Schädigung des Genitales besonders vorherrschend ist . . . Daß es gerade eine Operation am Auge ist, welche die Psychose hervorruft, ist deswegen beachtenswert, weil ja bekanntlich das Auge sehr häufig für das Genitale eintritt. Es muß aber betont werden, daß auch andere Operationen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen den Kastrationskomplex wachrufen“ (S. 42).

Von nun an vergleicht und klassifiziert der Autor diese eine Krankengeschichte:

"Die Psychose hat den Typus der Meynertschen Amentia . . . Sie unterscheidet sich formal wohl kaum wesentlich von der Mehrzahl der publizierten Beobachtungen von Psychosen nach Staroperation, soweit man sich aus kurzen Krankengeschichten überhaupt ein Urteil bilden kann“ (S. 43).

Nun werden noch einige andere operative Eingriffe aufgeführt, denen in der Literatur eine kastrierende Wirkung zugeschrieben wird, und der Autor beschließt diese Präsentation mit folgenden Worten:

„Ich zweifele nicht, dass der Kastrationskomplex für die Genese der postoperativen Psychosen wichtig ist und glaube, dass den Resultaten der Untersuchung dieses Falles eine allgemeine Bedeutung zugeschrieben werden muss“ (S.44)

Die Sicherheit des Autors, den Schritt von der individuellen Bestandsaufnahme zur

---

<sup>15</sup>Dieser Teil ist A.E. Meyer gewidmet, dessen engagierte Polemik "Nieder mit der Novelle - Hoch lebe die Interaktionsgeschichte (1995) diesen lange zurückliegenden Überlegungen erneut Leben einhauchte.

Verallgemeinerung machen zu können, liegt vermutlich in der Vielzahl anderer einschlägiger Erfahrungen, die aber *nicht* mitgeteilt werden. Dies ist die charakteristische Art der klinischen Forschungstradition, die von Rapaport als klinisch eindrucksvoll, aber nichtsdestotrotz als nicht valide gekennzeichnet wird. Denn man wüsste zu gerne, ob psychotische Episoden häufiger nach Augenoperationen als anderen Operationen auftreten, was man nach der überragenden Bedeutung des Auges als sexualsymbolischem Organ anzunehmen geneigt ist, oder ob dieser Befund nicht mehr dem Wunschdenken entspricht.

Eine Veränderung in der wissenschaftlichen Kommunikationsweise brachte den Versuch, wörtliche Protokolle aus Behandlungen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Diese Notwendigkeit zeichnete sich bereits ab, als teilweise über so eindrucksvolle Erfolge berichtet wurde, daß Zweifel angebracht schienen. So schreibt z.B. F. Boehm (1923) in der Rezension eines Buches von Sadger über „Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage“ (Wien 1921):

„Wenn der Autor behauptet, daß er in einem Falle von psychischer Impotenz bereits nach vier Sitzungen eine Dauerheilung durch Auflösung der Mutterbindung (S. 96) erzielt hat, so wird das in den Kreisen von Freuds Schülern Zweifel erregen. Wenn diese einzig dastehende Leistung aber nicht anzuzweifeln sein sollte, so weist das Werk eine wesentliche Lücke auf: Die Darstellung der Technik, durch welche die Auflösung der Mutterbindung in vier Sitzungen erzielt worden ist, müsste die ganze bisherige psychoanalytische Therapie revolutionieren“ (S. 538).

Der Kritiker hatte in diesem Falle Glück. Sadger hatte seine Behandlungsberichte aufgrund stenographischer Mitschriften angefertigt, und diese umfangreichen und detaillierten Darstellungen erlaubten dem Referenten (Boehm) eine deutliche Kritik der Behandlungstechnik und damit auch der theoretischen Relevanz der von Sadger aufgestellten Schlussfolgerungen:

„Die Krankengeschichten lesen sich wie Aufsätze oder Romane, welche Patienten, die einen Teil der psychoanalytischen Literatur gelesen und mangelhaft verstanden haben. über die Entstehung ihres Leidens schreiben könnten. Alle kommen ununterbrochen mit Erklärungsversuchen, Deutungen, Fragen, wobei sie sich jetzt darbietende Erscheinungen einfach auf bewußte Kindheitseindrücke zurückführen, sie als Wiederholungen, als einfache Gewöhnungen schildern: „Vielleicht könnte das darauf zurückzuführen sein“, ist eine stereotype Phrase bei allen . . .

Aufgefallen ist mir, daß Sadgers Patienten dieselben Ausdrücke, dasselbe Deutsch verwenden wie Sadger selbst in seinem Text. Je länger ich mich in diese Krankengeschichten vertieft habe, desto mehr hat sich in mir die Überzeugung verstärkt, daß alle Patienten von Sadger während der kurzen Behandlungen unter einer starken, ihm wahrscheinlich unbewußt bleibenden Suggestion des Autors. ihm zuliebe, ohne Widerstände das „assoziiieren“, wovon sie aufgrund von Lektüre und suggestiven Fragen annehmen müssen, daß ihre Erklärungsversuche dem Arzt gefallen könnten. Infolgedessen kommt den, wie gesagt, nach Stenogramm veröffentlichten Krankengeschichten leider keine Beweiskraft zu: außerdem geben sie Uneingeweihten kein zutreffendes Bild einer psychoanalytischen Behandlung“ (Boehm, 1923, S. 539).

Deutlicher läßt sich wohl kaum illustrieren, welche Vorzüge die Mitteilung von stenographisch oder sogar wortgetreuen Behandlungsprotokollen hat, stellen sie doch eine Basis für eine Beurteilung dar, die nicht nur auf die Evidenz des sich selbst beschreibenden Analytikers bauen muß. Warum Freud seine Protokolle nie veröffentlicht hat, warum er überhaupt seine Ausführungen zur Technik auf wenige Arbeiten beschränkt hat, die sich auch noch weitgehend auf die ersten zehn Jahre psychoanalytischer Arbeit beziehen, soll hier nicht ausführlich diskutiert werden.

Brody (1970) stellte eine demographische Auswertung von Freuds Patienten zusammen, die sich auf alle in Freuds Werken erwähnte Patienten stützt. Die Annahme, damit eine repräsentative Stichprobe von Freuds Klienten erfaßt zu haben, erscheint jedoch außerordentlich problematisch. Allein der Hinweis von Brody, daß nach 1900 die Zahl der publizierten Krankengeschichte scharf abfällt, gibt den in den "Studien zur Hysterie" dargestellten Patienten ein für die Entwicklung der Psychoanalyse qualitativ unzutreffendes Gewicht.

Es ist jedenfalls von großer Bedeutung gewesen, daß 1939 Edward Glover sein Unbehagen an der virtuellen Übereinstimmung der Psychoanalytiker über ihre Methode – ‚ist sie doch von Freud eindeutig beschrieben worden‘ - in eine empirische Umfrage bei der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft einmünden läßt. Hier wurden zum ersten Mal anhand ganz simpler Fragen, wie z.B. „wann deuten Sie in der Stunde“, „Wie viel deuten Sie“ und „Was deuten Sie“ ersichtlich, daß die psychoanalytische Methode als idealtypische Bestimmung einen großen empirischen Spielraum offen läßt, der von den Psychoanalytikern auch ausgefüllt wird. Wie später auch von Balint (1950) ausgeführt wird, haben diese vielfältigen Variationen der Technik nicht zuletzt ihre Ursache auch in „Wandlungen der therapeutischen Ziele“ der Psychoanalyse, die auf die unterschiedlich rezipierten theoretischen Entwicklungen zurückgehen. So kann der Versuch von Glover auch im Rahmen der Spannungen gesehen werden, die sich in der British Society durch die Entwicklung der verschiedenen Schulen gebildet hatten. Noch heute scheint sich zwischen der für die Technik notwendigen Theorie und der verfügbaren Theorie ein beträchtlicher Unterschied zu bestehen, den man auch an der Auseinandersetzung mit den französischen Analytikern beobachten kann. Ein gutes Beispiel hierfür findet sich in der Rezension der Arbeit von Kestenberg und Decobert „La faim et le corps“ durch Widmer-Perrenoud:

"Wer sich den Fallbeschreibungen mit der Erwartung zuwendet, die Theorie besser verstehen und eine spezifische Technik im Umgang mit Anorektikern kennen zu lernen, wird enttäuscht sein... Es liegt also eine Diskrepanz zwischen den nuancierten theoretischen Überlegungen über den Narzissmus der Anorektiker und der Anwendung dieser Einsichten in den Behandlungen vor" (1972, S. 587).

