

HELMUT THOMÄ UND RODERICH HOHAGE, ULM

Zur Einführung einiger Kasuistischer Mitteilungen*

Übersicht: Als Ersatz für die selten gewordenen großen Fallgeschichten und als Ergänzung der in theoretische Darlegungen eingebundenen illustrativen Fallskizzen plädieren die Autoren für die Wiederbelebung der »Kasuistischen Mitteilung«, einer Form, die in besonderer Weise geeignet scheint, das *Neue* in psychoanalytischen Behandlungen zur Darstellung zu bringen. In einleitenden »Thesen« wird darauf hingewiesen, daß es besonders wichtig sei, das eigene Verhalten als Psychoanalytiker im therapeutischen Prozeß zu dokumentieren.

Es folgen zwei Kurzbeiträge über »Reden und Schweigen« des Analytikers und über den Analytiker als »Übertragungsobjekt und reale Person«.

Einleitung

Der therapeutische Erfahrungsschatz der Psychoanalyse wird in mündlicher Form in kasuistischen Seminaren bewahrt und vermehrt. In der klinischen Literatur überwiegen zwei Darstellungsformen: die großen »Krankengeschichten«, deren Vorbilder S. Freud geschrieben hat, und die ausschnittsweise Wiedergabe von Fallbeispielen zur Illustration bestimmter theoretischer Gesichtspunkte. Viele Gründe dürften dafür verantwortlich zu machen sein, daß die Zahl der großen, ausführlich belegten Krankengeschichten relativ klein geblieben ist. Diesen Stand der Dinge resümierte A. Freud:

»Wir finden nur eine verhältnismäßig geringe Zahl von gut belegten, ausführlichen und flüssig geschriebenen Krankengeschichten ... Was sich in den Veröffentlichungen findet, sind ... nur Ausschnitte aus dem Krankenmaterial, soweit sie geeignet sind, eine theoretische Annahme zu illustrieren, oder auch rein klinische Erörterungen, hinter denen das menschliche Bild des Patienten verschwindet« (A. Freud, 1971).

Umfangreiche Krankengeschichten haben trotz des Vorbilds der Freud'schen Krankengeschichten in der Tat Seltenheitswert. Nach einer Übersicht von H. Kächele (1981) sind in der psychoanalytischen Literatur kaum mehr als 25 Berichte erschienen, die eine Länge von über 30 Seiten haben. Selbst wenn man die Fehlerquellen solcher Auszählungen und ihre Problematik gebührend berücksichtigt, ist das Ergebnis überraschend. Die Ansprüche, die man an die Qualität einer Krankengeschichte stellt,

* Aus der Abteilung für Psychotherapie (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Thomä) des Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Ulm. Bei der Redaktion eingegangen am 12. 3. 1981.

richten sich natürlich ausschließlich auf ihren Autor und nicht auf den Kranken. Freuds halbe Entschuldigung gegenüber der medizinischen Tradition, seine psychoanalytischen Krankengeschichten läsen sich wie Novellen, war die Ursache für ein hohes stilistisches Niveau. Das immer wieder beschworene und selten realisierte Junktim von Forschung und Behandlung konfrontiert den Psychoanalytiker mit wissenschaftlichen Postulaten, die seit den Pionierzeiten, die eher durch Ideenreichtum und Hypothesenbildung als durch deren strenge Prüfung gekennzeichnet waren, noch gewichtiger geworden sind. Schließlich verbindet sich mit dem Schreiben einer psychoanalytischen Krankengeschichte weltweit die Aufnahme in die Fachgesellschaften, also mit einem Examen, das wiederum dem Autor und seiner Qualifikation, nicht dem Kranken gilt. Der Aufwand an Zeit und Kraft scheint allein hierfür so groß zu sein, daß viele Analytiker nur einmal in ihrer beruflichen Laufbahn eine Entstehungs- und Verlaufsgeschichte relativ umfassend in einem Behandlungsbericht darstellen.

