

2.09 In: Datler, W. & Reinelt, T. (Hrsg.): Psychotherapie als Hilfe für das Kind. - Reinhardt: München-Basel, 1984, 29-40.

WILFRIED DATLER

“Wer nicht weiß, wohin er will, braucht sich nicht zu wundern, wenn er ganz woanders ankommt ...”

Anmerkungen und Anfragen zum Problem der Zielformulierung in der Kinderpsychotherapie

I.

Am Beginn der Mager'schen Schrift "Lernziele und Programmierter Unterricht" (1965) findet sich der Aphorismus: "Wer nicht weiß, wohin er will, braucht sich nicht zu wundern, wenn er ganz woanders ankommt ...". Damit bezeichnete Mager das zentrale Motto eines Programms, das - von den Ideen des Behaviorismus ausgehend - bald (auch) in der Gestalt der Verhaltenstherapie weite Verbreitung gefunden hatte.

Diesem Programm zufolge müsse jedes Handeln, das erfolgreich sein will, mit der möglichst eindeutigen Formulierung des "gewünschten Zielzustandes" anheben.

Dies gelte auch für den Bereich des zwischenmenschlichen Handelns (wie etwa dem der Pädagogik, Politik oder Psychotherapie): Auch hier sollten Zielformulierungen exakt getroffen werden und nicht länger jene "mehrdeutige(n) Worte" beinhalten, "die unzählige Interpretationen zulassen" (Mager 1965, 11). Statt dessen müßten sie vielmehr ganz bestimmte Verhaltensweisen nennen, die eine Person nach der beabsichtigten Einflußnahme zeigen soll. Und dieser Anspruch, der ja auch an tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapieformen gestellt wird (z. B. Skinner 1956, Bandura 1971), scheint zunächst auch durchaus angemessen zu sein; wird doch betont:

Nur dann, wenn Psychotherapie auf die Hemmung oder Förderung von *eindeutig beobachtbaren Verhaltensweisen* abzielt, kann über den Erfolg oder Mißerfolg therapeutischer Interventionen objektiv und unmißverständlich geurteilt werden. Denn solange sich in Therapiezielen so unscharfe Begriffe wie "Weckung von Vertrauen", "Einsichtsgewinnung" oder "Selbstfindung" fänden, solange könnte auch über ihre Verwirklichung nur in "subjektiv"-vagen Interpretationen geurteilt werden. Therapeuten könnten dann - erstens - nie wirklich erfahren, ob sie effizient gearbeitet haben oder nicht; und technologisch orientierte Wissenschaftler wären dann - zweitens - auch nie in der Lage zu erforschen, welche therapeutischen Vorgangsweisen unter welchen Bedingungen zur (überprüfbaren) Erreichung welcher Zielsetzungen wie geeignet sein dürften.

Daran anknüpfend will nun im Folgenden

- zunächst erinnert werden, daß sich von diesem Konzept der Therapieziel-formulierung gerade Tiefenpsychologen immer wieder abgegrenzt haben. Ihr Alternativkonzept wird skizziert werden.
- Dabei soll zum zweiten dargelegt werden, daß Tiefenpsychologen mit diesem Alternativkonzept einem Dilemma zu entrinnen scheinen; und zwar einem Rechtfertigungsdilemma, in das Verhaltenstherapeuten wohl schnell schlittern, wenn man sie bloß fragt: "Mit welchem Recht kann ein Therapeut denn glauben, eindeutig beobachtbare Therapieziele formulieren zu können und technologisch verfolgen zu dürfen?"
- Die in dieser Diskussion bezogene Position soll dann aber selbst nochmals problematisiert werden. Kritische Anfragen betreffs den normativen Implikationen tiefenpsychologischer Psychotherapie werden zu formulieren versucht [1].

II.

Nach *Keupp* u. *Kraiker* (1976) zählt das Problem der Therapieziel-formulierung zu jenen Punkten, an denen sich die Diskussion zwischen Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten immer schon gern entfacht hat. Sich von dem erklärten Vorhaben der (vor allem "klassischen") Verhaltenstherapie distanzierend, betonen Analytiker wie *Eberenz* (1974, 105), daß es in ihren Therapien ja gerade nicht nur um eine "Verhaltensmodifikation im Sinne einer Optimierung von Verhaltensakten", sondern einzig nur um eine "schrittweise Vergrößerung der Autonomie des kritisch prüfenden Ich" gehe (*Eberenz* 1974, 99 unter Zitierung *Mitscherlichs*).