### *Nach-Freudsche Falldarstellungen*

Sichtet man die nach-Freudsche psychoanalytische Literatur nach einigermaßen umfangreichen Behandlungsberichten, so finden sich nur wenige Darstellungen, die - nur um ein grobes Maß des Umfanges zu nennen - mehr als 30 Seiten einer Veröffentlichung ausmachen. Wir haben die uns bekannt gewordenen Beispiele solcher Behandlungsberichte in einer Übersicht zusammengestellt. Auch wenn uns einige Publikationen entgangen sein sollten, so dürfte diese Zusammenstellung doch aufschlußreich und insgesamt repräsentativ sein.

Wir lassen - wahrscheinlich zu Unrecht - die wertvollen Studien der phänomenologischen oder anthropologischen Forscher, wie z.B. L. Binswangers Studien zur Schizophrenie (z.B. Ellen West) hier aus. Ihre Zentrierung ist mehr auf das begreifende Verstehen der Patienten als auf die Darlegung von Behandlungsverläufen gerichtet. Auch die großen psychiatrischen Krankengeschichten sind hier nicht aufgenommen. Die umfangreichen psychobiographischen Studien, die Freuds Leonardo folgend, sich ihren eigenen wissenschaftlichen Bereich erschlossen haben, werden hier ebenfalls nicht berücksichtigt.

Auf die von uns erfassten Beispiele werden wir im Folgenden nur zum Teil kommentierend eingehen können, wobei wir die uns am wichtigsten erscheinenden Fälle herausheben.

Die Übersicht enthält den Autor, eine Kennzeichnung des Patienten, soweit möglich Alter und Geschlecht, auch Namen, mit denen die Patienten in der Literatur bekannt sein mögen, das Datum der Behandlung, die Dauer der Behandlung - beides soweit dies aus den Berichten ersichtlich war-, das Datum der Publikation, die Art der Protokollierung und die ungefähre Länge des Berichtes, jeweils in Form der Seitenzahlen der Veröffentlichung. Betrachtet man die Jahreszahlen der Veröffentlichungen dieser Stichprobe - deren Unvollständigkeit hier nochmals unterstrichen werden soll -, so ergibt sich folgender Eindruck. Von 1930 bis 1959 haben wir 6 Berichte, von 1960-1979 20 Berichte gefunden.

<b>Autor</b>	<b>Fall</b>	<b>Datum der Behandlung</b>	<b>Dauer</b>	<b>Datum der Publikation</b>	<b>Material</b>	<b>Umfang Seitenzahl</b>
Adler	"Fräulein R."			1928	Nachschrift	146
Taft	7 jähr Junge		31 Std.	1933	Mitschrift	161
Wolberg	42 jähr Mann Johan R."	1940	4 Monate	1945	Nachschrift	169
Berg	junger Mann	ca. 1940		1946	Mitschrift	ca. 240
Secheyaye	18 jähr Frau "Renée"	1930	10 Jahre	1947	Nachschrift	107
Deutsch	28 jähr Mann	ca. 1948	14 Std.	1949	Verbatim	140
McDougall/Lebovici	9 jähr. Junge "Sammy"	1955	166	1960q	Mitschrift	270
Klein M	10 jähr. Junge "Richard"	1944	93 Std.	1961/ 1975	Nachschrift	490
Thomä	26 jähr. Frau "Sabine"	1958	304 Std.	1961	Nachschrift	70
Parker	16 jähr. Junge	1955	200 Std.	1962	Nachschrift	355
Bolland / Sandler	2 jähr. Junge "Andy"	ca. 1960	221 Std.	1965	Nachschrift	88
De Boor	22 jähr. Mann "Frank A"	ca. 1960	580 Std.	1965	Nachschrift	30
Pearson	12-jähr. Junge "Adoleszent"		6 Jahre	1968	Nachschrift	140
Milner	23 jährige Frau "Susan"	1943-1958	15 Jahre	1969	Nachschrift	410
Dolto	14 jähr Junge "Dominique"	1968/1973	12 Std.	1971	Nachschrift	160
Balint	43jähriger Mann "Mr. Baker"	1961/1962	29 Std.	1972	Nachschrift	130
Dewald	26jährige Frau	ca. 1966	304 Std.	1972	Mitschrift	620
Winnicott	30jähriger Mann	ca. 1954		1972	Nachschrift	
Argelander	35jähriger Mann		ca. 600	1972	Nachschrift	75
Stoller	30 jährige Frau			1973	Mitschrift	400
Winnicott	2jähr. Mädchen "Piggle"	1964	14 Std.	1978	Nachschrift	200
Firestein	25jährige Frau			1978	Nachschrift	30
Goldberg	25jähriger Mann "Mister. I"			1978	Nachschrift	108
Goldberg	31 jährige Frau	ca. 1966	ca. 600 Std.	1978	Nachschrift	98
Goldberg	22jähriger Mann "Mister E"	ca. 1972	2 Jahre	1978	Nachschrift	134
Ude	6jähriges Mäd- chen	ca. 1975	2 Jahre	1978	Nachschrift	160

Diese Aufzählung ist gewiß nicht vollständig! Sie bestätigt aber den Eindruck, den wir beim Studium der Literatur gewonnen haben. Es werden zunehmend mehr umfangreiche Fallberichte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Interessant ist dabei, daß teilweise relativ lange Zeiträume zwischen Behandlung und Veröffentlichung liegen. Weiterhin sind von 26 aufgeführten Berichten 11 über Kinder bzw. jugendliche Patienten; in Beziehung zu der quantitativ wohl wesentlich kleineren Zahl von Kindertherapeuten, ein überaus beträchtlicher

Anteil. Darüber hinaus leiden diese Kinder fast durchweg an psychotischen oder präpsychotischen Erkrankungen. Der Umfang der hier aufgeführten Berichte variiert zwischen der von mir willkürlich gezogenen unteren Grenze von 30 Seiten bis zu über 600 Seiten Text. Bis auf wenige Ausnahmen, handelt es sich dabei um sorgfältige Nachschriften nach den Sitzungen. Verbatimprotokolle wurden nur von Felix Deutsch und Stoller verwendet; allerdings dürfte der Bericht von Dewald aufgrund der Mitschrift in der Sitzung ziemlich die Genauigkeit von Verbatimprotokollen erreichen. Dieser erste Überblick soll die nun folgende Diskussion einiger dieser Behandlungsberichte erleichtern, wobei wir uns aber auf Kommentare zur methodologischen Einstellung der Autoren beschränken werden.

Wir beginnen mit dem Bericht des englischen Psychoanalytikers Charles Berg „Deep analysis“ (1946), der an der Tavistock Clinic tätig war. Vor dem Krieg sah er einen jungen Mann, der ihm wegen seiner ungewöhnlichen Symptomatologie auffiel: er war praktisch normal und hatte doch das Bedürfnis einen Psychoanalytiker zu konsultieren. Hieran knüpft Berg seine Begründung für den Fallbericht:

„It was on this account that I was tempted to record his analysis stage by stage in the hope that I would be able to convey to others interested in the subject the insight gained from a study of his clinical material“ (S.9).

Die Darstellung des Behandlungsberichtes basiert auf den mitgeschriebenen Aufzeichnungen und ist in chronologischer Reihenfolge geordnet; die Auswahl des Materials orientiert sich am klinischen Fortschritt. Er folgt damit ein Stück weit der Exposition, wie sie Freud am Rattenmann exemplifizierte, ohne dass der Autor sich explizit auf Freud bezieht. Das Erstinterview wird sehr ausführlich dargestellt, dann werden die ersten Sitzungen noch genauer berichtet.

Allmählich setzt ein Verdichtungsprozess ein, und die Auswahl wird weitgehend durch die thematische Struktur bestimmt. Bestimmte Höhepunkte - wie der Beginn der Übertragung, die Regression auf die Kindheit, die Vater-Fixierung etc. - bestimmen den weiteren Verlauf der Darstellung. Es ist ein Stück mit drei Akten, mit den übergeordneten Gesichtspunkten Vater, Mutter und Sohn, für die der Bericht sogar in drei „Bücher“ gegliedert wird.

Bemerkenswert ist das Schicksal eines Behandlungsberichtes von D.W. Winnicott. 1954 berichtete er auf einem Kongress der romanischen Psychoanalytiker über die Analyse eines schizoiden Mannes, der in der Analyse Zustände der Entrückung erlebte, deren Verständnis für den weiteren Verlauf dieser Behandlung von entscheidender Wichtigkeit wurden. 1972 erschienen Winnicotts Aufzeichnungen der letzten sechs Monate dieser Behandlung „versteckt“ in einem umfangreichen Werk von Giovaccini über behandlungstechnische Probleme als „Fragment of an analysis“ Interessanterweise ist nun bereits in der schriftlichen Fassung des Vortrages, die deutsch in der Psyche 1956 erschien, folgender unmißverständliche Hinweis enthalten:

„Zufällig habe ich über die letzten vier Monate dieses Teils einen wörtlichen Bericht gemacht, der zur Verfügung steht, falls jemand es wünscht, die seitherige Arbeit mit dem Patienten nachzulesen“ (Winnicott

1956, S. 207).