Aus diesen und vielen anderen Gründen hat sich statt großer Krankengeschichten der zweite oben genannte Darstellungstyp durchgesetzt. So werden in klinisch orientierten Veröffentlichungen kasuistische Beispiele gegeben — neuerdings im Genre der »Vignette«¹ —, die in klinisch-theoretische Überlegungen eingearbeitet sind. Sie dienen überwiegend der Illustration bestimmter psychodynamischer Zusammenhänge. Diese klinischen Beispiele sind gewöhnlich kurz und vermitteln nur einen eingeschränkten Blick auf die jeweilige Fallgeschichte. Ihre Schwerpunkte lassen die behandlungstechnischen Konsequenzen, die tatsächlich gezogen wurden, also das therapeutische Handeln des Psychoanalytikers, in den Hintergrund treten. Nicht nur das Bild des Patienten geht dabei verloren. Ebenso dunkel bleibt oft, was der Analytiker auf Grund seiner psychodynamischen und psychogenetischen Überlegungen und Annahmen dem Patienten tatsächlich verbal und a verbal mitgeteilt hat. Nun gibt es keine Darstellung ohne Selektion: Immer kommt irgend etwas zu kurz. Es scheint beim gegenwärtigen Wissensstand kaum möglich zu sein, allen idealen Anforderungen gerecht zu werden, also sowohl die Entstehungsgeschichte zu rekonstruieren als auch den Verlauf einer Be-

¹ Daß in unseren klinischen Sprachgebrauch die »Vignette« erst vor kurzem Eingang gefunden hat, haben Rückfragen unserer Sekretärinnen gezeigt, deren Sprach- und Stilgefühl wir oft wertvolle Anregungen verdanken. Was denn diese »Vignetten« — nach Duden — wörtlich mit einer »Weinranke« oder mit einem entsprechenden Ornament in mittelalterlichen Handschriften und im übertragenen Sinn mit einer »Randverzierung« zu tun hätten? Erst im Webster — nicht im Großen Brockhaus — fanden wir unter 4. die Antwort: »a short literary composition characterized by compactness, subtlety, and delicacy«.

handlung und die Veränderungen im einzelnen unter Berücksichtigung von Alternativen und ihrer eingehenden schulübergreifenden Diskussion zu begründen. Diese Schwierigkeiten wirken sich offensichtlich auf die beiden hier kurz skizzierten psychoanalytischen Darstellungsformen in gleicher Weise aus, und zwar vorwiegend so, daß die Pathologie des Kranken und ihre psychogenetische Rekonstruktion einen weitaus größeren Raum in den Veröffentlichungen einnehmen als die Beschreibung der konkreten therapeutischen Aktivität des Analytikers. Auch in Freuds paradigmatischen Krankengeschichten steht die Rekonstruktion der Entstehungsgeschichte im Mittelpunkt, nicht aber sein tatsächliches therapeutisches Handeln, das, wie wir heute wissen, sich nicht ohne weiteres aus seinen technischen Schriften und Empfehlungen, die in der Psychoanalyse maßgebend wurden, ableiten läßt oder ihnen genau entsprach (Cremerius, 1981).

Auch nach der Wende in Verständnis und Nutzbarmachung der Gegenübertragung wird der Weg von der Ein-Personen- zu einer Zwei-Personen-Psychologie und -Medizin (M. Balint) und eine entsprechende Darstellung des psychoanalytischen Austauschs als eines interaktionellen Prozesses nur selten beschritten. Will man diese wegweisende Idee in die Praxis umsetzen und unter Einbeziehung des Unbewußten beschreiben, was sich zwischen Patient und Therapeut vollzieht, stößt man auf neue Probleme, dafür geeignete Darstellungsformen zu finden, wie wir aus eigenen Bemühungen wissen (Thomä, 1967, 1981). Diese Schwierigkeiten hängen mit dem dialogischen Charakter der Beziehung zusammen, die alle Phänomene im bipersonalen Raum thematisiert. Angesichts der Schwierigkeiten, eine dem psychoanalytischen Dialog angemessene Darstellungsform zu finden, begnügen wir uns damit, in kurzen kasuistischen Beispielen die in der Beschreibung des Dialogs in den beiden skizzierten Darstellungstypen eher vernachlässigte Seite in den Mittelpunkt zu rücken, indem wir uns auf den Anteil des Psychoanalytikers am therapeutischen Prozeß konzentrieren. Wir wollen uns also über die Schultern schauen lassen und glauben, daß die kurze »kasuistische Mitteilung«, die in der Psychoanalyse eine Tradition hat, in zeitgemäße und der Entwicklung des therapeutischen Verständnisses entsprechende neue Form gebracht und wiederbelebt werden könnte.