Im konsequenten Rückgriff auf das tiefenpsychologische Neurosenkonzept gelte es festzuhalten, daß die Vorhandenheit irgendeines "abweichenden" Verhaltens keineswegs ausreiche, um eine "Neurose" diagnostizieren zu können (vgl. *Bach* u. *Heine* 1981). Dies dürfe vielmehr nur dann geschehen, wenn dieses Verhalten als symptomhafter Ausdruck von unbewußten Dynamismen und Konflikten begriffen werden könne (d. h. als Ausdruck von innerpsychischen Konflikten und Dynamismen, die unbewußter Natur seien und deshalb den betroffenen Personen keine Möglichkeit ließen, bewußt und kurzfristig zu wählen, ob sie nun auch weiterhin an diesen "Symptomen" festhalten wollten oder nicht). - Konsequenter Weise sei es demnach Aufgabe von Therapie, Patienten zu helfen, diese unbewußten Strebungen und Erlebensweisen ins Bewußtsein zu heben und durcharbeiten, auf daß es diesen Patienten gelinge, (wiederum) "freiere" Entscheidungen über ihr Tun und Lassen treffen zu können. In allen Fällen sollen Analysen jedenfalls "die krankhaften Reaktionen

nicht unmöglich machen, sondern dem Kranken die Freiheit schaffen . . . , sich so oder anders zu verhalten" (*Freud 1923 b*, 280). Dabei werde eine "Beseitigung der Leidenssymptome nicht als besonderes Ziel angestrebt", denn sie "(ergebe) sich bei regelrechter Ausführung der Analyse gleichsam als Nebengewinn" (*Freud 1923 a*, 226). Worauf Analytiker aber vielmehr abzielten, das sei "bloß" die Aufhebung von unbewußt determinierten Fixierungen, somit "bloß" die Eröffnung von neuen "Bedingungen von Möglichkeiten" (*Nedelmann 1981*, 56) und somit "bloß" die "Wiederherstellung der inneren . . . Fähigkeit der Wahl" (*Ekstein 1975*, 152).

Von dieser Vorstellung von Psychotherapie scheinen – zumindest auf's erste besehen – auch *Bolland u. Sandler (1977)* geleitet gewesen zu sein, als sie sich zur Psychoanalyse des zweieinhalbjährigen Andy entschlossen hatten.

Als ihnen der Bub vorgestellt worden war, klagte seine Mutter, daß Andy anderen Kindern gegenüber oft überaggressiv reagiere; darüber hinaus gehe er auch nur spät schlafen, "wache nachts auf und krabbe zu seinen Eltern ins Bett" (*Bolland u. Sandler 1977*, 21 ff.). Die Autoren betonen, daß man aus Andys Daten "den Eindruck gewinnen (könnte), daß Andys Schwierigkeiten eine Intensivbehandlung eigentlich nicht rechtfertigten". Bezeichnenderweise führen sie – sieht man von einigen Bemerkungen über die Eltern ab – zu ihrer Rechtfertigung aber an, daß der diagnostizierende Analytiker geglaubt hatte, "das Kind sei in Gefahr, eine sehr starke Fixierung auf die . . . anal-sadistische Phase zu entwickeln" (*Bolland u. Sandler 1977*, 23). Mit der erklärten Zielsetzung diese Fixierung (!) verhindern bzw. erste Momente dieser Fixierung (!) lösen zu wollen, wurde daher mit der Analyse des Bubens begonnen.

Einem solchen Therapiekonzept mag vorgehalten werden, daß es Therapieziele propagiere, deren Erreichung objektiv gar nicht geprüft werden könne. Dieser Vorwurf scheint auch zu treffen; er dürfte aber an Gewicht verlieren, wenn man ihn nur auf die Angemessenheit seiner normativen Voraussetzungen hin befragt. Wird Psychotherapie nämlich als technologische Disziplin postuliert, und verlangt man von ihr die Hervorbringung von zuvor definierten Endverhaltensweisen bei Patienten, so setzt man dabei voraus,

daß es ganz grundsätzlich nötig und rechtmäßig sei, andere Menschen im Zuge von Psychotherapie an bestimmte inhaltlich festgelegte Verhaltensnormen anzugleichen.

Und eben diese Voraussetzung erweist sich bei schärferem Hinsehen als keineswegs unproblematisch; basiert sie doch auf der Idee, daß

- a) irgend ein Mensch A einem Menschen B vorschreiben dürfe, wie dieser sich zu verhalten habe, was
- b) legitimer Weise aber nur dann angenommen werden darf, wenn A zwingend nachweisen kann, daß er im Besitz absoluter Wahrheit ist (da er sich nur dann anmaßen kann, B Vorschriften machen zu dürfen).

Genau diesen Nachweis dürfte aber nach heutiger Vorstellung kaum jemand erbringen können; muß er doch alleine schon damit rechnen, daß jeder

Entscheid auf wiederum andere Annahmen basieren dürfte, und Begründungsversuche deshalb kaum zu einem voraussetzungslosen und somit absolut letzten Ende gebracht werden können [2].

Genau diese Rechtfertigungsproblematik scheint hingegen im psychoanalytischen Ansatz schon von vornherein überwunden zu sein. Indem Psychoanalyse vorgibt, bloß "Handlungsmöglichkeiten" eröffnen zu wollen, entzieht sie sich dem Dilemma, Patienten Handlungsvorschriften machen zu müssen, die von ihr selbst gar nicht hinlänglich legitimiert werden können. Im Gegenteil:

Indem in Psychoanalysen ja gerade jene unbewußten Dynamismen durchgearbeitet werden, von denen Patienten in ihrem Erleben und Handeln geradezu "determiniert" werden, geht es zwar auch in Psychoanalysen um "Handlungsvorschriften". Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie werden diese "Vorschriften" aber Patienten gerade *nicht vorgegeben*, sondern zum erklärten Thema des psychoanalytischen Diskurses erhoben, auf daß es Analysepatienten gelingen kann, sich diesen Handlungsvorschriften zu *entziehen*. Psychoanalyse ist in diesem Sinn von einem "aufklärerisch-emanzipatorischen Erkenntnisinteresse" geleitet, das radikal "zur Befreiung des Menschen von undurchschauten Abhängigkeiten" beitragen will (Nolte 1970, 15).

