9 Therapeutische Ziele

Viele Menschen wissen nicht, wohin sie wollen in ihrem Leben im Allgemeinen und in ihrer Therapie im Besonderen. Wenn man sie fragt, was sie mit dieser Therapie erreichen wollen, dann geben sie Antworten wie:

- „Es geht mir nicht gut und ich weiß nicht, was ich da ändern soll."
- „Ich möchte mich selbst besser kennenlernen."
- „Ich möchte wissen, warum ich dies oder das tue, warum ich mich so oder so fühle."
- „Ich möchte mich nicht mehr so schlecht fühlen."
- „X hat mich geschickt, ich weiß nicht, ob das einen Zweck hat."
- „Ich möchte aufhören zu trinken, zu rauchen etc."
- „Mein Mann (Frau, Mutter ...) sollte ..."

All das sind an sich ganz verständliche, einfühlbare und anerkennenswerte Aussagen, auf die man eine therapeutische Antwort geben kann. Nur geben sie nicht an, was der Patient fühlen, denken und tun will, wenn er nicht mehr unglücklich ist, wenn er aufhört zu trinken, wenn er endlich einsieht, warum er Sachen tut, die er lieber lassen würde.

Wenn wir wollen, dass die Therapie innerhalb kurzer Zeit zu einem erwünschten Zustand führt, dann ist es gut, unseren Patienten dabei zu helfen, dieses Ziel so zu formulieren, dass es bearbeitbar wird. Wobei bearbeitbar heißt, dass der Patient selbst daran arbeiten kann.

Ich kann nur mich selbst ändern, und nur ich kann das tun.

Eine mögliche Definition unserer Persönlichkeit könnte so lauten: Wir sind die Summe unserer Gewohnheiten. Nur wir selber können für uns selbst neue Gewohnheiten entwickeln. Bearbeitbare Ziele sind dadurch gekennzeichnet, dass sie uns zeigen, welche neuen Gewohnheiten wir bilden müssen und wie wir diese ausbauen können.

9.1 Der Patient bestimmt das Ziel

Wenn ein Therapeut etwas anderes erreichen will als der Patient, so entsteht Widerstand und die Motivation verschwindet. Patienten sind immer zu etwas motiviert; nur ist das nicht immer das, wozu jemand (der Hausarzt, ein Richter, die Angehörigen) sie geschickt hat. Oder am Ende der Aufnahmeprozedur hat das Team beschlossen, dass der Patient eine bestimmte Therapie braucht, an der er kein Interesse hat.

Die Zeit, die ein Therapeut dazu verwendet herauszufinden, was der Patient will, ist nie verloren.

Damit die Therapie erfolgreich sein kann, wird der Patient bestimmte Gewohnheiten ändern müssen. Das ist nie einfach. Es ist nahezu unmöglich, jemanden dazu zu bewegen, wenn er es selbst nicht will. Man kann nur den Therapeuten bedauern, der einen Patienten gegen seinen Willen behandeln will. Sowohl aus rationalen als auch aus ethischen Gründen ist es besser, den Patienten selbst über seine therapeutischen Ziele entscheiden zu lassen.

Doch gibt es ein paar Sonderfälle, die wir beleuchten wollen. Es kann der Fall sein, dass der Therapeut aufgrund seiner Erfahrung mögliche Ziele erblickt, derer sich der Patient nicht bewusst ist.

Martina, 25 Jahre alt, kommt wegen einer Bulimie in die Sprechstunde. Sie wohnt allein, hat wenige Freunde, bleibt meistens zu Hause und fühlt sich nicht wohl bei den Kollegen an ihrem Arbeitsplatz. Sie meint, niemand sei an ihr interessiert. Der Therapeut fragt, ob sie gerne mehr Zuversicht hätte, ob sie mehr Freunde haben möchte und ob dies auch Ziele der Therapie sein könnten: Als Experte meint er, dass diese Probleme miteinander verbunden sind. Martina ist damit gleich einverstanden. Sie war so von ihrer Bulimie geblendet, dass sie nicht daran dachte, auch an diesen Problemen zu arbeiten.