Die »kasuistischen Mitteilungen« können als dritter Darstellungstyp im Bereich der psychoanalytischen Therapie bezeichnet werden, wie das Ergebnis unserer Recherchen, die wir nun wiedergeben, zeigt.

In der Geschichte der Psychoanalyse haben kasuistische Kurzbeiträge die Lücke zwischen den beiden skizzierten Darstellungstypen geschlossen. Die Klassifizierung als »Kurzbeitrag« implizierte keine übergroßen

Anforderungen an Literaturstudium und theoretische Durcharbeitung. Das ist der Lebendigkeit der Darstellung ganz offensichtlich zugute gekommen: Man ist beeindruckt von der Vielseitigkeit und der schöpferischen Beobachtungsfreude von Psychoanalytikern, die in ihrer Praxis Neues entdeckten und sich nicht scheuten, oft nur mit wenigen Sätzen davon zu berichten. Im Mittelpunkt der Betrachtung standen häufig nur einzelne prägnante Situationen, Konstellationen oder Beobachtungen.

Die »kasuistischen Beiträge« in der *Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse* haben eine auffällige Entwicklung genommen: Schon vor 1925 sind unter der Rubrik »Klinische Beiträge« eine Reihe von Kurzbeiträgen erschienen. Nach der Einführung einer eigenen Rubrik gab es eine Flut von Veröffentlichungen: in den Jahren 1925 bis 1927 wurden 38 Beiträge publiziert! Die Zahl der Veröffentlichungen nahm in den nächsten vier Jahren nur geringfügig ab. Zwischen 1932 und 1934 tauchten nur noch acht Kurzbeiträge auf, ab 1935 verschwand diese Rubrik ganz zugunsten allgemeiner klinischer Beiträge, die mehr den Charakter von Fallgeschichten hatten.

Die Rubrik »Kasuistische Beiträge« wurde in die beiden deutschsprachigen Zeitschriften, die sich in den Jahren seit dem Zweiten Weltkrieg ausdrücklich der Psychoanalyse widmeten, nicht eigens aufgenommen. Die Zahl der rein klinischen Veröffentlichungen ging in der Tendenz zurück zugunsten von Fallbeispielen in klinisch-theoretischen Arbeiten: Wir zählten in der *Psyche* zwischen 1952 und 1962 noch 19 kasuistische Veröffentlichungen, in den letzten acht Jahren dagegen deren nur noch neun. In der *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* fanden sich zwischen 1960 und 1965 noch acht als Falldarstellung gekennzeichnete klinische Mitteilungen, in den Jahren von 1966 bis 1978 nur noch deren vier. Kinderanalytiker knüpften noch eher an die Tradition der kurzen kasuistischen Mitteilung an. Daneben sind Behandlungsberichte von psychotischen Patienten der Zahl nach überrepräsentiert. Kasuistische Berichte über hysterische, zwangsneurotische oder depressive Patienten sind selten. Veröffentlichungen, die die Tradition der Kurzbeiträge fortsetzen, fehlen fast völlig. (Ausnahmen bilden die farbigen und prägnanten Beobachtungen des Schweizer Analytikers H. Zulliger.)

Durch die Mitteilung einiger kasuistischer Beiträge möchten wir die Tradition beleben und dadurch den Austausch zwischen analytischen Psychotherapeuten auf einer praxisnahen Ebene fördern. Diese Praxisnähe liegt uns deshalb am Herzen, weil die klinisch-theoretische Ausrichtung und die von ihr gesteuerte Deutungsebene nur begrenzt Aus-

kunft darüber gibt, was in der analytischen Situation wirklich geschieht. Die Vielfalt der den therapeutischen Verlauf gestaltenden Faktoren wird deutlich, wenn man den umfangreichen Fragebogen Glovers betrachtet, anhand dessen englische Psychoanalytiker schon 1938 ihr Handeln selbst eingeschätzt haben. In diesem Fragebogen waren zehn Bereiche durch 58 Fragen abgedeckt. Ob der Analytiker einen vom Patienten überreichten Brief selbst liest oder ihn sich vorlesen läßt, ob er Fragen nur interpretiert oder auch beantwortet — all dies beleuchtet einen anderen Bereich therapeutischen Geschehens als die verbalen Deutungsinhalte. Es hängt aber gerade von der Handhabung solcher Fragen ab, wie die therapeutische Situation sich im zwischenmenschlichen Raum entwickelt. Wir können davon ausgehen, daß die Unterschiede in der Handhabung dieser Fragen nicht kleiner geworden sind als zum Zeitpunkt von Glovers Umfrage. Eher vergrößert haben dürften sich die Unterschiede in der Wahrnehmung dessen, was als relevantes Material vom Analytiker wahrgenommen und reflektiert wird. Hier hilft der Austausch von Gedanken und Wahrnehmungen, Schulbildungen in Frage zu stellen und die Horizonte zu erweitern.