Im Gegensatz dazu betrachte Verhaltenstherapie "den Menschen als zu manipulierendes Objekt" (Eberenz 1974, 93). Sie strebe ein "dressurähnliches Einüben neuer bzw. . . . (den) Abbau 'unerwünschter' Gewohnheiten" an, ziele deshalb auf "die Konstituierung einer starren Rollenverteilung und eines Abhängigkeitsverhältnisses" ab (Eberenz 1974, 93f.) und bestärke damit "die Tendenz zur Bildung außengeleiteter Charaktere" (Metzger 1979, 56). Und diesem Vorwurf der rechtfertigungsproblematischen Fremdbestimmung könne sich Verhaltenstherapie auch nicht mit dem Hinweis auf ihre jüngeren "kognitiven Tendenzen" entziehen:

Zwar mag die zunehmende Anerkennung kognitiver Theorien dazu geführt haben, daß Verhaltenstherapeuten zusehends von dem Vorhaben abrücken, bloß beobachtbare Verhaltensweisen modifizieren zu wollen. Aber selbst dann, wenn nun auf die planmäßige Änderung von "Verhaltensdispositionen" oder auf die Änderung von "affektiven (bzw. kognitiven) Zustandsbildern" abgehoben wird, bleibt die verhaltenstherapeutische Beziehungsstruktur dem problematischen Grundmuster der "fremdgesteuerten Angleichung von Patienten an bestimmte Endzustände" treu. Und daran ändere sich im Grunde auch nichts, wenn diese Endzustände von Therapeuten und Patienten gemeinsam festgelegt würden oder bloß auf so formale Ziele wie "Selbstkontrolle" oder "Selbstsicherheit" abzielen: Verhaltenstherapien seien – per definitionem – auch in jenen Fällen einer "naturwissenschaftlich-behavioristischen Orientierung" (Ringler 1978, 247) verhaftet und somit von einem technologischen Vorverständnis geleitet (siehe z. B. Perrez 1976; Schmidchen 1978; Kleiber 1980). Dies bringe – so Metzger – mit sich, daß die überlegene und machtbeladene Position des Therapeuten auch in solchen therapeutischen Prozessen genausowenig problematisiert wird wie deren Konsequenzen. Der Patient mag daher zwar

einiges "lernen"; ein Lernprozeß aber, "der die Bedeutung der jeweiligen Interaktionspartner auch in der unbewußten Dimension für das Subjekt erschließt und es so zur Auseinandersetzung mit bisher unerkannten Abhängigkeiten befähigt, findet nicht statt" (Metzger 1979, 52). Ja mehr noch: Indem auch in kognitiv orientierten Verhaltenstherapien mit Suggestionen, gezielten Anweisungen und beabsichtigten Nachahmungsprozessen gearbeitet und damit "kontrollierend und manipulierend" vorgegangen werde, schiebe sich auch in diesen Therapien "ein technisches Instrumentarium ... zwischen Therapeut und Patient ... dem beide sich zu unterwerfen haben"; auch solche Verhaltenstherapien förderten somit Anpassungsprozesse und Imitationsbedürftigkeit und verhinderten ein wirkliches Entkommen "aus (bewußten wie unbewußt gewordenen) Abhängigkeitsverhältnissen" (Metzger 1979, 51, 56). – Dagegen werde in Psychoanalysen versucht, Therapeut-Patient-Beziehungen umfassend durchzuarbeiten. Indem keine Analyse ohne Übertragungsanalyse denkbar sei, wolle Analysepatienten stets geholfen werden, (auch) unbewußte Momente gelebter Abhängigkeitsbeziehungen (über den Weg der Selbstaufklärung) aufzuarbeiten, um so ein höheres Ausmaß von tatsächlicher Autonomie und Selbstbestimmbarkeit lebbar zu machen.

Und in welcher umfassend-radikaler Weise dieser emanzipatorische Anspruch von Psychoanalyse inzwischen erhoben wird, das wird deutlich, wenn man bedenkt, daß es das populäre *Freud'sche* Analyse motto "Wo Es war, soll Ich werden" (Freud 1933 a, 86) wohl zu erweitern gilt; postulieren doch Autoren wie Freud (1933 a, 86), Balint (1939), Mentzos (1976) oder Parin (1977), daß auch dort, wo unbewußte Überich- und soziale Anpassungs- und Abwehrmechanismen walten, bewußt handhabbare Kompetenzen des Ich errichtet werden sollen.

III.