Isebaert, Praktisches Handbuch der Kurzzeittherapie (ISBN 9783131396228) © 2009 Georg Thieme Verlag

Es kann gelegentlich auch vorkommen, dass der Therapeut versucht, den Patienten zu überzeugen, an einem Ziel zu arbeiten, das der Patient zuerst mal nicht wichtig findet. Dann gilt es immer nur dort anzusetzen, wo der Patient zustimmt.

Daniela, 28 Jahre, klagt über eine depressive Verstimmung. Sie kommt zu nichts mehr. Ihr Leben hat keinen Sinn. Alle ihre Unternehmungen scheitern. Sie hat schon mehrere Suizidversuche unternommen. Vor Kurzem hat sie ihren Mann verlassen und ist bei ihren Eltern eingezogen: sie will sich aber möglichst schnell in ihrer Umgebung eine Wohnung mieten, um dort mit ihrer Tochter zu leben.
Bei den Eltern fühlt sie sich abhängig, wie ein Kind behandelt; für sie fühlt es sich so an, als ob sie nicht mehr die Mutter ihres Kindes sein dürfe. Sie erlebt schmerzhafte Episoden aus ihrer Vergangenheit wieder. Ihre Wut gegen die Eltern, die sie nicht gegen den sexuellen Missbrauch vonseiten des Großvaters geschützt haben, taucht wieder auf.
Ihre Ehe, sagt sie, war eine Flucht und zum Scheitern verdammt. Die Eltern waren mit der Ehe von vornherein nicht einverstanden; jetzt ist sie wieder am Anfang.
Der Therapeut hat die Hypothese, dass ihr Scheitern als eine Form der Loyalität gegenüber ihren Eltern interpretiert werden könne. Er schlägt Daniela vor, an ihrer Beziehung zu ihren Eltern zu arbeiten und zu schauen, wie sie ihnen gegenüber auf einer anderen Weise loyal sein könnte; außerdem könne sie an den Folgen ihres Missbrauchs arbeiten.
Daniela zeigt sich zunächst gar nicht enthusiastisch. Sie will nur darauf eingehen, wie sie sich mit ihren Eltern besser abfinden kann, weil sie diese im Moment ja braucht. Der Therapeut geht darauf ein. Nachdem ihr dies gelungen ist, wünscht sie selber auch den Teil ihrer Symptome, die aus dem Missbrauch entstanden sind, anzugehen.

9.2 Auch geringfügige Ziele wertschätzen

Unsere Patienten kommen nicht wegen Kleinigkeiten zu uns. Sie und ihre Umgebung leiden meist schon länger unter ihren Problemen. Sie haben schon versucht, sie zu lösen, ohne dass es ihnen gelang. Es wäre wenig wertschätzend, das Ziel als ein leicht erreichbares darzustellen. Wir sollten deswegen nicht die jeweiligen kleinen Schritte in Richtung Ziel größer machen oder lästige Aufgaben geben; ganz im Gegenteil: Je kleiner der Schritt, umso größer die Chancen, dass der Patient ihn macht und sogar aus eigener Bewegung noch weiter geht.

Aber wie klein der verabredete Schritt auch ist, der Patient hat ihn noch nicht gemacht. Gewohnheiten sind nicht einfach zu ändern; oft ist es deshalb besser, einen Rückfall vorauszusagen und ihn somit im Voraus zu entschuldigen, als die nächste Sitzung mit einem Misserfolg anfangen zu müssen.

Bruno ist ein 35-jähriger Mann, der psychotische Züge aufweist. Er meint, telepathisch beeinflusst zu werden: Jemand oder etwas übt Macht aus über seine Gedanken und sein Verhalten. Er wohnt alleine, hat keinen Kontakt mehr zu seinen Geschwistern oder seinen früheren Freunden. Er wurde vom Hausarzt überwiesen.
Im ersten Gespräch sagt er, dass er nur darauf ziele, das beizubehalten, was er jetzt macht: Er geht regelmäßig zur Arbeit und folgt mit großer Mühe einmal im Monat einem Englischkurs.
Man könnte meinen, nur dies beizubehalten, sei ein lächerlich kleines Ziel. Wenn man aber darüber mit ihm redet, was er alles tun muss, um das zu erreichen, wird man beeindruckt von der Energie, die er aufbringen muss. Dass der Therapeut die Härte seines tagtäglichen Kampfes anerkannt hat und nicht mehr von ihm verlangt, wird zur Basis einer Beziehung, in der er sich wertgeschätzt fühlen kann. Beim nächsten Termin berichtet er, dass er wieder mit seiner Schwester Kontakt aufgenommen habe. Der Therapeut gratuliert ihm dazu, fügt aber gleich hinzu, dass es wohl mal wieder Regen geben kann in dieser Beziehung, dass dies nun einmal zu erwarten sei und dass es dann eben gelte, den Faden wieder aufzunehmen, wie Bruno es jetzt getan hat.

