

REPETITORIUM ZUR PRÜFUNGSVORBEREITUNG

ZIELANALYSE UND THERAPIEPLANUNG

(aus Sulz S.: Strategische Kurzzeittherapie, 1994)

Serge K. D. Sulz

ZIELANALYSE

Die Zielanalyse definiert vorläufige Ziele, die im Lauf der Behandlung ständiger Umformulierung bedürfen.

Die Zielanalyse ist ein Verhandlungsangebot des Therapeuten an den Patienten. Der kleinste gemeinsame Nenner der Zielvorstellungen von Patient und Therapeut ergibt schließlich die zunächst angestrebten Therapieziele. Ohne gemeinsamen Nenner, wird die Therapie nicht begonnen.

Die Zielanalyse beinhaltet das ständige empathische Erspüren des Patienten und das intuitiv-kreative Phantasieren seiner Entwicklungstendenzen. Die letztlich kognitive Zielformulierung ist nicht das Ergebnis logisch-deduktiver Denkprozesse, sondern der Versuch, das affektiv-kreative „Werk“ sprachlich präzise zu fassen.

Unter dem Vorbehalt, daß die Zielanalyse mit einer systematischen Erarbeitung von Detailzielen aus den Detailstörungen des Patienten nur vorläufige Überlegungen des Therapeuten sind, über die später mit dem Patienten verhandelt werden muß, können wir den Schritt zur systematischen Zielanalyse gehen.

Tabelle 1 zeigt in der linken Spalte die Störungen, in der mittleren Spalte die zugehörigen Zielformulierungen, die sich allerdings ebenso wie die Störungen einem ganzheitlichen Fallverständnis unterordnen müssen.

Die **Lebensgestaltung** wird von pathogenen Beschränkungen und Überwertigkeiten befreit, indem zusätzlich alternative erfüllende Lebensbereiche aufgebaut werden. Die **Beziehungsgestaltung** wird „gesünder“, wenn sie zur Gesundheit des Individuums und der sozialen Gemeinschaft beiträgt, d.h., eigene emotionale Anliegen ebenso zur Geltung kommen wie diejenigen der Bezugspersonen und überdies gemeinsame Anliegen entstehen. Für **bisher symptomauslösende Lebenssituationen** sollen künftig effiziente Bewältigungsstrategien verfügbar sein und auch selbstverantwortlich eingesetzt werden.

Angeborene Dispositionen können teils modifiziert, teils kompensiert werden, müssen aber auch in ihren unveränderbaren Anteilen akzeptiert werden. Ein realistischeres Verständnis der **Lerngeschichte** hilft, die emotionalen Auswirkungen frustrierenden oder verängstigenden Elternverhaltens zu erkennen. Aus ihnen lassen sich ferner die affektiv-kognitiven Strukturen des **Selbst- und Weltbildes** ableiten sowie die **Grundannahmen über das Funktionieren der Welt** als logische Schlüsse bzw. Wenn-dann-Aussagen des Kindes mit

dessen begrenztem kognitivem Horizont. Diese empirischen Erfahrungen des Kindes und seine auf deren Basis aufgestellten Verallgemeinerungen liefern nicht nur die Prämissen für eine kindliche implizite Theorie der Welt, sondern auch das Verständnis für die **Überlebensregel**, deren Rekonstruktion zu den zentralen Zielen einer Therapie gehört. Die prämorbid Persönlichkeit und ihre **dysfunktionalen Verhaltensstereotypen** sind die Realisierung der Überlebensregel auf der Erlebens- und Handlungsebene. Ihre Modifikation ist ein weiteres Detailziel bzw. bei Persönlichkeitsstörungen das Hauptziel. Das **Dauerdilemma** (der Konflikt), das durch die restriktive Überlebensregel entstand, soll durch Befreiung aus dem dichotomen Denken stets neu lösbar werden.