Es dürfte wohl auf ein spezielles Kommunikationsproblem der Psychoanalytiker untereinander hinweisen, wenn dieses Angebot von Winnicott erst posthum aufgegriffen werden konnte. Inzwischen ist der Bericht über diese Behandlung auch als Separatum (Franz. Ausgabe 1975, deutsche Ausgabe 1982) zu haben. Die liebevoll-kritische Rezension von Annie Anzieu im Bulletin der Europäischen Psychoanalytischen Föderation (Nr. 11) macht den diskussionsfördernden Vorzug einer solchen Veröffentlichung unmittelbar evident. Im Gegensatz zu der bewundernden Einstellung der amerikanischen Herausgeber (Flarsheim und Giovacchini) findet sich bei Annie Anzieu Kritik an der Deutungsfreudigkeit des Analytikers, die es nicht erlaube, die Rede des Patienten ungeteilt zu vernehmen. „Die Situation scheint nicht die zu sein, auf die sich ein französischer Analytiker für gewöhnlich bezieht“ (S. 2). Für die amerikanischen Herausgeber ist gerade die gut wahrnehmbare Aktivität des Analytikers von besonderer positiver Bedeutung:

„Die Vorzüge, die aus einer detaillierten Präsentation einer analytischen Behandlung gewonnen werden können, werden durch das vorliegende Beispiel deutlich. Wir lernen nicht nur Dr. Winnicotts klinisch-theoretische Orientierung kennen, die bereits nach unserer Meinung einen beträchtlichen Einfluß auf die psychoanalytische Theorie hatte und weiter haben wird, sondern es wird uns ebenfalls deutlich, wie spannend und befriedigend eine Behandlung eines Patienten sein kann. Besonders möchten wir die Aufmerksamkeit des Lesers auf die Art und Weise richten, mit der Dr. Winnicott Phantasie und Traummaterial mit den täglichen Routineaktivitäten im Dienste der Analyse zu integrieren versteht“ (Flarsheim u. Giovacchini 1972, S. 455).

Gerade bei der besonderen, person-gebundenen Vermittlung von Theorie und Technik der Psychoanalyse muß es als große Ausnahmerecheinung gewürdigt werden, daß überhaupt von einem bedeutenden Psychoanalytiker ein Protokoll einer Behandlung zugänglich ist, welches wenigstens in erster Annäherung unmittelbare Eindrücke und eine selbständige Urteilsbildung über Technik und Theorie ermöglicht. Ein ähnliches Vermächtnis stellt Melanie Kleins Bericht über eine Kinderanalyse dar, den sie erst kurz vor ihrem Tode fertig stellte (1961). Sie gibt selber eine Erläuterung zu den Zielen dieser umfangreichen Veröffentlichung:

„Wenn ich die folgende Fallgeschichte darstelle, habe ich verschiedene Ziele im Auge. Zuallererst möchte ich meine Technik detaillierter illustrieren, als ich es früher getan habe. Die umfassenden Notizen, die ich gemacht habe, ermöglichen es dem Leser, zu beobachten, wie Interpretationen ihre Bestätigung im darauf folgenden Material finden. Die Entwicklung der Analyse von Tag zu Tag, und die Kontinuität, die darin deutlich ist, werden sichtbar.....“

Ich machte mir außerordentlich umfangreiche Notizen, aber ich konnte natürlich nicht immer der genauen Abfolge sicher sein, oder wörtlich des Patienten Assoziationen und meine Interpretationen erfassen. Diese Schwierigkeit ist genereller Natur beim Erfassen von Fallmaterial. Wörtliche Äußerungen könnten nur erfaßt werden, wenn der Analytiker sich Notizen während der Sitzung machte; das würde jedoch den Patienten außerordentlich stören und den ungehinderten Fluss der Assoziationen unterbrechen sowie die ungeteilte Aufmerksamkeit des Analytikers vom Verlauf der Analyse abziehen“ (S. 15).

Die Behandlung verdankt ihre Kürze nicht nur dem günstigen Verlauf, sondern es war bei Beginn bereits festgelegt, daß nur vier Monate zur Verfügung stehen würden, wie der Herausgeber mitteilt. Wichtig ist, daß M. Klein jedoch glaubt versichern zu können, daß diese Analyse sich in keiner Weise von einer Analyse normaler Dauer unterscheidet.

Einen für Forschungsfragen besonders geeigneten Bericht, müsste man meinen, enthält er doch Aufzeichnungen über genau 93 Sitzungen mit einer durchschnittlichen Länge von 5

Seiten. Bis auf die ausführliche Besprechung von Geleerd (1963) ist uns nur die gründliche Studie von D. Meltzer (1979) bekannt, die eine systematische Verlaufsbeschreibung dieser Behandlung gibt.

Bereits ein Jahr zuvor war in Paris der Bericht von J. MacDougall und S. Lebovici über den 9jährigen Sammy erschienen. Der Junge selbst initiierte den genauen Bericht über die Behandlung, da er über lange Zeit nur dann sprach, wenn seine Analytikerin jedes Wort mitschrieb: „Now write what I dictate. I´am your dictator“, pflegte er zu brüllen (1969, S. 1 englische Ausgabe). Nach acht Monaten wurde die Behandlung des psychotischen Kindes beendet, wohl mit einer deutlichen Besserung; aus den ebenfalls beigefügten Berichten der Eltern aus den folgenden Jahren läßt sich jedoch erkennen, daß dieses Fragment einer Kinderanalyse nur ein Anfang gewesen war:

„Sammy left for New York the following day. Thus his analysis after only eight months´ treatment, still in its beginnings, came to an abrupt end“. (Kommentar der Analytikerin im Protokoll der letzten Sitzung Nr. 166 vom 9.9.1955).

Behandlungen von Kindern werden offensichtlich eher ausführlich publiziert als die Berichte der Behandlung von Erwachsenen. So wurde 1965 von Sandler und Bolland aus der Hampstead Klinik der Fall des 2jährigen Andy veröffentlicht. Über den Zeitraum von 50 Wochen werden 271 Sitzungen in einer wöchentlichen Zusammenfassung dargestellt. Darüber hinaus wird an diesem Behandlungsbericht die Arbeitsweise des sog. Hampstead-Index verdeutlicht. Die Forschergruppe an der Hampstead-Klinik versucht mit der Indexierung, d.h. schematischen Aufbereitung von analytischem Material, „so etwas wie ein kollektives analytisches Material, der dem einzelnen Forscher und Autor eine von vielen Kollegen zusammengetragene Faktenfülle zur Verfügung stellt“ (Anna Freud im Vorwort, S. 12 der deutschen Ausgabe von 1977). Über die Verwendung des Index als Forschungsinstrument berichtet Sandler (1962).

Ein weiterer Bericht stammt von Dolto (1973). Ihr Patient, der 14jährige Dominique, wird in 12 Sitzungen von seiner psychotischen Regression „geheilt“ (S. 173). Auch Dolto bezieht ihre Rechtfertigung aus dem Hinweis auf Freuds Krankengeschichten, besonders die Kinderkrankengeschichten, wie den kleinen Hans, und kritisiert:

"Heutzutage liest man viele kleine und kleinste Fragmente die einer Gesamtheit von mehreren hundert Sitzungen entstammen; es sind Fragmente von Reden. Träumen oder Verhaltensweisen, die meistens dazu dienen, eine technische Untersuchung oder eine Diskussion über die Übertragung und die Gegenübertragung zu rechtfertigen. Über den Grund für die Auswahl solcher Fragmente kann der Kliniker nur den Kopf schütteln" (S. 7).

Darüber hinaus macht Dolto noch ein Plädoyer für die Anwesenheit von Dritten in der Behandlungssituation und so "protokolliert einer der psychoanalytisch geschulten Anwesenden alles, was auf beiden Seiten gesagt wird, vom Patienten wie vom Analytiker" (S. 8). Allerdings trifft diese Bedingung bei dem Fall Dominique nicht zu, so daß die Aufzeichnungen von der Therapeutin selbst stammen.

Die negative Kritik, die dieser Fallbericht von dem amerikanischen Rezenten (Anthony 1974)

erhält, wäre ohne die genauen Protokolle wohl kaum so sachbezogen ausgefallen, und vermutlich wäre nicht so deutlich geworden, daß „jede Nation ihren eigenen psychoanalytischen Garten zu kultivieren“ scheint (S. 684). Dem deutschen Rezensenten (Haas 1976) scheint der Garten à la Lacan hingegen zu gefallen zu haben.