Wenn die Patienten nicht spüren, dass wir uns der Anstrengungen bewusst sind, die es sie kostet, um ihre Ziele zu erreichen, könnten sie den Eindruck bekommen, dass all ihre Leiden und all ihre Versuche unnütz und lächerlich waren, als ob sie unwichtige Probleme aufgeblasen hätten und zu dumm waren, um eine Lösung zu finden. Sie verlieren an Selbstwert und folglich an der Fähigkeit, ihre Probleme in der Zukunft selbst zu lösen.

Isebaert, Praktisches Handbuch der Kurzzeittherapie (ISBN 9783131396228) © 2009 Georg Thieme Verlag

9.3 Das Therapieziel in erreichbare, kleine Schritte unterteilen

Einen Patienten von einer Psychose zu heilen, ist eine schwere Aufgabe. Ihm dabei zu helfen, besser mit seinen auditiven Halluzinationen, also mit seinen Stimmen, umgehen zu können, ist schon etwas leichter. Schlechte Gewohnheiten sind leichter zu ändern als eine Persönlichkeitsstörung.

> Große Probleme kann man oft mit einfachen Mitteln angehen, wenn man sie nur in kleinere Probleme aufteilt und diese eins nach dem anderen löst: Mit jedem kleinen Erfolg erhöht sich die Zuversicht des Patienten.

Patienten sind aber oft ungeduldig. Sie möchten möglichst schnell zu ihrem Ziel kommen, und wertschätzen dabei nicht genügend die kleinen Schritte, die sie machen. Der Therapeut kann dann mit dem Patienten ein Zwischenziel setzen oder einen Plan vereinbaren.

Zwischenziele setzen. Nachdem der Patient sich ein Endziel gesetzt hat (z.B. durch seine Antwort auf eine zukunftsgerichtete Frage des Therapeuten), wird ein erstes Zwischenziel verabredet:

- „Was wäre der erste kleine Schritt, der Ihnen (oder Ihrem Partner usw.) zeigen würde, dass Sie auf dem richtigen Weg sind?“
- „Was wäre notwendig, damit Sie auf der Skala von 0 bis 10 einen Schritt weiter kommen?“

Dieses erste Zwischenziel braucht nicht notwendigerweise während der ersten Sitzung verabredet zu werden. Man kann es auch zwischen zwei Sitzungen bestimmen lassen:

- „Wären Sie damit einverstanden, jeden Abend oder wenigstens ein paar Mal in der Woche auf Ihren Tag zurückzublicken und zu schauen, ob Sie für einen Moment einen Schritt weiter auf der Skala waren, und falls ja, wie Sie das gemacht haben?“
- „Könnten Sie Ihren Mann (oder Frau usw.) bitten, darauf zu achten, wann er (sie) merkt, dass Sie auf der Skala einen Schritt weiter sind und wie Sie das machen?“

Plan festlegen. Der Therapeut kann auch mit dem Patienten einzelne Schritte als Plan vereinbaren, in dem festgelegt wird, womit der Patient anfängt, was danach kommt usw. Dies empfiehlt sich besonders in einer Consulting-Beziehung, z.B. bei phobischen Patienten, die zuerst Techniken lernen müssen, wie sie ihre Ängste bewältigen können: die Techniken erst einmal in einem angstfreien Kontext einüben, dann in einem schwach angstauslösenden Kontext, dann in schwierigeren Umständen, bis endlich im ursprünglichen phobischen Oikos (Problemkontext) die neu erlernte Gewohnheit eingesetzt werden kann.