Die **primären Emotionen** in zwischenmenschlichen Interaktionen und insbesondere in der symptomauslösenden Situation sollen ihre Funktion der Verhaltenssteuerung wiedererlangen. Die **primären Handlungsimpulse** sollen nicht mehr unreflektiert unterdrückt, sondern bewußt überprüft und in situationsadäquates Verhalten umgesetzt werden. Die **Antizipation der Konsequenzen** soll empirische Erfahrungen des erwachsenen Menschen anstatt der kindlichen Grundannahmen zur Vorhersage heranziehen. **Gegensteuernde Gefühle**, die bisher eine Unterdrückung und **Vermeidung** von effizienten Bewältigungsstrategien hervorriefen, sollen ihre verhaltenssteuernde Funktion verlieren - ebenso wie die „**neuen**“ **verhaltenssteuernden Gefühle** (im Gegensatz zu den primären), die bislang das **Symptom** auslösten. **Sekundäre Verhaltensweisen**, die bisher auf das Symptom folgten, dieses erträglich machten, sollen als symptomhaltend erkannt und reduziert werden.

Das subjektive **Vermeiden aversiver Konsequenzen** mit Hilfe des Symptoms sollte gelöscht werden, einerseits indem die Erfahrung gemacht wird, daß auch ohne Symptom das Aversive nicht eintritt, andererseits durch die Erfahrung, daß das Aversive, wenn es doch eintritt, gut ausgehalten werden kann, also nicht traumatisch ist. Das **Bewahren von Verstärkungen** durch das Symptomverhalten ist ebenfalls zweifach aufzulösen: zum einen durch den Verzicht auf die bisherigen (kindlichen) Verstärkungen bzw. Bedürfnisbefriedigungen, zum anderen dadurch, daß diejenigen Verstärker, die auch für den erwachsenen Menschen bedeutend bleiben, durch selbständiges, selbstverantwortliches und effizientes Verhalten erreichbar sind. Der Zwang zur **Bestätigung der bisherigen Selbst- und Weltsicht** (Assimilation) soll einer Lernfähigkeit weichen, die die Akkommodation der affektiven kognitiven Be-

deutungen ermöglicht und so eine stimmige Selbst- und Welt-sicht ergibt. Die bisherige **positive Verstärkung durch die soziale Umwelt** für die alten dysfunktionalen Verhaltensstereotypen und für das persönliche Opfer der Symptombildung zugunsten des sozialen Systems sollen schließlich einer Änderungsbereitschaft auch der Bezugspersonen weichen.

Grob zusammenfassend lassen sich, bezogen auf das SORK-Schema, fünf **Hauptziele** formulieren:

Situation (S-Ziel): Die Lebensführung und Beziehungsgestaltung so ändern, daß sie künftig von konstruierten „Sollbruchstellen“ frei bleiben. In Problemsituationen künftig nicht mehr symptomatisch, sondern adäquat bewältigend reagieren können.

Person (O-Ziel): Die dysfunktionale Überlebensregel modifizieren (leben statt überleben) und das dysfunktionale Verhaltensstereotyp aufgeben zugunsten von Verhaltenstendenzen, die im Dienst der eigenen Entwicklung stehen.

Reaktion (R-Ziel): Primäre emotionale und Handlungstendenzen zulassen und zivilisieren, d.h. verantwortlich einsetzen.

Symptom-Ziel: Die Funktion des Symptoms erkennen und Alternativen hierzu entwickeln.

Konsequenz (K-Ziel): Die Erfahrung machen, daß neue Problemlösungen nicht zwingend zum Verlust bisheriger Verstärkungen und auch nicht zu nicht zu bewältigenden Bestrafungen durch die Umwelt führen.

Sowohl beim einzelnen Patienten als auch bei verschiedenen klinischen Störungen müssen die Ziele spezifiziert werden, treten verschiedene Detailstörungen mehr in den Vordergrund.