Die hier abgedruckten »kasuistischen Mitteilungen« orientieren sich an den hauptsächlich gegenwärtig diskutierten Problemen der psychoanalytischen Behandlungstechnik. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit formulieren wir im folgenden einige Gesichtspunkte, die uns bei der Auswahl unserer Beiträge geleitet haben. Diese Thesen² sollen lediglich einen gewissen Rahmen dafür abgeben, warum wir es für wichtig halten, gerade das eigene Verhalten, den Anteil des Psychoanalytikers bei der Gestaltung der therapeutischen Situation, zu beschreiben.

1. Die therapeutische Bedeutung des Psychoanalytikers und seine Funktion für die *Veränderung* der Symptome des Patienten stand bis zu J. Stracheys (1934, 1937) originellen und immens einflußreichen Beiträgen im Schatten seiner diagnostischen Aufgaben bei der *Erklärung* ihrer Entstehung. Nicht was der Analytiker in der gegenwärtigen therapeutischen Situation mit dem Ziel tut, den Wiederholungszwang zu unterbrechen, stand im Mittelpunkt der Untersuchungen zur Theorie der Technik, sondern die Rekonstruktion der Vorgeschichte der Übertragungsneurose. Die situativen Einflüsse auf ihre Form wurden wenig beachtet. Für alles, was *neu* in der psychoanalytischen Situation entsteht, also gerade nicht zur Übertragung gehört (vgl. A. Freud, 1936, S. 22 f.), fehlte

² Die Thesen sind den Kapiteln »Die Aktivität des Psychoanalytikers als Determinante des therapeutischen Prozesses« und »Über die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen« aus den *Schriften zur Praxis der Psychoanalyse* (Thomä, 1981) entnommen. Dort findet sich ihre Begründung.

bis vor kurzem das begriffliche Raster. Mit der Einführung der um das »Arbeitsbündnis« (Greenson, 1965) herumgruppierten Begriffe bahnt sich eine Wende an: Die kreative Aktivität des Analytikers gerade in seinen Deutungen wird unter dem Gesichtspunkt der Innovation gesehen, die therapeutische Wirksamkeit wird ihm als »neuem Objekt« zugeschrieben (Loewald, 1960, 1979; Loch, 1974, S. 438). Tatsächlich ist dieses »neue Objekt« ein höchst aktives »Subjekt«, während es durch die Metapher vom Analytiker als Spiegel zum »passiven«, »sterilen«, nicht »Neues« hinzuzufügenden Objekt entstellt worden war. Auch Objektsbeziehungstheorien, die von einer »Ein-Person-Psychologie« ausgehen, verfehlen eine wesentliche therapeutische und anthropologische Dimension. Die Intersubjektivität und die in ihr sich vollziehenden Identifizierungen sind, wie Winnicott (1971) gezeigt hat, für die Selbst- und Objektfindung ebenso wie für die späteren therapeutischen Ich-Veränderungen konstitutiv.

»Das wichtigste Untersuchungsgebiet der neuen Theorie (der bipersonalen Objektbeziehungstheorie, Ref.) muß das Verhalten des Psychoanalytikers in der therapeutischen Situation oder, wie ich lieber sagen würde, der Beitrag des Analytikers beim Erschaffen und Aufrechterhalten der psychoanalytischen Situation sein« (Balint, 1950, S. 121; unsere Übersetzung).