Diese kritische Auseinandersetzung ist deshalb positiv zu werten, weil sie ideologische Unterschiede auf deren aufzeigbare empirische Substanz zu reduzieren vermag (s.d. Kächele et al. 1973). Deshalb ist Dolto's Forderung nach "außerordentlich umfangreiche Notizen" vermutlich nicht kontrovers, sofern diese dann auch veröffentlicht werden und für didaktische und theorie-demonstrierende Aufgaben zur Verfügung stehen können. Dem stehen leider eine Vielzahl von Gründen entgegen, die nicht leicht entkräftet werden können. Der Schutz des Patienten und das Schutzbedürfnis des Psychoanalytikers sind hier wohl an erster Stelle zu nennen. So ist es oft der zeitliche Abstand, der manche Probleme einer Veröffentlichung abzuschwächen vermag. So ist es wohl kein Zufall, daß Winnicotts Aufzeichnungen erst zwanzig Jahre später zugänglich wurden, dass auch M. Klein Behandlung von Richard erst 1961 publiziert wurde<sup>16</sup>, und auch Balints Darstellung seiner Fokalthherapie mit dem Patienten Baker erst zehn Jahre nach der Durchführung der Behandlung veröffentlicht wurde. Von David Malan erfährt man, daß sich Michael Balint erst spät (ca. 1952) entschloss, selber auch Fälle zu übernehmen. Die beiden ersten behandelte er angeblich erfolglos; der dritte Versuch aber konkretisierte durch seine literarische Verwertung einen neuen Typus psychoanalytischer Behandlung: die Fokalthherapie.

"Die Grundlage dieses Buches bildet Michael Balints Behandlung des Patienten Baker, die er selbst niedergeschrieben hat (5. Kapitel). Leider sind die Kommentare am Schluß der einzelnen Behandlungsstunden recht 'asymmetrisch'. Das ergab sich aus Balints Gewohnheit, seine Beobachtungen gleich im Anschluss an die jeweilige Stunde zu diktieren; diese Notizen waren aber nicht zur Veröffentlichung bestimmt. Er entschied sich später jedoch dafür, sie mit nur geringfügigen stilistischen Verbesserungen in der ursprünglichen Form in as Kapitel aufzunehmen" (1973, S. 7).

Das Ziel dieser Gruppenarbeit, das sich erst im Laufe der Zeit herausbildete, war folgendes:

"Wir wollten anhand des Falles Baker die Interaktionen zwischen den Assoziationen des Patienten und den Interventionen, die der Therapeut wählte, in allen Einzelheiten untersuchen. Vom theoretischen Standpunkt kann diese Betrachtungsweise einerseits als Erforschung des Behandlungsprozesses, andererseits als Studie der sich entwickelnden Arzt-Patient-Beziehung aufgefasst werden" (S. 10).

Betrachtet man diese Studie unter dem Blickwinkel der Öffentlichkeit ihrer Beobachtungsdaten, so stellen sich einige Fragen, die Balint selbst aufgeworfen und gleich beantwortet hat:

„Das Material für diese Untersuchung sind die gesammelten Stundenprotokolle, die in der Regel gleich nach jeder Behandlungsstunde einer Sekretärin diktiert werden. Während der Stunden wurden keine Notizen gemacht. Der Therapeut verließ sich also gänzlich auf sein Gedächtnis. Wir wissen, daß diese Methode nicht unbedenklich ist, und daß es Puristen gibt, die sie in der Forschung nicht gelten lassen wollen. Wir geben gern zu, daß die Wiedergabe aus dem Gedächtnis nicht ganz so zuverlässig ist, wie eine Bandaufnahme. Andererseits behaupten wir, daß der innere Zusammenhang sowohl jeder einzelnen Behandlungsstunde als auch der ganzen Behandlung zusammengenommen, die Validität und Brauchbarkeit unseres Vorgehens ausgehend beweist . . . An dieser Stelle soll nur darauf hingewiesen werden, daß unsere

---

<sup>16</sup> deutsche Veröffentlichung: Klein (1975)

## Th Kä Kap. 3

Aufzeichnungsmethode den Charakter des Patienten und die Art des therapeutischen Vorgehens klar erkennen läßt, während bei der Bandaufnahme beides mühsam aus dem vom Apparat gelieferten Rohmaterial erschlossen werden muß. Ferner kann keine Bandaufnahme etwas aussagen über 'Deutungen, die der Therapeut erwogen, aber nicht gegeben hat', oder über die Atmosphäre der Stunde, die ursprünglichen Erwartungen des Therapeuten, seine wechselnden Vorstellungen über den Ertrag der Stunde, seine nachträglichen Einfälle usw.; alle diese wichtigen Komponenten kommen jedoch bei der von uns gewählten Methode zur Geltung" (S. 10/11 ).

Balints Argument unterstreicht, daß in der Psychoanalyse öffentlich zugängliche Rohdaten nicht nur die verbalen Äußerungen von Patient und Therapeut sein sollten. Nur der krudeste Behaviorist würde den Überlegungen, Absichten und Einstellungen des Therapeuten ihre Existenz als wirksame Agentien des therapeutischen Prozesses absprechen können. So bringt Balints Vorschlag die subjektive Dimension dieses Prozesses in die Forschung ein, wodurch erst eine Vielzahl vitaler Fragestellungen zugänglich werden.

Formal ist an der beschriebenen Behandlung in diesem Zusammenhang wichtig, daß in die Schilderung der Behandlungsstunden eine Strukturierung eingeht: Es wurde bereits vor der Behandlung ein *Schema* festgelegt, das die thematischen Punkte, die erfaßt werden sollten, im Vorhinein bestimmt. So wurde eine relativ systematische Dokumentation dieses Behandlungsverlaufes erreicht.

Ein solches Schema zur Beschreibung eines Behandlungsverlaufes ist übrigens bereits 1951 von A. Mitscherlich an der Heidelberger Psychosomatischen Klinik eingeführt worden. Er hatte bereits 1947 in seiner monographischen Darstellung „Vom Ursprung der Sucht“ drei ausführliche Krankengeschichten vorgestellt, bei denen sich die Darstellung des Behandlungsverlaufes fast ausschließlich am Leitfaden der Traumanalyse vollzieht<sup>17</sup>. Diese "Systematische Krankengeschichte" sollte die „biographische Anamnese“ ergänzen, um den Verlaufsaspekt von Behandlungen zu erfassen. Wie viele solcher „systematischer Krankengeschichten“ nun wirklich geschrieben wurden, ist heute schwer auszumachen. Veröffentlicht wurde jedoch eine in der Festschrift für Alexander Mitscherlich:

„Obwohl nur eine geringe Zahl von Patienten und ihrer Krankheitsverläufe systematisch erfasst wurden, ist dieses Zurückholen eines Stückes aus der Pionierzeit in diesem Augenblick aus vielen Gründen mehr als gerechtfertigt „(Thomä, 1978, S.254).

Rückblickend bemerkt der Verfasser auch systematische Lücken:

„Von überindividueller Bedeutung ist zweifellos auch, dass in meinem Bericht fast nur die Patientin zu Wort kommt, obwohl A. Mitscherlich in seinem Schema die Pole Übertragung und Gegenübertragung aufführt und ihre Berücksichtigung bei der Darstellung der Therapie fordert. Tatsächlich haben wir damals sehr genau protokolliert, aber fast nur notiert, was der Patient mitteilte. Unsere Gefühle, Gedanken und Deutungen kamen bei dem Verständnis von Technik viel zu kurz und dementsprechend ist auch der Darstellungsstil dieser Krankengeschichte“ (S.258).

Wohl von der Konzeption angeregt, aber nicht unmittelbar davon bestimmt, sind die umfangreichen Fallgeschichten, die Thomä 1961 zur Anorexia nervosa vorlegte und de Boor 1965 zur Psychosomatik der Allergie. Zum Umfang des Falles Sabine B. schreibt der Autor

---

<sup>17</sup> Siehe auch den dritten Band von Frenchs Werk " The Integration of Behaviour" von 1958, die sich in der klinischen Beweisführung auf die umfangreiche Traumserie einer Patientin stützt. Zur experimentellen Verwendung von Traumserien s. Geist & Kächele (1979).

Thomä:

„Auch ein so umfangreicher Bericht wie der nun folgende stellt nur eine Auswahl der Beobachtungen und Überlegungen dar, die in 304 Behandlungsstunden angestellt wurden. Um das Wesentliche herausgreifen zu können, gingen wir von den Erfahrungen der Übertragung und des Widerstandes aus, die zum Leitfaden der Darstellung wurden“ (1961, S. 150).