Wenn beim Patienten neben der klinischen Symptomstörung **zusätzlich** eine subklinische oder klinische **Störung seiner Persönlichkeit** besteht, wird die Störungs- und Zielanalyse durch die Persönlichkeitsstörung recht komplex (Sulz 1999). Um so wichtiger ist es dann, zunächst beide Störungen zu trennen und eine gesonderte Störungs- und Zielanalyse für die Syndromstörung und die Persönlichkeitsstörung durchzuführen. Erst in einem dritten Schritt sollten diese zu einer Gesamtanalyse zusammengefügt werden. Meist wird der Fehler gemacht, sofort diese Störungsbereiche zu mischen. Dadurch verliert das individuelle, fallbezogene Störungsmodell seinen Erklärungswert. Denn die Funktionen der verschiedenen Störungsbereiche werden verschleiert. Folgendes Vorgehen wird deshalb empfohlen:

- a) Analyse der Persönlichkeitsstörung
- b) Analyse der Symptomstörung
- c) Gemeinsame Analyse beider Störungen.

Ähnlich problematisch wird es, wenn ein Patient **zwei klinische Syndromstörungen** hat, zum Beispiel eine Angststörung und eine Depression. Hier ist folgendes Vorgehen erforderlich:

- a) Genaue getrennte Exploration der zeitlichen Auslösung, der Entstehung, des erstmaligen Auftretens und des Ablaufs beider Störungen.
- b) Sobald sich ergibt, daß eine der Störungen ein sekundäres Syndrom ist, das durch das Bestehen der anderen verursacht wurde, genügt es, sich zunächst für die weitere Störungs- und Zielanalyse auf das primäre klinische Syndrom zu konzentrieren. Trotzdem wird vielleicht mit der Behandlung einer sekundären Depression begonnen, weil der Patient in seinem depressiven Zustand für die Behandlung einer primären Angststörung gar nicht geeignet ist.
- c) Handelt es sich um zwei eigenständige Syndrome, die unabhängig voneinander eine zentrale Funktionalität in der Lebensgestaltung des Patienten haben, so sollten sie auch völlig getrennt analysiert werden.

Ein letzter Schritt ist die **Formulierung eines Gesamtziels**, das notwendigerweise abstrakter ist. Wiederum ist eine ungewohnte geistige Disziplin erforderlich, wenn der Wechsel der Abstraktionsebenen nicht zur Diagnoseroutine gehört. Die beiden extremen Grundhaltungen sind dabei das Verlieren im Detail versus die eindimensionale vom Konkreten abgehobene und nicht operationalisierbare Zukunftsutopie. Das Gesamtziel wird einerseits mit Seitenblick auf das Spezifische des klinischen Syndroms (worauf kommt es bei Agoraphobie an?) und andererseits mit Blick auf den gesamten Menschen (worauf kommt es bei genau diesem Menschen an?) formuliert. Es ist eine Abstraktion und Verdichtung der vier Einzelziele.

Damit läßt sich die Grundrichtung der Therapie immer wieder vor Augen führen. Die einzelnen Ziele erscheinen als Operationalisierungen des Gesamtziels, die immer wieder auf dieses bezogen werden können. Später wird diesem Gesamtziel einer Gesamtstrategie als abstrakte Formulierung des Therapieplanes entsprechen.

ZIELE DES PATIENTEN

Die gemeinsame Zielanalyse wird zu einer therapeutischen Intervention, die dem Vermitteln von Problemlösestrategien dient. Die **affektive Bedeutung der jeweiligen Zielerreichung**, d.h. der emotionalen Verluste oder Gefahren, versucht der Patient in unserem Gespräch zu erspüren. Die **Wahrnehmung der eintretenden Gefühle** bei Änderung des Lebens im Sinne der Zielerreichung, ist nur möglich, wenn aus der sprachlichen Zielformulierung ein Bild bzw. eine Szene entsteht. Die auftretenden Gefühle sind nicht Selbstzweck, sondern ein notwendiges Mittel um die affektive Bedeutung herausarbeiten zu können. Bleiben Patient und Therapeut in einem sprachlich-kognitiven Dialog, so gelingt es dem Patienten nicht, die wirkliche Bedeutung des Ziels bewußt zu erfassen. Die **vom Patienten selbst genannten Ziele** werden ebenfalls gemeinsam untersucht und bewertet, und zwar danach, ob sie Entwicklungsziele (progressive Ziele) oder „nostalgische“ (regressive) Ziele sind. Die progressiven Ziele werden mit obigen parallelisiert und das Therapeutenziel durch das bedeutungsgleiche Patientenziel ausgetauscht.