Selbstständigkeit fördern. Wann immer der Patient neue Fertigkeiten erlernen muss, bevor er seine Probleme angehen kann, lohnt sich dieses Vorgehen. Wenn dies nicht der Fall ist und man auf den Ausnahmen und den schon vorhandenen Varianten innerhalb der Gewohnheiten aufbauen kann, ist es vorzuziehen, nur den jeweils ersten Schritt einzuleiten: Die Patienten bekommen dann viel schneller das Gefühl, dass sie selbst ihre Probleme lösen können und keine Therapie mehr brauchen.

Chronische Patienten. Bei chronischen Patienten, die meistens keine deutliche Zukunftsperspektive mehr haben und für die jede Änderung wie ein Sprung ins Ungewisse ist, lohnt es sich, noch vorsichtiger vorzugehen. Der Therapeut beschränkt sich dann darauf, bei jeder Sitzung jeweils die bislang erreichten Änderungen zu besprechen und durch Komplimente wertzuschätzen und zu sichern. So werden die Patienten dazu angeregt, aus eigener Initiative immer wieder neue kleine Schritte zu wagen (siehe S. 137).

9.4 Realistische Ziele formulieren

Es gibt Patienten, die deutliche Ziele haben, aber unrealistische Erwartungen an den Therapeuten, an sich selbst oder an ihre Angehörigen stellen. Viele Phobiker und viele Patienten mit einer Zwangsstörung möchten am liebsten sofort von ihren Ängsten und ihren Zwängen erlöst werden. Es ist notwendig, sie abzubremsen: Bevor sie ihr Ziel erreichen können, müssen sie oft Techniken der Selbstkontrolle erlernen, und sie werden dafür Zeit brauchen.

Ob Ziele als realistisch betrachtet werden können, hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- Hat der Patient die notwendigen Eigenschaften (wie Selbstsicherheit) und Fertigkeiten (z.B. me-

ditative, autohypnotische und Entspannungstechniken). Wenn nicht, müssen diese zuerst noch erlernt werden.
- Hat der Therapeut bei einer suchenden Beziehung das Geschick und die Kenntnisse, die er braucht, um den Patienten zu einer erfolgreichen Selbstarbeit zu bewegen?
- Sind die Umstände, in denen der Patient sich befindet, günstig?

Ein Beispiel, in dem der Patientin die Fertigkeiten und die Zeit fehlen.

> *Nadine, 16 Jahre alt, kommt mit ihrer Mutter, weil sie in einem Monat ihre erste mündliche Prüfung bestehen muss. Sie zeigt sich sehr scheu, schaut während des ganzen Gespräches nach unten, ringt die Hände, braucht eine lange Zeit, bevor sie auf einfache Fragen antwortet. Dem Therapeuten erscheint es nicht möglich, dass er ihr in der kurzen Zeit die notwendigen Fertigkeiten beibringen könnte.*
> *Nützliche Fragen sind hier z.B.:*
> - *„Meinen Sie, dass es Ihnen möglich wäre, in einem Monat die Prüfung zu schaffen?“*
> - *„Wie viel Zeit, meinen Sie, werden Sie brauchen, um die Technik, die ich Ihnen gezeigt habe, so gut zu lernen, dass Sie sie unter allen Umständen verwenden könnten?“*
> - *„Hat es schon Momente gegeben, in denen es Ihnen gelungen ist, das zu tun? Wenn nicht, auf einer Skala von 0 bis 10, für wie groß halten Sie ihre Chancen, dass es Ihnen gelingt?“*
> - *„Wer oder was könnte Ihnen helfen? Und wie?“*

9.4.1 Fortschritte erkennbar machen

Eine besondere Schwierigkeit kann sich ergeben, wenn ein perfektionistischer Patient sich nicht mit einem realistischen Ziel begnügen will. Eine Skala des Fortschritts kann hier hilfreich sein:

„Stellen Sie sich eine Skala von 0 bis 10 vor. 0 ist der Zustand, in dem das Problem in den letzten 6 Monaten am schlimmsten war. 10 bedeutet, Sie haben Ihr Ziel erreicht. Auf wie viel würden Sie sich jetzt einschätzen? Woran würden Sie merken, dass Sie einen Schritt weiter gekommen sind?“

Auch 54321 mit Akzeptanz (siehe S. 109) kann hier eingesetzt werden.