Bislang wurde herausgearbeitet versucht: Als Ziel tiefenpsychologischer Therapie sei die Förderung emanzipatorischer Selbsterkenntnisprozesse zur Befreiung des Patienten von unbewußten Einschränkungen zu begreifen. Dieses "Ziel" gebe gleichsam den umfassenden Zweck von Analyse ab; und wenn skizziert wurde, daß Therapeuten mit der Verfolgung dieses Zweckes *nicht* in jenes oben dargelegte Rechtfertigungsdilemma der Verhaltenstherapie schlittern, so mag dies als stringent dargelegt erscheinen. Die bislang getroffenen Aussagen dürften sich aber als problematisch erweisen, wenn man ihnen einen Ausschnitt aus einer tatsächlichen Analyse gegenüberstellt:

Im vierten Wochenbericht referiert der Therapeut des schon vorhin erwähnten Andy (nachdem im dritten Wochenbericht zusammengefaßt worden war: "Laut Auskunft der Mutter ist in der Schlafsituation und im aggressiven Verhalten zu Hause eine Verbesserung eingetreten. Die Aggression ist mit ödipalen Phantasien verknüpft, die das Kind möglicherweise abwehrt, indem es die Aggression gegen sich selbst kehrt.") [3]:

(1) "... Zu Anfang der Woche bestand Andys Lieblingsbeschäftigung darin, wie üblich mit Spielsachen zu werfen, unter anderem auch auf mich. Ich erklärte ihm wiederholt, ich

würde nicht zulassen, daß er mir oder sich selbst weh täte. Erst erwiderte er, ich solle den Mund halten, aber dann besann er sich und spielte mit seinen Autos.

(2) Im Spiel mit Autos, Tieren und Puppen stellte er viele anale Koitusphantasien dar, die ich ihm dahingehend deutete, daß er mit den Spielsachen das gleiche mache, was Papi mit Mami im Bett mache.

(3) Seine unmittelbare Reaktion darauf war, die Spielzeuge umzuwerfen und zu erklären, sie seien tot. Ich sagte, Andy würde den Tieren am liebsten befehlen, was sie tun sollten, und Mami und Papi auch.

(4) Am nächsten Tag lehnte er sich auf der Couch zurück und wollte von mir eine Geschichte hören. Ich erzählte ihm etwas von einem kleinen Jungen, der sehr wild und sehr laut ist und mitunter vor seiner eigenen Wildheit und dem Krach, den er macht, Angst bekommt. Aber sein Freund sagt zu ihm, er werde schon aufpassen, daß der kleine Junge sich oder dem Freund nicht weh tue. Als ich Andy nun meinerseits bat, mir etwas zu erzählen, wiederholte er die Geschichte von dem kleinen Jungen und dem Pferdchen.

(5) Dann stand er auf, faßte sich an den Penis und sagte, er würde sich einen Stöpsel in den Piephahn stecken; nach kurzem Nachdenken korrigierte er sich: Er würde mir einen Stöpsel in den Piephahn stecken. Ich erklärte ihm, niemand, weder sein Vater noch sonst jemand, würde seinem Piephahn etwas tun.

(6) Nach Schluß der Stunde stellte er sich oben an die Treppe und tat so, als wollte er sich hinunterfallen lassen, vergewisserte sich aber, daß ich nahe genug stand, um ihn aufzufangen ...” (Bolland u. Sandler 1977, 43f.).

Analysiert man nämlich die Therapeutenaktivitäten dieser Sequenz, so findet man Interventionen, die keineswegs bloß dem oben entfalteten Zweck von Psychotherapie zu genügen scheinen: In Szene 1 werden Andy Grenzen gesetzt und Andy erfährt, daß der Therapeut für seine wie Andys Sicherheit sorgen will. Möchte dem Buben damit auch Angst vor der Möglichkeit beunruhigender Untaten genommen werden, so scheint diese Zielsetzung auch in Szene 4 verfolgt zu werden, wo aber überdies von einem "beschützenden Freund" die Rede ist (womit dem Buben gleichsam angeboten wird, im Therapeuten einen Freund und Helfer zu sehen). Auch in Szene 5 erfährt Andy die Versicherung, daß er wirklich keine Angst zu haben brauche. Und in Szene 6 darf sich Andy sogar im Ausagieren davon überzeugen, daß er sich auf den helfenden Schutz des Therapeuten verlassen darf. – Zumindest in diesen Interventionsmomenten jedenfalls scheint sich der Therapeut nicht an die kritische Selbstreflexion und Selbstaufklärung des Patienten zu wenden. Vielmehr dürfte der Therapeut damit versuchen, Andys Angst abzubauen und sein Vertrauen zu gewinnen. Und indem der Therapeut damit bestimmte Zielzustände durchzusetzen versucht, ist auch seinem Tun der Vorwurf des "Manipulierens" zu machen.