Tabelle 1: Von der Störung zu Ziel und Therapie (allgemeines Modell)

Die Situation	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist ...	Die Therapie wird sein ...
Pathogene Lebensgestaltung	Lebensgestaltung (Auf welche Weise wird das übrige Leben so gestaltet, daß es unbefriedigend sein oder bleiben bzw. scheitern muß?)	Mehrere erfüllende Lebensbereiche aufbauen (Beruf, Hobbys, Freundeskreis, Partnerschaft und Familie)	Planerisches Problemlösen (z.B. in Sulz 1987, Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie)
Pathogene Beziehungsgestaltung	Beziehungsgestaltung (auf welche Weise wird in den aktuellen intimen und näheren Beziehungen mit den anderen Menschen so umgegangen, daß diese Beziehungen unbefriedigend werden oder scheitern müssen?)	In Beziehungen emotional offen sein, eigene Bedürfnisse äußern, sich den nötigen Freiraum schaffen, dabei die Interessen des anderen berücksichtigen.	Training der Wahrnehmung und Kommunikation von Gefühlen und Bedürfnissen, des Führens von Konfliktgesprächen
Auslösende Lebenssituation	Lebenssituation (Welche konkreten Ereignisse im letzten Jahr bzw. welche größeren Veränderungen im Leben der letzten zwei Jahre führten zur Symptombildung und damit zur Auslösung der psychischen Erkrankung? Welches Problem konnte nicht anders als durch Symptombildung gelöst werden? - Bei Persönlichkeitsstörungen ist hiermit diejenige, ohne fremde Hilfe nicht mehr zu bewältigende Lebenssituation gemeint, die den Leidensdruck so groß machte, daß Psychotherapie begonnen wurde)	Künftig in der symptomauslösenden Problemsituation effiziente Bewältigungsstrategien verfügbar haben, so daß die Symptombildung verzichtbar wird.	Vermittlung von Streßbewältigungsstrategien, Training sozialer Kompetenz, Vermittlung von Problemlösestrategien
Die Person	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist ...	Die Therapie wird sein ...
Angeborene Disposition	Angeborene Disposition körperlicher oder psychischer Art, die anfällig für die Symptombildung macht	Aufbau von Selbstakzeptanz für die eigenen Schwachstellen und Begrenzungen der Lebensgestaltung	Affektiv-Kognitive Umstrukturierung des Ideal-Selbstbildes (Reduktion der Ist-Ideal-Diskrepanz)

Die **regressiven Ziele des Patienten** bedürfen ganz besonderer Beachtung, denn sie bestimmen den **Widerstand** gegen die therapeutischen Versuche, die progressiven Ziele zu erreichen. Es wäre falsch, den Patienten „zur Vernunft“ oder zur gefügigen Anpassung an die Entwicklungsziele zu bringen. Das verbale Ausformulieren, das Bedenken und Aufzählen der Vor- und Nachteile, das Imaginieren der Zielerreichung mit dem Erleben der dabei auftretenden Gefühle, die die affektive Bedeutung des Ziels signalisieren, ist unbedingt notwendig. Hier wird die Zielanalyse zur „Ziel- und Widerstandsanalyse“.

Es zeigen sich überwiegend zwei Arten des Widerstands:

- 1) der absolute Vorrang von Abhängigkeitsbedürfnissen gegenüber Autonomiebedürfnissen,
- 2) die Befürchtung, die Autonomiebedürfnisse nicht mehr befriedigen zu können, und wieder in Abhängigkeit zu geraten.