Der Autor entschuldigt im Folgenden sich für die „erhebliche“ Länge des Berichtes (ca. 70 Seiten), ohne aus dem Defizit an verfügbaren ausführlichen Behandlungsdarstellungen eine Legitimation für die Ausführlichkeit abzuleiten. Die Darstellung dieser Behandlung ist in 16 Abschnitte gegliedert, von denen der längste einen Zeitraum von 38 Stunden, der kürzeste von 9 Stunden umfaßte. Eine methodische Diskussion, auf welche Weise diese Strukturierung der Behandlung vollzogen wurde, beschränkt sich auf den Hinweis, daß anhand von „Hauptthemen“ die Behandlungsabschnitte beschrieben werden. Es wäre sicher ein lohnendes Unterfangen, die Entscheidungsprozesse sorgfältig zu untersuchen, die zu solchen Segmentierungen des analytischen Prozesses führen.

1971 findet sich in Argelanders Fallstudie "Der Flieger" bereits ein deutlich positiveres Verhältnis zu einer umfassenden Berichterstattung. Die chronologische Darstellung eines Behandlungsverlaufes wird zwischen einer theoretischen Einleitung und zusammenfassend-kritischen Schlussbemerkungen ausgebreitet; zum Vorgehen bei der Auswahl des Materials schreibt der Autor:

"Bei der Dokumentation des analytischen Materials werde ich zwischen einer zusammenfassend berichtenden Form und wörtlich wiedergegebenen Protokollauschnitten wechseln, besonders an den Stellen, die mir für mein Thema wichtig erscheinen" (S. 10).

Da die Darstellung als Beitrag zur laufenden Narzissmus-Diskussion bestimmt war, wurde die Themenzentrierung der traditionellen psychoanalytischen Krankengeschichten übernommen.

Argelanders explizit formulierte Überlegungen zur Form seiner Darstellungen, die chronologische Protokollierung der Ereignisse in der Analyse, die streng systematische Wiedergabe zahlreicher wörtlicher Zitate und die sehr sachlich und von theoretischen und persönlichen Voreingenommenheiten distanziert wirkenden zusammenfassenden Berichte lassen das Bestreben des Autors deutlich werden, seiner Falldarstellung mehr Durchsichtigkeit zu geben, als das in früheren Krankengeschichten oft der Fall war. Allerdings darf man nicht übersehen, daß Argelander bis zu einem gewissen Grad eine Auswahl und über weite Strecken auch zusammenfassende Beschreibung des Behandlungsverlaufes vornehmen mußte um den Umfang des Werkes in Grenzen zu halten.

Die Frage des Umfanges der hier untersuchten Falldarstellungen verdient eine gesonderte Erwähnung; zu leicht stellt sich das Argument ein, am Umfang lasse sich gewiß nicht die Bedeutung eines Werkes messen. Solange allerdings klinische Beobachtungen vorgeführt werden sollen, stellt der Umfang eines Behandlungsberichtes tatsächlich einen gewissen Hinweis auf die klinische Nähe der vorgelegten Beobachtungen hin.

Es lohnt sich zum Vergleich den von Kohut (1979) skizzierten Fall des Mr. Z. heranzuziehen, bei dem der Verlauf von zwei Psychoanalysen geschildert wird, die sich zudem noch erheblich in der technischen Handhabung unterschieden haben. Dieser Fall erschien im International Journal 1979; die deutsche Fassung ersetzt in Kapitel 4 der Übersetzung „Die Heilung des Selbst“ die Ausführungen zum Patienten X<sup>18</sup>. der englischen Ausgabe durch die Schilderung des Patienten Z. (S. 172-229 in Kohut, 1979b). Der Austausch der Patienten ist nicht leicht zu bemerken, zumal sich die verwendeten Diagramme bis aufs Haar gleichen.

Obwohl schon relativ ausführlich die klinischen Daten mitgeteilt werden (S. 172-216) in Kohut, 1979b), würde ein solcher Fall eine weit ausführlichere Darstellung verdienen. Immerhin sollten für die Behauptung, die dieser Fall stützen soll, „dass die neue Psychologie des Selbst auf klinischem Gebiet von Nutzen ist“, Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, die eine Prüfung erlauben.

Eine kürzlich erschienene Biographie über Heinz Kohut klärt, dass es sich bei der „zweiten Analyse des Mr. Z.“ um eine kunstvolle Erfindung handelt, mit der Kohut zu verdeutlichen suchte, wie seine zweite Analyse bei Ruth Eissler hätte verlaufen sollen (Strozier 2001):

„Perhaps the most remarkable thing Kohut ever did was to write an entire case history that was pure autobiography, his own story in disguised form. He did so in the summer of 1977 at sixty-four years of age. Nothing he ever did more clearly marked his heroic sense of himself. „The two analysis of Mr. Z“, presented by Kohut as somber psychoanalytic case material had published in the profession’s most respected journal, reveals his deepest psychological experience“ (S.308).

Im deutschsprachigen Raum wurde dieser Bericht durch die kritische Würdigung von Cremerius (1982) recht bekannt. 1984 drückt Kohut erneut seine „Zufriedenheit“ mit dem Ergebnis der ersten fiktiven Psychoanalyse der Weltliteratur aus. Darin kommt indirekt seine entschiedene Kritik an seiner Lehranalyse bei Ruth Eissler zum Ausdruck. Übrigens hatte er - nach Ablehnung seiner Bewerbung als Kandidat der Chicagoer Institut - Ruth Eissler aus taktischen Gründen ausgewählt. In seiner Bewertung wird nicht müde, an dieser (fiktiven) Behandlung die Veränderungen in Haltung und Atmosphäre des Analytikers anzuführen, die durch seine selbstpsychologische Theorie ermöglicht wurden (s.d.a. Kohut 1984). Noch in seinem letzten Werk „Wie heilt die Psychoanalyse?“ gibt Kohut (1987) eine abschließende Würdigung in der Auseinandersetzung mit seinen Kritikern:

„ Die Lektion aus den beiden Analysen des Herrn Z. ist die folgende: Der Fall beleuchtet nicht nur die Art und Weise, wie theoretische Veränderungen den Analytiker in die Lage versetzen, neue klinische Konfigurationen zu sehen, sondern zeigt überdies, wie die Auffassung des Analytikers von der Selbstobjekt-Übertragung seinen Umgang mit dem klinischen Material mittels der erweiterten Empathie beeinflusst, die aus dem neuen Rahmen resultiert“ (S.139).

Ausführlichere Fälle zur Kohutschen Theorie finden sich stattdessen in einem Casebook, das Goldberg 1978 herausgegeben hat. Es werden relativ umfangreiche Fallberichte vorwiegend jener Patienten gegeben, die in Kohuts Büchern in kurzen Vignetten auftauchen. Insofern

---

<sup>18</sup> Diesen Fall hatte A. Eckstaedt Kohut zur Verfügung gestellt.

stellt das Buch eine Fundgrube für alle (kritischen) Leser dar, die sich mit Kohuts Konzepten beschäftigt haben (Goldberg 1978, S. 1). Die Darstellung der Analysen von Frau I. und von Frau A., mit einem Umfang von je über 100 Seiten, erlaubt sicherlich eine ausgezeichnete klinisch orientierte Diskussion.

Aber auch noch ausführlichere Darstellungen von Behandlungen scheinen ein Bedürfnis darzustellen, das sowohl behandelnde Analytiker wie auch Forscher teilen. So entschloss sich Paul Dewald eine gesamte psychoanalytische Behandlung zu dokumentieren, indem er sorgfältige Notizen während der Stunde aufnahm. Bei einer Vorstellung seines Vorhabens auf einem Workshop der American Psychoanalytic Association im April 1972 unterstrich Dewald, daß

"aufgrund unseres gegenwärtigen Verständnisses des Prozesses die meisten der erfahrenen Analytiker eine ziemlich effektive Behandlung durchführen können, und daß die gegenwärtige Methodologie der anekdotischen Beschreibung zur Akkumulation eines beträchtlichen Wissens geführt hat. Jedoch, wenn die Psychoanalyse eine wissenschaftliche Auswirkung über das eigene Fachgebiet hinaus haben wolle, sei weitere Forschung in diesem Bereich notwendig" (zit. nach Dorpat, 1973. S. 171).

Dewald beschreibt eine Behandlung, die zunächst ohne wissenschaftliche Ziele durchgeführt wurde. Die systematische Ausarbeitung wurde erst ein Jahr nach Abschluß der Behandlung aufgenommen. Immerhin mußte Dewald während der laufenden Behandlung detaillierte, fast wörtliche, Notizen des Dialoges machen, wobei er auch nonverbale Elemente der Kommunikation einzuschließen versuchte. Es ist interessant, daß die „verbale Interventionen“ des Analytikers extra aufgeführt werden, so als ob es nicht selbstverständlich sei, daß zum psychoanalytischen Dialog auch die Äußerung des Analytikers gehören.