Solche Interventionen stellen allerdings keine Besonderheit in (Kinder-) Analysen dar. Will man einschlägigen Publikationen glauben, so zählen solche "manipulativen Eingriffe" durchaus zum unabdingbaren Inventar (kinder-)analytischer Therapeuten; darunter:

- Akte, die "ein gewisses Maß an Mitgefühl, Freundlichkeit, Wärme und Achtung"

zeigen, um so eine "analytische Atmosphäre" zu schaffen, "die ein wichtiges Mittel ist, um den Patienten dazu zu bringen, etwas zur Probe zu akzeptieren, was er bisher weit von sich gewiesen hatte" und den Patienten "verlockt . . ., sich zeitweise und partiell mit dem analytischen Standpunkt des Analytikers zu identifizieren" (*Greenson* 1975, 60, 400);

– die vorsichtige Befriedigung bestimmter Bedürfnisse (wie z. B. Hunger oder Wunsch nach Körperkontakt) sowie die Bereitstellung von Hilfen beim Vollzug außeranalytischer, lebenspraktischer Aufgaben, die dem Kind zeigen, daß der Therapeut jemand ist, der "an es denkt" und "in mancherlei Hinsicht etwas gibt" und gebraucht werden kann (*Sandler* u. a. 1982, 236; sowie *A. Freud* 1927, 15 ff.; *Rauchfleisch* 1981, 120 ff.);

– Aktivitäten, die das Kind vom Druck seiner Problematik soweit entlasten und ermutigen, bis es in die Lage gerät, an der "Enthüllung seiner Konflikte" mitzuarbeiten (*Kos-Robes* 1981, 198 ff.);

– Interventionen, die Therapeuten in die Position des Ich-Ideals ihrer (vor allem "dissozialen") Patienten setzen sollen, von wo aus es diesen Therapeuten ja meist erst gelingt, bei ihren Patienten Leidensdruck und somit die Bereitschaft zur Therapie zu wecken (*Aichhorn* 1951); oder

– Einschränkungen, die "das Kind, den Therapeuten und die Umwelt . . . schützen" und so das Kind davor "bewahren, sich wegen seines Verhaltens allzu ängstlich und schuldig zu fühlen" (*Sandler* u. a. 1982, 22 ff.).

Die Bedachtnahme der jeweils angeführten Zielsetzungen dieser Interventionen zeigt aber bald, daß diese Interventionen keineswegs dem propagierten Therapiezweck der emanzipatorischen Selbstaufklärung entgegenwirken; sollen sie alle doch den Patienten bloß provozieren, ein analytisches Arbeitsbündnis einzugehen bzw. Analysearbeit fortzusetzen. Sie alle sind deshalb auch vorsichtig und individuell abgestimmt zu setzen. Und bedenkt man nun weiters, daß (a) ja auch jede Deutung auf die aktuelle Befindlichkeit des Patienten abzustimmen ist, und (b) diese Befindlichkeit stets bloß in vorläufigen Mutmaßungen gefaßt werden kann, so läßt sich zum Problem der Zielformulierung nun sagen:

(1) Psychotherapie hat dem Zweck der "Befreiung des Patienten von unbewußten Abhängigkeiten" zu dienen. Dabei ist dem therapeutischen Prinzip der "Hilfe zur emanzipatorischen Selbstaufklärung" zu folgen.

(2) Diese Selbstaufklärung findet in Prozessen statt, die von Therapeuten und Patienten gemeinsam gestaltet werden. Jede Intervention des Therapeuten ist dabei von der Frage geleitet: "Mit welcher Intervention soll ich bei meinem Patienten nun welche psychische Aktivität zu provozieren versuchen?"

(3) Die Antworten auf diese Frage stiften gezielte therapeutische Aktivitäten (spezielle Deutungen, Zuwendungen . . .). Sie umfassen somit auch – mehr oder weniger reflektierte – Vorstellungen von der Zielsetzung dieser Aktivitäten.

(4) Da diese Aktivitäten stets an bestimmte Personen zu richten sind, liegen ihren Zielsetzungen immer auch Hypothesen über die (momentane) psychische Verfaßtheit dieser Personen (Patienten) zugrunde.

(5) Therapeutische Zielformulierungen sind somit Angaben darüber, welche psychischen Prozesse nun bei Patienten provoziert werden wollen. Sie sind

a) am Zweck von Therapie sowie

b) an Hypothesen über die psychische Verfaßtheit des jeweiligen Patienten zu orientieren.

- (6) Da sich mit jeder "Reaktion" des Patienten auch die Meinung des Analytikers über die psychische Verfaßtheit des Patienten ändert [4], sind Zielvorstellungen für jeden therapeutischen Akt (möglichst) neu zu fassen bzw. zu bedenken. (In diesem Sinn ist tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie nie technologisch vorausplanbar.)
- (7) Therapeutische Eingriffe können sowohl auf die Vorgabe von Deutungen als auch auf die Schaffung jener Bedingungen abzielen, die Aktionen des Deutens und Durcharbeitens erst möglich machen sollen.
- (8) Stets sind es aber bestimmte Vorstellungen von der Zielsetzung bestimmter therapeutischer Aktivitäten, denen diese Aktivitäten dann erst zu entwaschen vermögen. Diese vermögen dann kleine Schritte zur Durchsetzung des oben skizzierten Zwecks von Therapie abzugeben.

IV.