Mit dem Wahrnehmen und Spüren des Bedürfnisses kommt auch die Erinnerung an die **Geschichte dieses Bedürfnisses**, an das Unglück des Kindes, dem die Befriedigung dieses

1. Forts. Tab.1 Was ist gestört?		Das Therapieziel ist...	Die Therapie wird sein...
Lern-geschichte	Lerngeschichte (Verhalten der Eltern)	Lerngeschichtliches Verständnis der motivationalen und emotionalen Auswirkungen elterlichen Verhaltens auf das kleine Kind	Bedingungsanalytische Gespräche
Kindliches Weltbild	Kindliches Bild der Welt: Frustrierendes bzw. traumatisierendes Elternverhalten wird ungeprüft auf die Erwachsenenwelt übertragen	Lernen, daß die Menschen im heutigen Erwachsenenleben meist anders reagieren als früher die Eltern dem Kind gegenüber	Training sozialer Wahrnehmung
Kindliches Selbstbild	Kindliches Selbstbild (eigene Bedürfnisse, Erwartungen, Fertigkeiten)	Erkennen, wie sehr das heutige Selbstbild noch von kindlichen Bedürfnissen und Befürchtungen geprägt ist. Deren Einfluß vermindern	Selbstkontrollstrategien mit gezielter Selbstbeobachtung und Selbstbewertung
Kindliche Grundannahmen	Kindliche Grundannahmen über das Funktionieren der Welt (Erfahrungen mit den Eltern)	Herausarbeiten der kindlichen Logik als Wenn-dann-Beziehung zwischen Selbst und Welt, z.B.: Nur wenn ich Mutters Wünsche erfülle, hat sie mich lieb	Kognitive Gesprächsführung nach Beck: Sokratischer Dialog
Überlebensregel	Überlebensregel (Was muß ich unbedingt tun, was darf ich auf keinen Fall tun, um von der sozialen Umwelt die zum emotionalen Überleben benötigten Reaktionen zu erhalten)	Abschwächung oder Falsifikation der kindlichen Überlebensregel, so daß effizientes erwachsenes Sozialverhalten erlaubt ist	Empirische Hypothesenprüfung nach Beck: Tu' das Gegenteil dessen, was deine Überlebensregel dir befiehlt, und sieh, ob die vorhergesagten Folgen eintreten.
Dysfunktionale Verhaltensstereotypen	dysfunktionale Verhaltensstereotypen (habituelle Erlebens- und Reaktionstendenzen, die in der Kindheit funktionale Copingstrategien waren und jetzt im Erwachsenenalter in den meisten Situationen dysfunktional geworden sind - sie definieren die Persönlichkeit)	Reduktion der dysfunktionalem Verhaltenstendenzen (z.B. selbstunsicher oder dependent oder zwanghaft oder histrionisch)	Definition der Überlebensregel, die das Verhaltensstereotyp determiniert. Training der sozialen und Emotionswahrnehmung und des Sozialverhaltens

Bedürfnisses vorenthalten wurde oder das auf die Befriedigung verzichten mußte, weil sonst sein emotionales Überleben gefährdet gewesen wäre.

Zur therapeutischen Zielorientierung gehört die **Akzeptanz des Ist-Zustandes**, die beim Patienten einer **Selbstakzeptanz** entspräche. Wir können allerdings nicht erwarten, daß der Patient schon zu Beginn der Therapie ausreichend Selbstakzeptanz aufbringt, müssen also seine fehlende Akzeptanz annehmen. Der Therapeut hat hier eine wichtige Modellfunktion, die er erfüllt, wenn er immer wieder Verständnis

für den Istzustand deutlich ausspricht. Wir halten fest, daß Selbstakzeptanz in unserer Definition der Zielorientierung implizit enthalten ist. Widerstand können wir vorläufig als fehlende Kongruenz der Therapeutenziele und der Patientenziele definieren.