2. Gegenwärtig sollte systematisch untersucht werden, wie in der therapeutischen Situation *neue* Erfahrungen vermittelt werden. Die Besinnung auf die allgemeinen Grundlagen der Therapie als einer bedeutungsvollen Interaktion zwischen Patient und Analytiker brachte eine differenziertere Betrachtung der beobachteten Phänomene mit sich. So fragt sich Anna Freud (1954), ob die zeitweise völlige Vernachlässigung der Tatsache, daß Analytiker und Patient zwei Menschen sind, die, in gleicher Weise erwachsen, »sich in einer realen persönlichen Beziehung zueinander befinden«, für einige der aggressiven Reaktionen verantwortlich sei, »die wir bei unseren Patienten auslösen und die wir möglicherweise nur als ›Übertragung‹ betrachten« (1954, S. 618).

Wir sind mit Klauber (1972) der Auffassung, daß die gegenwärtige Phase der Entwicklung der psychoanalytischen Technik durch den Versuch zu charakterisieren ist, Übertragungs- und Nichtübertragungselemente in ihrem Verhältnis zueinander zu erkennen und die »Realität« der analytischen Situation in angemessener Weise zu begreifen. Heutzutage sind die behandlingstechnischen Probleme unter dem Gesichtspunkt des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung zu betrachten. Traditionell sind Psychoanalytiker hier wenig geschult, weil sich diese Seite der Therapie früher scheinbar von selbst verstand. Dem Verhältnis der »Deutung« zu den nicht interpretierten Aspekten der Beziehung und zu

anderen Bestandteilen der Behandlung wurde zu wenig Beachtung geschenkt.

3. Nach wie vor kann man als Ziel der Analyse die »kurative und kreative Einsicht« (Blum, 1979, S. 46; Noy, 1978) bezeichnen, zu der der Patient im wesentlichen durch analytische Interpretationen gelangt. Das Ziel der Einsicht ist kein Selbstzweck. Es bezieht seine Legitimation vorwiegend aus der kurativen Wirkung. Durch Identifikation übernimmt der Patient analytische Funktionen und Ziele, und auch die Veränderung seiner Ich- und Über-Ich-Aspekte steht in Beziehung hierzu (Blum, 1979, S. 47). Da sich die Einsicht in selektiver Identifikation mit den Ansichten des Psychoanalytikers ergibt und sich insbesondere auf die Aufhebung übertragungsneurotischer Wiederholungen bezieht, scheint es noch ein vorrangigeres Ziel zu geben als die Vermittlung von Einsicht: Es muß eine therapeutische Situation hergestellt werden, in der eine tragfähige Arbeitsbeziehung Aufbau und Abbau der Übertragungsneurose erleichtert. P. Heimann hat diese hier diskutierte Funktion als Ergänzungs-Ich bezeichnet, sie lebensgeschichtlich auf die Mutter zurückgeführt und als »mütterliche Funktion« (1978, S. 228) bezeichnet. Wegen der Gefahr der reduktionistischen Erklärung wollen wir das therapeutische Ergänzungs- oder Hilfs-Ich nicht als mütterliches deklarieren, sondern — Heimann paraphrasierend — die Bezeichnung der *Funktion* übernehmen, die das Wesentliche trifft: Das Ergänzungs-Ich bietet dem Patienten Begriffe an, die er selbst nicht hat. Der Analytiker lehrt den Patienten neue Begriffe, neues Denken und bringt ihn so auf den Weg des Fortschritts. Unter Beachtung dieses Gesichtspunkts besteht die Funktion des Psychoanalytikers vor allem darin, eine neue Sicht zu vermitteln.

4. Identifizierungen mit Personen der Vergangenheit wiederholen sich am Übertragungsobjekt. Es scheint aus verschiedenen Gründen zweckmäßig zu sein, zwischen Übertragungsobjekten und dem kreativen Subjekt des Analytikers zu unterscheiden. Bedeutungsvolle Personen der Vergangenheit sind zu inneren »Objektrepräsentanzen« geworden und haben sich mit »Selbstrepräsentanzen« verbunden. Von diesen inneren Abbildern und ihren Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten geht jener Vorgang aus, den Freud (1900 a) als Wiederherstellung der »Wahrnehmungsidentität« bezeichnet hat. Dieser affektiv-kognitive Prozeß bestimmt den sogenannten Wiederholungszwang, der danach drängt, gegenwärtige Situationen und Mitmenschen im Sinne der alten Abbilder umzugestalten. Daraus ergibt sich, daß der Patient auf Grund seiner unbewußten Disposition dem Arzt in typischer Weise Rollen zuschreibt. In der übertragungsneurotischen Konstellation wird für den Analytiker