Wie zu erwarten, wird das Notizenmachen zum technischen Problem. Dewald versichert jedoch, daß sein Mitschreiben in der Regel vom Patient als Teil der ganzen psychoanalytischen Situation, als Teil des Behandlungsarrangements akzeptiert wurde. Weiterhin zeigte sich, daß die Reaktionen der Patienten darauf genau so analysiert werden konnten, wie andere Reaktionen auf die Realität des Analytikers. Die Patientin, die Dewald vorstellt, ist eine junge Frau, die an einer klassischen, gemischten Neurose mit multiplen Phobien, frei flottierender Angst, Depression und Frigidität leidet. Es stellte sich heraus, daß sich die Patientin sehr schnell an die analytische Situation gewöhnte und gut zu arbeiten verstand. So dauerte die Behandlung nur 24 Monate (entsprechend 347 Stunden) und führte sowohl zu einer symptomatischen Besserung als auch zu einer strukturellen Umgestaltung ihrer Persönlichkeit.

Ungefähr ein Jahr nach Abschluß der Behandlung begann Dewald, die Aufzeichnungen mittels Diktaphon zu transkribieren, wobei er versuchte, besonders die idiomatischen Eigenarten der Patientin festzuhalten. Für die umfangreiche Veröffentlichung dieser Aufzeichnungen mußte er jedoch eine Stichprobe auswählen, da das Material insgesamt zu umfangreich war.

Dieses Argument zeigt, daß hier ein gewisser Widerspruch zwischen der wissenschaftlichen Forderung nach Offenlegung der Urdaten und der praktischen Einschränkung besteht, der

sich durch die Unmöglichkeit ergibt, auch nur eine kürzere Psychoanalyse vollständig zu publizieren. Was 'unmöglich' ist, wird natürlich durch Übereinstimmung der Wissenschaftler festgeschrieben. Erst wenn der Charakter solcher Aufzeichnungen als Datenquellen ersten Ranges etabliert ist, dürften sich solche ‚Unmöglichkeiten‘ ändern lassen.

Dewald entschloss sich, aus bestimmten Zeitabschnitten der Behandlung die Stundenprotokolle unverkürzt wiederzugeben. Zusätzlich rundet er die Mitschrift mit seinen zusammenfassenden Überlegungen jeweils ab, sodass der Leser auch einen Einblick in die Überlegungen des Analytikers erhält. Für die nicht wörtlich dargestellten Zeiten der Behandlung sind sehr komprimierte Zusammenfassungen eingefügt. Die folgende Aufstellung kann einen Überblick über die Verteilung des Gesamtumfanges der Publikation auf die einzelnen Behandlungsanteile und Wiedergabemedien vermitteln.

Dauer der Behandlung: 24 Monate =	347 Stunden
Verbatim-Wiedergabe davon	107 Stunden
Stichprobe: 1.+3.; 11.,13 ,15.; 23.+ 24. Monat	
Gesamt Umfang des klinischen Materials	656 Seiten
davon Umfang des Verbatim-Textes	510 Seiten
davon Umfang der Zusammenfassungen	146 Seiten

Welches Ziel verfolgte Dewald mit der Aufzeichnung dieser Behandlung? Der Referent des Workshops, bei dem das Projekt vorgestellt wurde, gibt hierzu folgenden Kommentar:

„Bei der Veröffentlichung dieses Falles war es Dewalds Ziel, einen Überblick über den psychoanalytischen Prozeß von einer klinischen Perspektive aus zu geben, wobei psychoanalytische Daten demonstriert und dokumentiert werden sollen. Nun, da diese Daten der Öffentlichkeit zugänglich sind, ist es möglich, sie von verschiedenen Blickwinkeln aus zu untersuchen. So können etwa andere Forscher über Konsensus bestätigen, worin der analytische Prozeß genau in diesem Fall bestand. Die gleichen Daten könnten auch als Ausgang für eine Vorhersagestudie von jemand benutzt werden, der den Fall noch nicht studiert hat und der deshalb frei von Vorurteilen hinsichtlich des Vorwissens um den Verlauf der Behandlung ist“ (Dorpat, 1973, S. 172).

Im Umfang und Wichtigkeit dem Dewaldschen Bericht ebenbürtig erschien 1973 von R. Stoller, der sich seit vielen Jahren mit Fragen der psychosexuellen Entwicklung befasst, ein Fallbericht „Splitting. A Case of Female Masculinity“. Auch Stoller gibt in der Einleitung zu dem 400-Seiten-Bericht über die ungewöhnliche Patientin eine Stellungnahme zu dem Vorhaben, in der beide Seiten zu Wort kommen: sowohl die Verfechter der klassischen Fallstudie in den Fußstapfen Freuds wie auch die Experimentalisten, die den Wert einzelner klinischer Mitteilungen zu bezweifeln gelernt haben. Nachfolgende Passage soll den Stil des Vorwortes zu diesem Buch exemplifizieren, das insgesamt ein Plädoyer für die umfassende Falldarstellung ist:

„Trotz der Bedeutung, die psychodynamischen Quellen des menschlichen Verhaltens zu entdecken und trotz der Ausführlichkeit der hierzu vorgelegten Literatur, gibt es nicht einen einzigen psychoanalytischen Bericht, bei dem die Schlussfolgerungen durch die Daten ergänzt sind, die zu ihnen geführt haben. Wenn solche Daten nicht verfügbar sind, müssen wir den Kritikern vergeben, die sich nicht von der Gültigkeit unserer Schlüsse überzeugen lassen . . . Wenn wir jemandes Bericht lesen, so wissen weder Sie noch ich, ob er recht hat, weil er meisterhaft und lebendig schreibt und weil er mit anerkannten Autoritäten über einstimmt oder ob er recht hat, weil seine Schlussfolgerungen aus seinen Daten resultieren: wir können es deshalb nicht wissen, weil wir

keinen Zugang zu seinen Daten haben" (S. XIII).

Auch dieses Vorwort wiederholt einen inzwischen nun bekannten Text: es muss aber betont werden, daß sich bei den angeführten Beispielen nicht Außenseiter zu Wort melden, sondern erfahrene und angesehene Kliniker, die selbst über viele Jahre und Jahrzehnte, den traditionellen Kommunikationsstil gepflegt haben. Denn entscheidend für die Frage, ob die hier zusammengetragenen Beispiele stilbildend waren oder stilbildend werden können, ist es, ob aus klinischen Bedürfnissen heraus mehr Information über Behandlungen gewünscht wird, als dies bislang verfügbar war. Der konkrete Blick in den Arbeitsraum des Psychoanalytikers wird nicht mehr als voyeuristische, infantile Neugierde verpönt, sondern gewinnt in den letzten Jahren zunehmend klinische, didaktische und wissenschaftliche Respektabilität.

Die Besonderheit der Psychoanalyse, nur in zwischenmenschlichen Beziehungen erfahrbar und erlernbar zu sein, führte lange Zeit dazu, die Bedeutung der Veröffentlichung von Behandlungsberichten zu schmälern, indem das Gefühl vermittelt wurde, daß die wichtigen Elemente einer Behandlung noch nicht aufzeigbar und vermittelbar sind. Liest man jedoch die begeisterten Rezensionen über Behandlungsberichte erfahrener Psychoanalytiker, so wird regelmäßig das Gegenteil unterstrichen. So z.B. M. James über Winnicotts „The Piggie“ :

"Remarkably enough there are few accounts of clinical work which tell to the new, and to the learning analyst, how others who are believed to be successful, work. "The Piggie" is one of those *rarely open descriptions which establish a style*" (1979, S. 137, Hervorhebung H.K.).