Im therapeutischen Gespräch muß dem Patienten Zeit und Raum gegeben werden, sich kognitiv und affektiv die Bedeutung der Zielerreichung zu vergegenwärtigen. Seine Entscheidung hat nur dann therapeutischen Stellenwert, wenn er das Ziel gefühlhaft erspüren kann. Und seine Entscheidung ist

2. Forts. Tab.1	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist...	Die Therapie wird sein...
Dauerdilemma	Dauerdilemma (Konflikt zwischen den Geboten und Verboten der Überlebensregel und meinen zentralen Wünschen und Bedürfnissen)	Vor- und Nachteile des alten Verhaltensstereotyps und des funktionalen Bewältigungsverhaltens abwägen, verantwortlich entscheiden	Planerisches Problemlösen als kognitive Strategie des Aufbaues von selbstverantwortlichem Verhalten
Reaktion/Symptom	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist ...	Die Therapie wird sein ...
Primäre Emotion	Primäre Emotion, die die natürliche Antwort auf das problematische Ereignis der Lebenssituation S wäre (meist tabuisiert oder bedrohlich, z.B. Wut, Ärger, Trauer)	Die ursprüngliche Emotion wieder wahrnehmen, sie sich erlauben, ihre Funktion als Motivator von Copingverhalten erkennen und nutzen	Übung der Gefühlswahrnehmung, kognitive Umstrukturierung bisheriger Verbote, Übung der Verhaltenskette primäre Emotion - adäquates Copingverhalten
Primärer Handlungsimpuls	Primärer Handlungsimpuls, der sich aus der primären Emotion ergäben würde: a) inadäquat intensiver Impuls (unzivilisiert, daher allgemein sozial abgelehnt), b) adäquates Coping (wegen emotionaler Abhängigkeit zu bedrohlich)	kognitive Kontrolle über den primären Handlungsimpuls erreichen: inadäquate Impulse ersetzen durch adäquate, effiziente Handlungskonzepte	Selbstinstruktionsübungen nach Meichenbaum, kognitive Umstrukturierung zu strenger Normen, die adäquates Coping verbieten
Antizipation der Konsequenz	Antizipation der Konsequenz dieses primären Handlungsimpulses, die eine extreme Bedrohung des Organismus bzw. der Person bedeuten würde (Ablehnung, Zurückweisung)	Erkennen, daß die dysfunktionale Überlebensregel der Kindheit eine unrealistische Bedrohung vorhersagt (die emotional nicht überlebt wird)	empirische Hypothesenprüfung nach Beck: Handeln entgegen der dysfunktionalen Überlebensregel
Gegensteuernde Gefühle	Gegensteuernde Gefühle (Angst, Scham, Schuldgefühle, Ekel), die verhindern sollen, daß der primäre Handlungsimpuls in eine Handlung umgesetzt wird.	Den gegensteuernden Gefühlen (Angst, Scham, Schuldgefühle, Ekel) die verhaltenssteuernde Wirkung nehmen (Toleranzvergrößerung)	Selbstkontrollübungen (immer länger diese Gefühle aushalten lernen, ohne zu tun, wozu sie drängen)
Vermeidung	Vermeidung: Unterdrückung des primären Handlungsimpulses	Das Vermeidungsverhalten bewußt beobachten und der Selbstkontrolle zugänglich machen: doch noch das funktionale Coping ausführen	Selbstbeobachtungs- und Selbstinstruktionsübungen
Neue verhaltenssteuernde Gefühle	Neue verhaltenssteuernde Gefühle, die unmittelbar zu diskriminativen oder reflexhaft auslösenden Stimuli des Symptomverhaltens werden (z.B. Hilflosigkeit bei Depression, Angst beim Paniksyndrom)	Symptomatische Gefühle, die zeitlich unmittelbar dem Symptom vorausgehen, als konditionierte Symptomauslöser löschen.	Emotionsexposition zur Löschung der klassischen und instrumentellen Konditionierungen
Symptom	Symptom als qualitativ neues Verhalten, das einerseits eine partielle Problemlösung in der auslösenden Situation bringt, andererseits aber auch nicht die Verbote und Gebote der Überlebensregel verletzt	Ein alternatives, mit dem Symptom unverträgliches Verhalten aufbauen (evtl. als Gegenkonditionierung)	Bei Depression z.B. Trauerexposition, bei Agoraphobie Angstexposition, bei Eßstörungen Anti-Diät-Training etc.