spürbar, wie stark der Druck ist, den der Patient ausübt, um den Analytiker zur Rollenübernahme zu zwingen. Im Sinne des transitiven Sprachgebrauchs möchte der Patient den Psychoanalytiker als den »Jemand« identifizieren, d. h. benennen können — sei es, um sich diesem Objekt als Subjekt gegenüberstellen zu können, sei es, um sich mit ihm als Objekt gleichsetzen zu können im Sinne des reflexiven Gebrauchs von »sich identifizieren«. Bei diesen unbewußt gesteuerten machtvollen Versuchen, eine Wahrnehmungsidentität wiederherzustellen, bleibt der Analytiker in seiner Subjekthaftigkeit unberücksichtigt; er wird also zum »Objekt« gemacht. Der Psychoanalytiker erkennt die Diskrepanz zwischen dem, was ihm zugeschrieben wird, und dem, was er selbst ist (Morgenthaler, 1978). Daraus gewinnt er jenen Erkenntnispielraum, der ihm Übertragungsdeutungen erleichtert. Die Wirkung von Übertragungsdeutungen liegt weniger in ihrem Vergangenheitsbezug als in der Eröffnung neuer Möglichkeiten und Ansichten, die durch ein gegenwärtiges Subjekt und dessen »kreative« Phantasie beim Suchen besserer Lösungsmöglichkeiten für konservierte neurotische Konflikte vermittelt werden.

Die hier vorgetragenen Thesen beleuchten ein tiefes, praktisch und wissenschaftlich noch immer ungelöstes Dilemma der psychoanalytischen Therapie. Die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen ist einerseits zur Subjektkonstituierung unerlässlich, andererseits soll der Kranke »nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur *Befreiung* und *Vollendung* seines Wesens erzogen werden« (Freud, 1919 a, S. 190; unsere Hervorhebung). Wird die psychoanalytische Theorie der Identifizierung auf die Technik angewendet, ist die Frage zu stellen: Wie persönlich und natürlich müßten die psychoanalytische Situation und ihr Umfeld gestaltet werden, um »Introjektionen« und »Identifikationen« — ob in Es, Ich oder Über-Ich, mag hier offenbleiben — zu fördern?

Es erscheint reizvoll, gerade die Situationen, die eine Veränderung im analytischen Prozeß gefördert oder eventuell verhindert haben, daraufhin zu untersuchen, wie das Verhältnis von neuen Erfahrungen zu Übertragungsneurotischen Wiederholungen sich darstellt. Wir haben die Vermutung, daß es sehr viele solcher Situationen gibt, anhand derer sich zeigen läßt, wie der Analytiker das Übertragungsangebot angenommen und wie er durch sein Verhalten eine neue, nicht durch die Übertragung bestimmte Dimension der Interaktion ermöglicht hat.

Auch bei kurzen kasuistischen Mitteilungen ist es erforderlich, die Frage der Diskretion aufzuwerfen. In Erweiterung der bereits von Freud (1905 a, S. 164 ff.) vorgeschlagenen vorbildlichen Chiffrierungsmaß-

nahmen können wir feststellen, daß nichts unverändert gelassen wurde, was einen Leser auf die Spur des Patienten führen könnte. Die Chiffrierung kann allerdings nicht so weit getrieben werden, daß der Patient sich selbst nicht wiedererkennen könnte, falls ein Zufall ihm den Bericht in die Hand spielen sollte. Freilich halten wir es nicht für ganz ausgeschlossen, daß auch ein so betroffener ehemaliger Patient einige Mühe haben würde, sich wiederzuerkennen. Denn die vorgenommenen Veränderungen aller äußeren Daten und die einseitige, nur auf bestimmte Probleme eingeschränkte, analoge Wiedergabe gerade solcher Seiten, mit denen der Patient kaum vertraut war und die der Umgebung nicht bekannt sein können, führt zu einer eigenartigen Verfremdung. Im Hinblick auf die Erleichterung der ärztlichen Diskretion muß uns diese »Verfremdung« willkommen sein, auch wenn eines der Ziele der Behandlung ihre Aufhebung ist. Die chiffrierten Daten der Patienten kommen nur insoweit zur Darstellung, wie sie für das Begreifen der Behandlungsepisoden relevant sind. Im übrigen möchten wir darauf aufmerksam machen, daß u. E. bei Chiffrierungen von Behandlungsausgängen viel zu wenig von der Möglichkeit der analogen Darstellung, die gründlich entstellt, aber den Sinn erhält, Gebrauch gemacht wird.