Es bleibt zu hoffen, daß sich nicht nur Winnicotts Behandlungstechnik stilbildend auswirkt, sondern auch die von ihm und anderen praktizierte Offenheit. Immerhin scheint ein gewisses Risiko mit einer solchen Offenlegung verbunden zu sein. So erscheint Guntrips Bericht von seinen zwei Lehranalysen bei Fairbairn und Winnicott erst nach seinem Tod (1975) und der Versuch lebender, besonders jüngerer Analytiker, über ihre "Lehrjahre auf der Couch" (Moser 1974; Kaiser 1996) zu berichten, dürfte wohl kein risikoloses Unterfangen sein. Y. Loewenfeld (1975) macht seiner Besprechung des Moserschen Bekenntnisbuches deutlich, welche besonderen Anforderungen an einen solchen von einem Zukunftskollegen verfassten, professionellen Behandlungsbericht gestellt werden müssen. Mit den kürzlich erschienenen „Bekenntnissen“ seiner offensichtlich nur „halb geheilten Seele“ vertieft der Erfolgsautor die Zweifel des Lesers bezüglich der Validität solcher vermutlich vielfach überarbeiteter Erinnerungstexte (s.d. Fried 2004) werden doch nun die früheren Idealisierungen seines Lehranalytikers vehement zurückgenommen. Trotzdem kommt Brentano (2005) zu einer positiven Würdigung, da nach wie vor ein großer Mangel an „Confessiones“ bestehe. Bei Berichten von Patienten ist es einfacher, sie in ihrer Eigenart und jeweils besonderen Motivierung zu akzeptieren. Huldigungen an Freud (Wortis 1954; Blanton 1971; Doolittle 1976) oder literarisch besonders ansprechende Erfahrungsberichte wie der von Hannah Green „I never promised you a rose garden“ (1964), Marie Cardinales „Les mots pour le dire“

(1975) und Paul Reys „Eine Saison bei Lacan“ (1995) haben es leichter, unsere Sympathie zu gewinnen. Versuche, einen gemeinsamen Erfahrungsbericht zu schreiben, in dem sowohl Patient als auch Therapeut die Behandlung Revue passieren lassen, haben noch Seltenheitswert (Yalom u. Elkin, 1974). Der von der Patientin Mary Barnes „Reise durch den Wahnsinn“ gemeinsam mit ihrem Psychiater verfassten Bericht aus der Anti-Psychiatrie Zeit in Kingsley Hall in London läßt auch Zweifel an der therapeutischen Funktion solcher gemeinsamen Berichte aufkommen (Barnes u. Berke 1972). Curtius spricht in ihrer zusammenfassenden Rezension von einem "neuen literarischen Genre von Patienten-Bildungsromanen oder Therapeut-Patient-Briefromanen" (1976 S. 64)<sup>19</sup>. Einen speziellen Kommentar zu diesem Genre steuert auch A.E. Meyer (1994) bei, indem genussvoll Krauses *Bonmot* von einer Schattenmund-Kultur zitiert. Einen eigenständigen literarischen Anspruch stellt z.B. Overbecks Versuch dar, „vom Fallbericht zur Fallnovelle - oder vom Erzählen zum Schreiben“ zu kommen (1994) und einen „Tatsachenroman“ zu verfassen, der einen klinisch wohlbekannten Typus von Patient zum Held hat (Overbeck 1997). Die Frage, ob Schreiben dem Schreibenden hilft, hat A. Muschg (1981) in seinen Frankfurter Poetik-Vorlesungen untersucht und nicht gerade positiv beurteilt (S. 104)<sup>20</sup>.

### *Trends heute*

Als dieser Bericht 1981 veröffentlicht wurde, bestand der Eindruck, dass die zusammengestellten Falldarstellungen zeigten, es wären in den vergangenen Dekaden immer häufiger ausführliche Fallberichte publiziert worden. Dem Zuwachs an öffentlichem Interesse an den Vorgängen in der psychotherapeutischen Situation entspricht auch ein wachsendes Interesse der Psychoanalytiker untereinander über die klinischen Erfahrungen ausführlicher zu kommunizieren. Ein frühes Beispiel für diesen Trend lieferte der von Strotzka 1978 edierte Reader mit Falldarstellungen aus dem Wiener Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, in dem die dort gemeinsam arbeitenden Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Schulen auch gemeinsam ihre Arbeit der wissenschaftlichen Öffentlichkeit in Form von Behandlungsberichten vorstellen.

Doch zeigt ein Beispiel aus den 80iger Jahren, dass die Probleme der angemessenen Berichterstattung lang bestehende unterirdische Spannungsmomente in sich tragen.

1981 referierte P. Casement auf dem 32. Internationalen Congress in Helsinki über ein technisches Problem („Some pressures on the analyst for physical contact during the re-living of an early trauma“); im folgenden Jahre wurde diese Arbeit veröffentlicht (Casement 1982). Der Autor veröffentlichte in der Folgezeit eine erweiterte Fassung der Arbeit in zwei Büchern

---

<sup>19</sup> Weitere lesenswerte Beispiele sind neben dem bekannten Fritz Zorn (1977) z.B. Erdheim (1985) schriftstellerisch überzeugend aufbereitete Erfahrungen als Tochter einer Psychoanalytikerin, Offenbachs „Melancholie für Fortgeschrittene“ (verfasst von Luise Pusch) und Reys (1995) Bericht über seine Analyse bei Lacan.

<sup>20</sup> Dies steht im eklatanten Gegensatz zu den optimistischen Verkündigungen über den therapeutische Wert des Schreibens (Pennebaker

(Casement 1985, 1990) und kompilierte wichtige Stellungnahmen von Diskutanten verschiedener Orientierungen (Casement 2000). Wie Boesky (2005) herausstellt, haben inzwischen mehr als 25 Autoren sich zu dem originalen Bericht geäußert, und die Veröffentlichung solcher Stellungnahmen habe sich zur ‚Cottage Industry‘ entwickelt (S. 842). Das Fazit seiner methodologisch orientierten Diskussion dieser Kontroverse fokussiert auf das unzureichende Verständnis der klinischen Evidenzbildung:

„ If we truly wish to reap the benefits of pluralistic psychoanalysis, we are well advised to refine our understanding of what information about the patient has been used to support the conclusions reported“ (Boesky 2005, S.860).

Dieses Problem wie ein Analytiker sein Arbeits-Modell vom Patienten gewinnt und was er davon berichten wie kann, wurde detailliert im Rahmen einer Hamburg-Ulmer Studie von Meyer (1988) empirisch untersucht.

Im Kontext von Auseinandersetzungen um Dauer und Frequenz von Psychoanalysen veröffentlichten Henseler u. Wegner (1993) ausführliche Berichte über „Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen“. Solche Fallberichte müssen allerdings methodologisch anspruchsvoller gestaltet werden. Zum Beispiel müssen extra-klinische Befunde verfügbar sein, um den gesundheitspolitisch zu vertretenden Aufwand zu rechtfertigen.

Trotz vieler Beteuerungen über die „Bedeutung kasuistischer Darstellung in der Psychoanalyse“ (Körner 1990) steht die Aussage Stuhls (2004) im Raum: „Die historisch so fruchtbare narrative Vorgehensweise Freuds ist heute allein nicht mehr in der Lage, die Existenz der Analyse zu rechtfertigen, auch wenn sie für die Mitglieder der „analytischen Community“ hinsichtlich didaktischer und Identitätsbildender Zwecke von zentraler Bedeutung ist, denn Fallberichte können ein lehrreiches Kommunikationsmittel sein“ (S. 65). Fallgeschichten haben narrative Formate, „mit deren Hilfe aus interaktiven Ereignissen einer Behandlung neue soziale Tatsachen für einen anderen Kontext geschaffen werden (Buchholz 1999, S. 42). Dieser neue Kontext generiert z.B. die zwanzig-seitigen Abschlußberichte einer psychoanalytischen Vereinigung (DPV), von denen im Ulmer Fall-Archiv mehr als 400 Exemplare vorgehalten werden, ohne das sich bislang eine nennenswerte systematische Evaluation dazu etabliert hätte (eine erfreuliche Ausnahme bildet von die am diesem Material von Klöß (1987) durchgeführte Studie zu geschlechtstypischen Sprachmerkmalen von frisch examinierten Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern).

Die Darstellung des Transformationsprozesses von klinischen Vignetten, von klassischen Krankengeschichten zu Einzelfallstudien über den Behandlungsverlauf macht deutlich, daß neben dem didaktisch-klinischen Gewinn sich auch Möglichkeiten für systematische Verlaufsstudien mit Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung ergeben. Ein nach Beobachtung und Schlußfolgerung geordnetes Angebot von Behandlungsaufzeichnungen, sei es in vollständiger Form oder auch nur in Form von Stichproben, kann für eine Vielzahl von Fragen ein wertvolles und hinreichendes Ausgangsmaterial sein. So haben Thomä u. Houben schon 1967 darauf hingewiesen, daß

## Th Kä Kap. 3

„umfangreiches kasuistisches Material, das wir in den technischen Seminaren im Laufe der Jahre gesammelt hatten, in der vorliegenden Form nur unzureichend wissenschaftlich ausgewertet werden kann. Die psychoanalytischen Falldarstellungen blieben allzu oft auf der Ebene der „unkontrollierten“ klinischen Deskription. Damit ist gemeint, daß Beobachtungen und Theoriebildungen in den Berichten immer noch zu sehr ineinander übergehen“ (1967, S. 664).