Die bisherigen Anmerkungen haben sich über weite Strecken (a) an der Rechtfertigungsproblematik von Zielbestimmungen einerseits und (b) am psychoanalytischen Moment der befreienden Selbstreflexion andererseits orientiert. Sollen daran anschließend nun aber auch weitere Momente und Faktoren des (kinder-)analytischen Prozesses mitberücksichtigt werden (und soll dabei auch dem Stand der aktuelleren Literatur entsprochen werden), so gilt es, an die bislang vorgetragene Position selbst einige kritische Anfragen zu richten.

Dabei wäre zunächst wohl zu diskutieren, ob das hier propagierte Therapieziel der "Befreiung von neurotischen Einschränkungen auf der Basis analytischer Selbstaufklärung" überhaupt mit den Mitteln der Kinderanalyse erreicht werden kann. Denn wenn sich herausstellte, daß dieses Ziel lediglich durch die Vorgabe und Durcharbeitung von Deutungen zu verwirklichen ist, dann müßte wohl erst die umstrittene Frage verhandelt werden, inwieweit in Kinderanalysen überhaupt deutend gearbeitet werden kann. Da dieses Problem aber an anderen Stellen dieses Bandes angeschnitten wird [5], soll hier auf eine eingehende Erörterung verzichtet werden. Statt dessen werden im Anschluß an weitere Berichte aus der Analyse Andys zwei weitere Problemkreise umrissen werden:

Im Anschluß an die Wochenberichte Nr. 44 und 45 wird berichtet, daß "mit fortschreiten der Behandlung . . . die Beherrschung aggressiver Triebregungen immer besser (werde)". Aktive Angriffe ließen nach, "bis sie schließlich ganz verschwanden und durch verbale Äußerungen ersetzt wurden" (*Bolland u. Sandler 1977, 125*).

An anderer Stelle wird berichtet: "Nach einer Phase, in der beide Elternteile als Partner erwünscht waren, boten Spiele und Phantasien reichlich ödipales Material dar. Die Mutter als ein zu beschützendes Wesen war das Objekt libidinösen Verlangens, der Vater ein gefürchteter Kastrator. Beide Beziehungen erschienen in der Übertragung. Während mehrerer Sitzungen sprach Andy von Wölfen, Tigern und Affen, die kleine Wölfe und Tiger angriffen; und tagelang 'schoß' er auf jedes männliche Wesen, dem er im Treppenhaus begegnete." (*Bolland u. Sandler 1977, 153*).

Die Beendigung der Behandlung wurde mit Andys "symptomatische(r) Verbesserung, der Patient war fest in der ödipalen Phase verankert", begründet. Man "dürfte

(erwarten), Andy werde sich im Kindergarten zurechtfinden, d. h. aus der engen Familiensituation heraustreten" (Bolland u. Sandler 1977, 200). Und einer Nachbesprechung mit der Mutter zufolge "ist das Ergebnis zufriedenstellend. Schon gegen Ende der dreizehnmönatigen intensiven Behandlungsphase war es geglückt, Andy in einem Kindergarten heimisch zu machen, und inzwischen ist er mit seinen fünf Jahren stolzer ABC-Schüler. Den Berichten seiner Mutter ist zu entnehmen, daß sich schon Latenzzüge bemerkbar machen. Das gilt besonders für seinen 'Aufbruch' in die Welt der Gleichaltrigen. Die Symptome sind verschwunden ...", und mit offensichtlicher Zufriedenheit referieren Bolland u. Sandler (1977, 23), daß Andy bei der letzten Nachbesprechung zu seinem Therapeuten sagte: "Guck mal, Freund, ich habe auch so'n Schlips wie du."

Diese Ausschnitte lassen *zunächst* fragen, ob in Kinderanalysen wirklich so wenig Wert auf die gezielte Beseitigung von neurotischen Symptomen gelegt wird [6]. Denn wenngleich propagiert wird, daß der Verlust von Symptomen kein (hinreichendes) Indiz für psychische Gesundheit vorstellt [7], und wenngleich das Zielmoment der Wahlfreiheit ja auch die freie Symptomwahl einschließt, so lassen Andys Therapeuten dennoch erkennen, daß sie auf die Beseitigung von Andys aggressiven Verhaltensweisen und Schlafstörungen wohl unmittelbar abgezielt hatten. Wie aber ist dieses Phänomen der Symptomorientiertheit, das ja auch aus den Therapien von bettnässenden, eifersüchtigen, quälenden, stehlenden, stotternden, autoaggressiven, phobischen ... Kindern bekannt ist, mit der oben referierten Abgrenzung zwischen Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie zu vereinbaren? – Vielleicht mit dem Hinweis, daß in Analysen Ziele nicht gesetzt und technologisch verfolgt werden wollen, sondern Patienten vielmehr die doppelte Möglichkeit eröffnet wird

- a) unbewußte Dynamismen zu ergründen, um
- b) darauf basierend nun selbst jene Entwicklungsschritte tun zu können, die es ihnen erlauben, sich von der Fixierung auf diese Dynamismen (samt den darin wurzelnden Erlebnis- und Verhaltensweisen) zu lösen?