Realistische Ziele formulieren heißt auch: eine konkrete, beobachtbare, messbare Beschreibung der Ziele, damit die Patienten über deutliche Kriterien verfügen, um ihren Fortschritt festzustellen. Wenn es nicht gelingt, einen Patienten herauszuholen aus einer vagen, nicht verifizierbaren Beschreibung (die dann meistens in allgemeinen Gefühlen stecken bleibt), kann man mittels einer Skala eine Pseudo-Quantifizierung erzeugen.

> *Franziska klagt über schwere Schuldgefühle. Sie möchte diese überwinden, da sie nicht mehr tragbar sind. Wenn der Therapeut sie fragt, was das für sie ändern würde, antwortet sie nur mit „Ich weiß es nicht“, „Es wird sich nichts ändern in meinem Verhalten“ und „Ich werde mich leichter fühlen“. Aber konkreter kann sie es nicht beschreiben.*
> *Der Therapeut bittet sie, ihre Schuldgefühle auf einer Skala zu bewerten, wobei –10 für maximale Schuldgefühle steht und 0 für keine. Diese Skala wird während der gesamten Therapie weiter verwendet, um die Fortschritte zu messen.*

9.5 Ziele als neue Gewohnheit beschreiben

Je konkreter die Patienten sich ihre Ziele in einer Gestalt von Logos, Pathos, Ethos im Oikos ausgemalt haben, umso machbarer werden sie erscheinen. Wenn der Patient sich klar ausgedacht hat, was er will, wie er sich dabei fühlen möchte, was er dabei machen muss und unter welchen Umständen, dann ist er gut gerüstet.

Dabei sind Verhalten und Umstände – im Gegensatz zu Gedanken und Gefühlen – besonders wichtig, weil sie gut kontrollierbar und quantifizierbar sind.

> *Eine Frau möchte, dass ihr Mann ihr mehr Zärtlichkeit zeigt. Er ist dazu bereit. Nun gilt es, dieses Ziel so zu beschreiben, dass beide erkennen, wann und ob es erreicht ist; sonst bleibt sie unzufrieden und er wird entmutigt.*
> *Während der Therapiesitzung einigen sie sich darüber, dass er sie jeden Abend, wenn sie sich nach der Arbeit treffen als erstes küssen wird, so wie er es tat, als sie jung verheiratet waren. Überdies wird sie versuchen, jedes Mal wenn er zärtlich zu ihr ist, ihm ihre Zufriedenheit zu zeigen. Und er wird ihr sagen, ob die Weise, in der sie dies tut, ihm Freude macht.*

Isebaert, Praktisches Handbuch der Kurzzeittherapie (ISBN 9783131396228) © 2009 Georg Thieme Verlag

In dieser Weise suggeriert der Therapeut die ersten drei Schritte einer erwünschten interaktionellen Sequenz.

9.5.1 Gewünschte Änderungen genau ausmalen

Wenn wie im folgenden Beispiel die vier Strukturanteile der Gewohnheiten angesprochen werden und ein Anstoß zu ihrer Realisierung gemacht wird, dann sind die Chancen groß, dass eine neue Gewohnheit entwickelt wird.

Wenn der Patient das Ziel als neue Gewohnheit beschreibt, wirkt das gleichzeitig als Autosuggestion: Er stellt sich diese neue Gewohnheit möglichst detailliert vor und kann diese Vorstellung dann leichter in die Wirklichkeit umsetzen.

Patient: „Ich will aus dieser verdammten Depression heraus."
Therapeut: „Woran würden Sie merken, dass Sie anfangen herauszukommen?"
Patient: „Ich würde mich wieder wohl fühlen."
Therapeut: „Und was werden Sie da anderes tun, wenn Sie sich wieder wohl fühlen? Sagen wir mal, Morgen früh zum Beispiel, woran würde Ihre Frau merken, dass Sie sich wieder wohlfühlen?"
Patient: „Ich würde singen unter der Dusche!"
Therapeut: „Singen unter der Dusche!"
Patient: „Ja, und ich würde meiner Frau zulachen und mit Appetit frühstücken."
Therapeut: „Und wie würde Ihre Frau reagieren, wenn Sie ihr zulachen?"
Beide reden weiter über das, was der Patient alles tun würde, und wie er und seine Frau sich dabei fühlen würden. Dabei merkt der Patient, dass er vieles davon tun könnte, ohne darauf zu warten, bis seine Depression aufhört und dass er an den Reaktionen der Umgebung Freude haben würde.