3. Forts. Tab.1 Was ist gestört?		Das Therapieziel ist...	Die Therapie wird sein...
Sekundäre Verhaltensweisen	Verhaltensweisen, die sekundär versuchen, die Auswirkungen des Symptoms abzumildern bzw. deren negativen Auswirkungen entgegenzusteuern	Erkennen, daß diese Art, das Symptom erträglich zu machen, für die Aufrechterhaltung des Symptoms sorgt	Durch Selbstkontrolle die das Symptom abmildernden Verhaltensweisen stoppen und ersetzen durch das primär intendierte Bewältigungsverhalten
Konsequenzen	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist ...	Die Therapie wird sein ...
Vermeiden aversiver Konsequenzen	Vermeiden der aversiven Konsequenzen einer „gesunden“ Copingreaktion als autonomem, selbstverantwortlichem Verhalten wie das Risiko der Ablehnung, des Unmutes	Die Angst vor Ablehnung und Unmut der anderen während des „gesunden“ Copingverhaltens aushalten können	Unterstützung und Ermunterung, Shaping, Verstärkung von Teilerfolgen
Bewahren von Verstärkungen	Bewahren von Verstärkungen (Gratifikationen aus der Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen und Beziehungen)	a) weniger Verstärkung aus Abhängigkeit benötigen b) diese Verstärkung sich selbst holen können, bei wem man will	a) Affektiv-kognitive Entscheidung zum bewußten Verzicht (z.B. auf soviel Geborgenheit) b) Aufbau neuer soz. Beziehungen c) Selbstverstärkung
Bestätigung der Selbst- und Weltsicht	Bestätigung der alten Selbst- und Weltsicht	Lernfähigkeit aufbauen, um alte Selbst- und Weltsichten durch ständig neue Erfahrungen realitätsgerecht verändern zu können und zu wollen	Kognitives Lernset durch kognitive Gesprächsführung, wie den Sokratischen Dialog, herstellen
Positive Verstärkung durch die soziale Umwelt	Zusätzliche positive Verstärkung des Symptomverhaltens durch die soziale Umwelt	Erkennen, welchen Vorteil das Symptom für die soziale Umwelt bringt, um deren verstärkendes Verhalten identifizieren und löschen zu können	Familienbeobachtung, Familiengespräche zur gemeinsamen Bedingungsanalyse

nur dann eine Entscheidung, wenn er aus diesem Fühlen heraus die Frage „Wollen Sie das wirklich?“ mit Ja beantwortet. Der Therapeut wiederum muß sich vergegenwärtigen, daß die Zielentscheidung des Patienten im Bewußtsein der Verletzung seiner alten Überlebensregel getroffen wird, es also um sein emotionales Überleben geht. Der Patient erklärt sich zu dem Wagnis bereit, das mit einem für ihn unabwägbaren Risiko behaftet ist. Nur die Verfügbarkeit des Therapeuten und nur das Vertrauen auf die therapeutische Beziehung helfen ihm, das Ziel zu bejahen.

ZIELERWARTUNGEN

Wir müssen uns vor Augen führen, daß unsere bisherigen Zielformulierungen lediglich **Zielrichtungen** angegeben haben, wie ein Wegweiser ohne Kilometerangabe. Wie weit wir in diese Richtung gehen wollen, bleibt damit vage. Diese Un-

klarheit führt dazu, daß Patient und Therapeut ganz verschiedene Zielvorstellungen entwickeln und dies mangels Kommunikation zu spät merken.