In diesem Sinn dürfe dann erwartet werden, daß im Zuge von Therapien auch neurotische Symptome – die ja als Ausdruck solcher Dynamismen zu begreifen seien – aufgegeben werden (können). (Andernfalls wäre falsch diagnostiziert worden.) So erhielten Patienten Ziele jedenfalls nicht vorformuliert, sondern "bloß" die Möglichkeit, *selbst* Ziele zu finden und zu erreichen (Ekstein 1983).

Zu fragen ist dann aber *zweitens*, ob es wirklich angemessen ist, hier von Kinderpatienten zu sprechen, die in völliger Autonomie und kritischer Distanz über die Ziele ihrer Therapie zu befinden vermögen. Einiges deutet vielmehr auf anderes hin:

- a) Zum einen hat es den Anschein, als würden vor allem Kindertherapeuten nicht bloß auf die Überwindung neurotischer, sondern stets auch auf die Ausbildung neuer psychischer Strukturen abzielen (Sandler u. Joffe 1967).

Dabei dürften Therapeuten von "latentem Anthropologien" (Kunz 1975) geleitet sein, die bestimmte Rahmenvorstellungen von speziellen Stufen und Phasen umfassen, die ein Kind in bestimmten Reihenfolgen und zeitlichen Sequenzen durchlaufen soll.

Am umfassendsten und deutlichsten herausgearbeitet hat dies wohl *Anna Freud*. In ihrem Konzept der Entwicklungslinien beschreibt sie für einige Bereiche bestimmte Stufengänge, die in aufeinander abgestimmter Weise von "normal" sich entwickelnden Kindern durchlaufen werden sollen:

So nennt sie für die Zeit der präödipalen und ödipalen Phasen der Libidoentwicklung eine Fülle von Entwicklungsschritten; darunter für die Linie "von der infantilen Abhängigkeit zum erwachsenen Liebesleben" die Stufe 4 der "ambivalenten Beziehungen der anal-sadistischen Phase", die Stufe 5 der ödipalen Phase, "in der das Kind beide Elternteile und einen Teil besonders zum Ziel seiner sexuellen Wünsche macht und mit dem anderen Teil rivalisiert", und vorausblickend auch Stufe 6 der Latenz, in der u. a. "die libidinösen Besetzungen zum Großteil von den Eltern abgezogen und auf Gleichaltrige . . . gerichtet werden" (A. Freud 1968, 68f.); oder sie fordert für die Linie "von der physischen zur psychischen Erregungsabfuhr", daß ab dem zweiten Lebensjahr immer mehr "psychische Ventile" zur Spannungsabfuhr zur Verfügung stehen sollten, bis "im dritten Jahr . . . eine gründliche Trennung erfolgt und psychische Erregung von da an auf psychischem Wege und körperliche Erregung auf körperlichem Wege abgeführt wird" (A. Freud 1974, 2686f.).

So gesehen dürften Andys Therapeuten auch zufrieden sein: Andy ist es gelungen, im Zuge der Therapie die Stufe der analen Aggression zugunsten der Durcharbeitung ödipalen Materials zu verlassen; er hat gelernt, aggressive Regungen zusehends verbal abzuführen; und sein Kindergartenbesuch sowie sein zunehmendes Interesse für Gleichaltrige zeigen, daß er am besten Wege ist, auch auf der Entwicklungslinie "von der infantilen Abhängigkeit zum reifen Liebesleben" die altersadäquate Stufe 6 zu erreichen. Unbeschadet dessen ist aber zu fragen: Geraten Therapeuten, die sich an solchen Konzepten von "Normalität" orientieren und demnach das "Ziel der Rückführung des Kindes auf die normale Entwicklung" (Sandler u. a. 1982, 307) verfolgen, nicht in Gefahr, ihre Patienten zu bestimmten Entwicklungsschritten zu verleiten, ohne diese "Verleitung" mit diesen Patienten selbst durchzuarbeiten? Und ist es nicht anzunehmen, daß es dieses Moment des Vorantreibens bestimmter Entwicklungsschritte nicht noch deutlicher dort zu beobachten gibt, wo es sich nicht um die Therapie von Neurotikern, sondern um die Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen (A. Freud 1978b, 2730; 1968, 203ff.; Spiel 1981) oder narzißtischen, psychotischen oder grenzpsychotischen Zustandsbildern geht (Winnicott 1974; Fürstenau 1977; Cremerius 1979)? Müßte dann nicht gemeint werden, daß Kinderanalyse keineswegs bloß auf die Eröffnung neuer Wahlmöglichkeiten, sondern immer auch auf die gezielte Provoka-

tion bestimmter neuer sowie auch auf den Verlust (!) bestimmter alter Funktions- und Handlungs-, auf jeden Fall aber Erlebnisweisen abzielt?

b) Auch ein zweiter Problembereich läßt nach der manipulativen Beeinflussung von Kinderanalysepatienten fragen; weist doch einiges darauf hin, daß die Therapeut-Patient-Beziehungen in Kinderanalysen keineswegs immer in dem Ausmaß reflektiert und durchgearbeitet werden können, wie es in klassischen Erwachsenenanalysen der Fall sein sollte:

- So gilt es zu bedenken, daß in Kinderanalysen die Durch- und Aufarbeitung von Übertragungsbeziehungen ganz grundsätzlich als problematisch gilt. Hier sei bloß an *Pearson* u. a. (1968) erinnert, die meinen, daß die Ausbildung von "echten" Übertragungsbeziehungen u. a. die Ausbildung eines relativ starken und autonomen Ich bzw. Selbst zur Voraussetzung hat, was die Aufarbeitung etwaiger kideranalytischer Therapeutenbeziehungen als keineswegs unproblematisch erscheinen läßt (*Pearson* u. a. 1968, 393).