9.5.2 Interaktionelle Beschreibung der neuen Gewohnheit

Wenn die neue Gewohnheit interaktionell beschrieben wird, trägt die erwünschte Reaktion der Umgebung zur Motivation des Patienten bei. Auf der interaktionellen Ebene entsteht eine neue gemeinsame Gewohnheit, und der Patient kann sich von den Angehörigen mitziehen lassen. Patienten mit einer externen Kontrollüberzeugung haben es dabei leichter.

Den Patienten, die es schwer haben sich vorzustellen, wie ein gewünschter Zustand aussehen würde, kann gelegentlich mit folgenden Fragen weitergeholfen werden:

- „Wie würde Ihre Mutter, Ihre Frau, Ihre Katze merken, dass es Ihnen besser geht?"
- „Wenn Ihr Mann hier wäre, was würde er sagen, wenn ich ihn fragen würde, wie er merken würde, dass es Ihnen besser geht?"
- (zur Frau des Patienten) „Ihr Mann ist offenbar wie viele Leute: Er merkt es selbst nicht, wenn er einen kleinen Schritt in die richtige Richtung getan hat. Wären Sie damit einverstanden, es ihm zu sagen, wenn Sie so etwas merken? Und im Allgemeinen es ihm zu sagen, wenn er etwas getan hat, das Ihnen eine Freude gemacht hat?"

Auf der Bühne unseres Lebens sehen wir uns nicht nur mit unseren eigenen Augen, sondern auch und vor allem durch die Augen der anderen.

In einer Paartherapie oder in der Therapie mit Adoleszenten geschieht es oft, dass der Patient ein Ziel definiert, das von dem Wohlwollen des anderen (des Partners, der Eltern) abhängig ist. In solchen Fällen kann man mit der gewünschten Aktion des anderen anfangen und darauf eine interaktionelle Sequenz aufbauen.

Die Frau wünscht, dass ihr Mann zärtlicher ist und ihr etwas mehr über seine Arbeit erzählt.
Der Mann möchte, dass seine Frau weniger eifersüchtig ist und ihm mehr Vertrauen schenkt, wenn er aus beruflichen Gründen ausgehen muss.
Therapeut: „Was würden Sie tun, wenn Ihr Mann sich zärtlicher zeigen würde?"
Frau: „Ich werde mich sicherer fühlen in Bezug auf unsere Beziehung."
Therapeut: „Und was werden Sie anders machen, wenn Sie sich sicherer fühlen?"
Frau: „Ich werde ihn nicht mehr belästigen mit meinen Fragen, wenn er ausgehen muss."
Therapeut (zum Mann): „Und Sie, was werden Sie tun, wenn Ihre Frau Sie mehr in Ruhe lässt?"
Mann: „Ich denke, dass ich mich ihr mehr annähern werde."
Therapeut: „Wie würden Sie sich ihr mehr annä-

hern? Was würden Sie da tun? Und wie würde sie darauf reagieren?“

Die Patienten merken dann schnell, dass sie nicht auf den anderen warten müssen, sondern dass sie selbst an irgendeiner Stelle in der interaktionellen Sequenz ansetzen können und so eine neue Gewohnheit bilden können.

Ein solches Gespräch ist oft einfacher zu führen, wenn man die Partner separat sieht. Man kann dann besser konfrontieren und über die guten Eigenschaften des Partners reden, ohne dass der anwesende Partner „Punkte verliert“.

9.6 Negationen in der Zielbeschreibung vermeiden

Wenn jemand sagt: „Ich will nicht rauchen“, denkt er an die Zigarette. Wenn er sagt: „Ich will nicht trinken“, denkt er an Alkohol. Der Suchtdruck nimmt zu. Die Weight Watchers schlagen deshalb vor, „anders zu essen“, nicht: „weniger zu essen“, wobei die Aufmerksamkeit sich von selbst darauf richtet, was man essen darf.