Damals hatte Thomä (1967) schon versucht, die Folgerungen aus dieser Kritik für die Darstellung eines eigenen Falles zu ziehen. Nach einer theoretischen Einleitung werden die thematischen Bereiche „Leere- und Erstickungsangst als unbewusste Kastrationsangst“, „Schwangerschaftsangst und Geburtsfurcht als unbewusste Kastrationsangst“, Schwangerschaftsangst und ödipaler Kinderwunsch“ sowie „präödipale Angstbedingungen“ exemplifiziert. Innerhalb jedes dieser Komplexe wird chronologisch die Entwicklung dargestellt, wobei zusammenfassende Darstellungen abwechseln mit sehr eingehenden Beschreibungen des Gesprochenen, in denen die Äußerungen der Patienten praktisch Satz für Satz wiedergegeben werden. Dabei wird auch herausgestellt, ob es sich bei dem Gesagten um Träume, Einfälle, Reaktionen bzw. beim Analytiker um Überlegungen, Fragen oder Deutungen handelte. Bei diesem Vorgehen wird die kasuistische Darstellung streng themenbezogen durchgeführt. „Für die Validierung von Hypothesen sind Veränderungen ausschlaggebend, die sich auf Deutungen beziehen“ (S. 845).

Diese themen-bezogene Darstellungsweise wurden von uns im zweiten Band des Ulmer Lehrbuches aufgegriffen und weiterentwickelt. Dort haben wir die Transformation von Krankengeschichte zu Behandlungsbericht in die Tat umgesetzt (Thomä u. Kächele 1988, Kap.1).

Eine ähnlich streng themenbezogene Verwendung von Behandlungsnotizen wurde auch bei dem ersten Projekt der Mount Zion Gruppe (San Francisco) zur Untersuchung der kontinuierlichen Veränderung der Abwehrstrategie eines Patienten dargestellt (Weiss 1971, Sampson et al. 1972). Statt einer breiten Übersicht über alle möglichen Linien des Behandlungsverlaufes werden bei solchen Untersuchungen nur bestimmte Konzepte in systematischer Weise analysiert. Mit solchen methodischen Ansätzen können auch vorliegende differenzierte Hypothesen zur Phasenstruktur psychoanalytischer Prozesse geprüft werden (Fürstenau 1977; Thomä et al. 1978).

Mit einem Verlaufsmodell zur „Dialektik der Veränderung“ hat Fischer (1989) an dem konzept-orientierten systematisch aufbereiteten Material einer psychoanalytischen Behandlung zu dieser Entwicklung beigetragen. Er implementierte im deutschen Sprachraum erstmals die von dem M. Horowitz entwickelte Configurations-Figurations-Analyse (CFA) (1979) und entwickelte ein passendes Signierungssystem (DVM), das auf der Ebene einzelner Äußerungen kodiert.

Der Übergang zum intensiven, konzept-orientierten, nur noch Ausschnitte aus dem Material berücksichtigenden Vorgehen, wie wir es in Kap. 5 vorstellen, ist dann fließend (Waldron

2004). Hierfür werden dann weitere Schritte in Richtung auf formalisierte klinische Auswertungen von Behandlungsprotokollen notwendig, wie dies vor dreißig Jahren schon von Strupp et al. (1966), Dahl (1972), Kächele et al. (1975) und Knapp et al. (1975) gezeigt wurde. Ausführliche methodologische Diskussionen zum Wie und Was solcher Prozessforschung haben erstmals Gottschalk u. Auerbach (1966) veröffentlicht<sup>21</sup>. Wallerstein und Sampson (1971) haben diese methodologischen Fragen für die psychoanalytische Welt zusammengefasst<sup>22</sup>, und wie in der Einleitung erwähnt, hat diese Arbeit für unser eigenes Forschungsvorhaben bedeutsame intellektuelle Schützenhilfe geleistet.

Um eine systematische prozessforschungsrelevante Dokumentation von Behandlungsverläufen zu erreichen, ist die Aufzeichnung der Dialoge mit mechanischen Geräten, seien es Tonband- oder Videorecordern heute unerlässlich. Dadurch sind neue Probleme, entstanden, die mit den Sorgen der Therapeuten beginnen (s.d. Gill et al., 1968; Bergmann, 1966) und bis zu den Problemen der Auswertung des gesammelten Datenmaterials reichen. Zu ihrer Lösung wurden neue Technologien in die psychoanalytische Forschung integriert, die dem Forscher die notwendige Hilfestellung geben. Methoden der computergestützten Archivierung und Textanalyse sind hierbei Schritte, die unvermeidbar sind, um der Fülle der dann erfassbaren Daten gerecht werden zu können (s. Kap. 6). Es handelt sich nicht mehr um klinisch-psychoanalytische Forschung im üblichen Sinne, wohl aber um empirische Forschung zur klinischen Psychoanalyse. Entsprechend der Einführung psychodiagnostischer Verfahren in das Interviewverfahren und ihrer nicht zu bestreitenden Bedeutung für die systematische Klärung grundlagenwissenschaftlicher Fragen der Psychoanalyse (s.d. Mayman, 1973; Blatt u. Auerbach 2001) hat auch die Schaffung von Archiven für Behandlungsprotokolle, die Erstellung einer psychoanalytischen Datenbank, wie dies Luborsky und Spence (1971) gefordert hatten, und die wir mit der Schaffung der ULMER TEXTBANK (Mergenthaler u. Kächele 1988, 1993, 1994; s. Kap. 6.2) eingelöst haben, zu einer Bereicherung der psychoanalytischen Forschungssituation geführt.

Der Prozeß der Umwandlung, den wir durch die Aufzählung einiger Beispiele zu verdeutlichen suchten, wurde durch zunehmende Kritik an der Beweiskräftigkeit klinischer Falldarstellungen ausgelöst. Freuds Krankengeschichten leben von ihrer bestechenden Synthese von vorgebrachtem Beobachtungsmaterial und damit verknüpften theoretischen Schlussfolgerungen.

Die über Jahrzehnte gepflegte Freud-Hagiographie hat mit Sicherheit dazu beigetragen, dass die Institute den didaktischen Wert diese Fallgeschichten überschätzt haben (Arlow 1982).

---

<sup>21</sup> Völlig unbemerkt blieb bei uns der wirklich erste Reader zur Therapieforchung: von Mowrer (1953). Er war auch 1970 in keiner deutschen Bibliothek verfügbar

<sup>22</sup>Erschien weitgehend unbemerkt (1997) auf deutsch: Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozessforschung. In: Schill S, Lebovici S, Kächele H (Hrsg) Psychoanalyse und Psychotherapie Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft. Thieme-Verlag, Stuttgart, S 132-154

Dies trug dazu bei, den methodischen Wert solcher Darstellungen zu überschätzen. Heute vollzieht sich eine Auseinandersetzung, die sich um den Kernpunkt zentriert: Kann klinische Forschung weiter und überhaupt nur aus solchen informell gestalteten Behandlungsberichten bestehen, oder ist nicht eine Ergänzung der klinischen durch formalisierte Forschungsstrategien zu fordern? Eine stärkere Formalisierung und Intensivierung der Forschung für den Bereich der Verlaufs- und Ergebnisforschung war notwendig und führte in den letzten zwanzig Jahren zu erheblichen Anstrengungen auf diesem Gebiet (Kächele 2001b).

Nicht, um klinisch fest begründete Sachverhalte zu überprüfen, obwohl man selbst hier eine gewisse Vorsicht walten lassen muß, inwieweit „klinische Sachverhalte“ verbindlich akzeptiert sind, sondern auch, um molares Wissen detaillierter zu begründen.

Abschließend soll jedoch betont werden, daß die bisherige Methode der Psychoanalyse, die wir in ihrer ersten Ausgestaltung S. Freud verdanken, ausgereicht hat, um "der Psychoanalyse den ersten Rang in der Reihe der das anthropologische Wissen bereichernden wissenschaftlichen Bemühungen einräumen zu können. Hans Kunz spricht dies klar und deutlich aus: "Keine andere Disziplin hat sich in unserem Zeitalter dermaßen intensiv und umfassend dem Menschen, seinem Erleben und Handeln zugewandt wie die Psychoanalyse" (Kunz 1975, S. 45). Wir können jedoch nicht übersehen, daß dieses Verdienst, welches sich Freud erworben hat, in der Phase der „wissenschaftlichen Kärnerarbeit“ (Kuhn, 1967) Stück für Stück erneut erworben werden muß. Was die Weiterentwicklung der klinisch-psychoanalytischen Forschung anbetrifft, so sind wir überzeugt, daß hier die methodischen Anforderungen gewachsen sind, und daß auch die intensive Erforschung des einzelnen Behandlungsfalles hier wirkliches Neuland sichtbar machen wird. Hierzu zählt wohl vor allem die „Rolle des Psychoanalytikers“ (Thomä, 1974), die lange Zeit ein dunkler Kontinent der klinisch-analytischen Forschung war. Eine Transformation der Krankengeschichte zur Einzelfallstudie ist seit Jahren in Gang gekommen (Leuzinger-Bohleber 1995), um so einen neuen Abschnitt der klinisch-psychoanalytischen Forschung zu sichern.