- Auf ein verwandtes Problem verweist *Anna Freud*, wenn sie fragt, wer im Anschluß an Kinderanalysen über den Umgang des Kindes mit jenen Triebregungen entscheiden soll, die während der Analyse freigesetzt worden sind; und da für *Anna Freud* die Kinder selbst ebenso ausscheiden wie deren Eltern [8], postuliert sie, daß der "Analytiker selbst die Freiheit für sich beanspruchen (muß), das Kind in diesem wichtigsten Punkt zu leiten", und daß das Kind deshalb "unter seinem Einfluß lernen (muß), wie es sich seinem Triebleben gegenüber zu verhalten hat" (*A. Freud* 1927, 74).

- Und in eine ähnliche Kerbe schlägt auch *August Aichhorn*, wenn er die positive Übertragung des "verwahrlosten" Zöglings zu seinem Therapeuten nicht aufzulösen, sondern gezielt einzusetzen versucht; glaubt er ja als "libidinös besetztes Objekt" seinen Zögling zur Identifizierung verleiten zu können, um so eine dauernde Veränderung in der Struktur des Ichideals sowie im Verhalten zu bewirken (*Aichhorn* 1951, 199).

Lassen diese Anmerkungen erkennen, daß sich Kinderpsychotherapeuten bei der Formulierung von Therapiezielen immer auch zu fragen haben: "Inwieweit ist es sinnvoll, die intendierten psychischen Prozesse nun durch die Vorgabe von Deutungen zu provozieren, und inwieweit ist es angebracht, nun 'manipulierend' vorzugehen? Und welche 'Gewinne' und 'Verluste' an psychischen Strukturen und Kompetenzen würde der Patient dabei vermutlich machen?" - Vielleicht. Auf jeden Fall dürften diese Überlegungen aber zeigen, daß es nötig ist, im weiteren folgenden Fragestellungen intensiver nachzugehen:

- a) Welche Zielvorstellungen werden von Kindertherapeuten (gerne) verfolgt?
- b) Über welche kurz- und langfristigen Konsequenzen für die psychische Entfaltung des Kinderpatienten wird dabei meist mitentschieden?
- c) Welche Normvorstellungen (etwa von gesund und krank) liegen den therapeutischen Zielen (samt deren Konsequenzen) zugrunde? Wie ist es um die Legitimität dieser Normvorstellungen bestellt? Werden sie unreflektiert tradiert? Oder können sie in ihrem Rechtmäßigkeitsanspruch vom jeweiligen Therapeuten differenziert diskutiert werden?

Diese Problemstellungen zu verfolgen scheint für jeden Therapeuten dringlich zu sein; eröffnet ihm dies doch erst die Möglichkeit, die Rechtmäßigkeit seines

Tuns mitsamt seinen Konsequenzen zu bedenken und somit besonnen und verantwortlich zu handeln. Und dies ist wichtig; denn: Auch wer nicht weiß, wohin er wie gelangen soll, braucht sich nicht zu wundern, wenn er ganz woanders ankommt, als er zu verantworten vermag . . .

Anmerkungen

- [1] Im Folgenden wird nicht zwischen Psychoanalyse und anderen tiefenpsychologischen Schulen und auch nicht zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie unterschieden. Auch bleiben differenzierte Arbeiten zum Psychoanalyse-Verhaltenstherapie-Verhältnis unberücksichtigt. Dies ist ein Mangel, der sich hier aber (hoffentlich) nicht allzu sehr niederschlagen wird; will es hier ja einzig um eine Art "Vorspiel" zu einer umfassenden Grundsatzdiskussion über die Rechtmäßigkeit psychotherapeutischer Prinzipien überhaupt gehen.
- [2] Vgl. dazu etwa die entsprechenden Passagen bei *Ruhloff* (1980) oder *Datler* (1983 a).
- [3] Die Aufgliederung in sechs Szenen findet sich nicht im Original, wird hier aber aus Gründen der Übersichtlichkeit vorgenommen.
- [4] Und sei es, daß sie ihn in seiner bisherigen Meinung bestärkt!
- [5] Vgl. dazu den Beitrag von *Spiel* u. *Datler* in diesem Band.
- [6] Siehe dazu neben der oben zitierten Stelle von *Freud* (1923 a, 226) etwa *Muck* (1974, 37) oder *Klüwer* (1974, 70).
- [7] Z. B. *Waelder* (1963, 196).
- [8] Die Kinder, weil sie ansonsten zu fñh als mündig erklärt würden; und die Eltern, weil ihre "pathologischen Einflüsse" das Kind ja in "die Neurose getrieben haben" (*A. Freud* 1927, 73f.). (Das Problem der Elternberatung muß hier vernachlässigt bleiben.)