Hier ist eine gemeinsame Festlegung der **konkreten Zielerwartungen** hilfreich. Im therapeutischen Kontext bietet sich hierzu die **Zielerreichungsskalierung** (Goal-Attainment-Scaling GAS) nach Kiresuk und Sherman (1968) an. Der Grad der Zielerreichung am Therapieende wird für jedes Ziel auf einer 5stufigen Skala eingeschätzt:

- 2 = Das Ergebnis der Therapie ist **sehr viel schlechter** als erwartet
- 1 = Das Ergebnis der Therapie ist **schlechter** als erwartet
- 0 = Das Ergebnis der Therapie ist **wie erwartet**
- +1 = Das Ergebnis der Therapie ist **besser** als erwartet
- +2 = Das Ergebnis der Therapie ist **sehr viel besser** als erwartet

Der mittlere Skalenwert Null entspricht dem, was in den Augen des Therapeuten und des Patienten am wahrscheinlichsten zu erreichen sein wird. Schlechtere und bessere Ergebnisse halten sie für weniger wahrscheinlich.

In diese Skalierung gehen sowohl die klinische Erfahrung des Therapeuten als auch seine Beurteilung des individuellen Falles ein, hängt also sehr von der Person des Therapeuten und des Patienten ab.

DER BEHANDLUNGSPLAN

Der dritte Schritt zur effizienten Psychotherapie ist, nach der

- individuellen Bedingungsanalyse und der
- systematischen Zielanalyse die
- **strategische Therapieplanung.**

Die vier Hauptvariablen des SORK-Modells führen zu vier **Hauptstrategien** (im Beispiel einer Angstpatientin):

- 1) S: Lernen, mit dieser belastenden Situation ohne Symptombildung umzugehen
- 2) O: Die dysfunktionale Überlebensregel und dysfunktionalen Persönlichkeitszüge und Verhaltensstereotypen modifizieren
- 3) R: Wirksame Verhaltensweisen aufbauen, Symptomverhalten reduzieren
- 4) K: Die Bedingungen verändern, die das Symptom aufrechterhalten, d.h., dem Symptom seine Funktion nehmen

Für jede dieser Hauptstrategien lassen sich, ausgehend von der allgemeinen kognitiven Entwicklungstheorie psychischer Störungen von kognitiver und verhaltenstherapeutischer Seite Detailstrategien vorschlagen, die wiederum durch vom einzelnen Therapeuten und vom Patienten kreativ gefundenen Interventionen individuell praktisch umgesetzt werden können.

Tabelle 1 zeigt in der rechten Spalte die Therapiestrategien und -interventionen, die hier nur probatorischen, beispielhaften Charakter haben sollen. Sie spiegeln die derzeitige kognitive und verhaltenstherapeutische Praxis wider und werden sich je nach klinischer Störung ändern.

Nach einer eventuellen Überarbeitung wird eine dem oben formulierten Gesamtziel korrespondierende **Gesamtstrategie** auf relativ abstraktem Niveau genannt, die einerseits eine Zusammenfassung obiger vier Hauptstrategien ist, andererseits angibt, was Therapeut und Patient tun werden. Ein Beispiel für eine Gesamtstrategie bei einem depressiven Patienten ist: "Durch die Erfahrung von Selbsteffizienz (Durchsetzen eigener Vorstellungen am Arbeitsplatz) unabhängig werden von der äußeren Selbstwertquelle (ständige Bestätigung des Vorgesetzten)".

Weiterführende Literatur

- Sulz S. Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien, 1992
- Sulz S. Strategische Kurzzeittherapie: CIP-Medien, 1994
- Sulz S. Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS1 bis VDS17: CIP-Medien, 1997
- Sulz S. Strategische Therapieplanung - Materialienmappe VDS20 bis VDS41. München: CIP-Medien, 1999

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz
 80634 München
 Nymphenburger Str. 185,
 Fax 089/132133
 e-mail: cipmedien@compuserve.com