Der Psychoanalytiker hat gewiß auch ein Recht auf seine private Sphäre, die dort beginnt, wo er nicht nur als »Übertragungsobjekt« in Erscheinung tritt. Als »reale« Person wirkt er in der therapeutischen Situation in professioneller Form. Wir werden in den kurzen kasuistischen Beiträgen die persönliche Note dadurch betonen, daß wir den Analytiker, wenn er als Person (und nicht als »Übertragungsobjekt«) denkt und handelt, in der Ich-Form sprechen lassen.

Es sichert die Diskretion weiterhin, daß für die kasuistischen Darstellungen die Möglichkeit vorgesehen ist, daß der Name des behandelnden Analytikers durch eine Chiffre ersetzt werden kann. R. Hohage besorgt die Auswahl und den Aufbau unserer kasuistischen Mitteilungen.

(Anschrift der Verff.: Prof. Dr. Helmut Thomä und Dr. Roderich Hohage, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm)

Summary

Clinical vignettes. — Great case histories have become rarities. As replacement for them and as supplement to the illustrative case sketches commonly included in theoretical papers, the authors plead for the revival of the »Case Report«, a type of communication suitable for the presentation of innovations in psychoanalytic treatment. The authors point how important it is to document the analyst's own behavior in the therapeutic process. There follow two brief contributions about the analyst's »Talking and silence« and about the analyst as »Transference object and real person«.

BIBLIOGRAPHIE

- Balint, M. (1950): Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31, 117—124. Dt. Fassung in: M. Balint (1966): *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Stuttgart (Klett).
- Blum, H. P. (1979): The curative and creative aspects of insight. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 27, 41—70.
- Cremerius, J. (1981): Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut — Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: U. Ehebald und F.-W. Eickhoff (Hg.) (1981): *Humanität und Technik in der Psychoanalyse*. Bern (Huber), 123—158.
- Freud, A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. London (Imago).
- (1954): The widening scope of indications for psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 2, 607—620.
- (1971): Vorwort zu: *The wolf-man*. Hg. v. M. Gardiner. New York (Basic Books).
- Dt. Ausg. (1972): *Der Wolfsmann vom Wolfsmann*. Frankfurt (Fischer).
- Freud, S. (1900 a): *Die Traumdeutung*. GW II/III.
- (1905 a): *Über Psychotherapie*. GW V, 11—26.
- (1919 a): *Wege der psychoanalytischen Therapie*. GW XII, 181—194.
- Glover, E. (1937): *Die Grundlage der therapeutischen Resultate*. *Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 23, 42—50.
- Greenson, R. R. (1965): *Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose*. *Psyche*, 20, 1966, 81—103.
- Heimann, P. (1978): *Über die Notwendigkeit für den Analytiker, mit seinen Patienten natürlich zu sein*. In: S. Drews et al. (Hg.) (1978): *Alexander Mitscherlich zu Ehren*. Frankfurt (Suhrkamp), 215—230.
- Kächele, H. (1981): *Die Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung*. *Jahrbuch für Psychoanalyse*, XII, 118—177.
- Klauber, J. (1972): On the relationship of transference and interpretation in psychoanalytic therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 53, 385—391.
- Loch, W. (1974): *Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer*. *Psyche*, 28, 431—460.
- Loewald, H. W. (1960): On the therapeutic action of psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, 16—33.
- (1979): Reflections on the psychoanalytic process and its therapeutic potential. *J. Psychoanal. Study Child*, 34, 155—167.
- Morgenthaler, F. (1978): *Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt (Syndikat).
- Noy, P. (1978): *Insight and creativity*. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 26, 717—748.
- Strachey, J. (1934): *Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse*. *Int. Zs. f. Psychoanalyse*, 21, 1935, 486—516.
- (1937): *Zur Theorie der therapeutischen Resultate der Psychoanalyse*. *Int. Zs. f. Psychoanalyse*, 23, 68—74.
- Thomä, H. (1967): *Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex*. *Psyche*, 21, 827—847.
- (1981): *Schriften zur Praxis der Psychoanalyse*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Winnicott, D. W. (1971): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1979.