Leider wissen viele Patienten gut, was sie nicht mehr möchten, nicht aber, was sie stattdessen wollen.

- „Was würden Sie stattdessen tun?“
- „Was werden Sie so alles tun, wenn Sie Ihre Ängste los sind?“
- „Was haben Sie an den Tagen getan, an denen Sie nicht oder nur wenig getrunken haben?“

„Negative Aussagen füttern Entmutigung, niedrige Energie und das Gefühl festzustecken. Außerdem fokussiert es die wenige Energie, die der Klient vielleicht noch hat, auf die Aufgabe, dieses Negative fernzuhalten. Es ist meistens viel einfacher etwas zu tun, das man als positiv wahrnimmt. Es ist zum Beispiel einfacher für Klienten, Gewicht zu verlieren, indem sie aufstehen und wandern gehen, als sich dauernd daran zu erinnern, dass sie nicht in die Küche gehen dürfen, um einen Beutel Chips und ein Soda zu holen (De Jong u. Berg 2002).“

Die Kurzzeittherapie will dem Patienten den Impuls geben, den er braucht, um sich auf den Weg zu begeben. Sie will ihn nicht die ganze Strecke lang begleiten.

Fortschrittsskala. Eine Skala wie die Fortschrittsskala ist dabei von Nutzen. Am Anfang wurde 0 definiert als der Zustand, in dem der Patient angerufen hat, um einen Termin zu verabreden, oder als der schlimmste Zustand, der während der letzten sechs Monate auftrat. 10 wird als der Zustand definiert, bei dem der Patient keine Therapie mehr brauchen würde. Meistens sieht man, dass der Patient beschließt, ohne uns weiterzumachen, wenn er bei 7 oder 8 ist. Nur selten wartet er, bis er auf 10 steht: Am Anfang überschätzen eben viele Patienten das Ausmaß an Hilfe, das sie brauchen werden.

Ziele konkretisieren. Oft kann man schon bei der ersten Sitzung nützliche Ziele bestimmen. Viele Patienten haben eine deutliche Sicht auf ihre Probleme. Sie wissen, was sie erreichen wollen. Für andere ist dies viel schwieriger. Ihre Nachfrage nach Hilfe ist vorerst unbestimmt und vage. Der Therapeut hat große Mühe, sie zu einer konkreten Problemdefinition zu bewegen. Auf dem Pfeilbild bleibt die Beziehung noch eine suchende. Indirekte Techniken (siehe S. 78) wie der Fortsetzungsauftrag, Zukunftsprojektionen, Beobachtungs- und Vorhersageaufgaben sind hier nützlich.

9.6.1 Umgang mit „versteckten Problemen“

Andere Patienten kommen und reden über bestimmte Symptome, während ganz andere Probleme dahinter stecken, die sie (noch) nicht erwähnen. Sie können dafür verschiedene Gründe haben: Scham, Schuldgefühle oder vielleicht sehen sie selbst den Zusammenhang nicht. So werden psychosomatische Symptome wie Muskelschmerzen, Kopfweh, Bauchschmerzen bei Kindern, gynäkologische Beschwerden oft verursacht durch Stressmechanismen, die selbst auf einem anderen Problem beruhen.

Posttraumatische Störungen

Eine Anorexie, Selbstverletzungen, Suizidversuche, dissoziative Störungen können ein Ausdruck posttraumatischer Störungen sein und zum Beispiel einen früheren oder gar aktuellen Missbrauch maskieren.

Der Therapeut muss dann an eine (post-)traumatische Störung denken und den Patienten dies-

Isebaert, Praktisches Handbuch der Kurzzeittherapie (ISBN 9783131396228) © 2009 Georg Thieme Verlag

bezüglich befragen, wobei es einiger Geschicklichkeit bedarf.

- Zu suggestive Fragen können verdrängte Traumata wieder wachrufen und den Patienten erneut konfrontieren mit einer schmerzlichen Vergangenheit, mit der er sich mehr oder weniger abgefunden hatte. Schlimmer noch, es besteht die Gefahr, falsche Erinnerungen zu induzieren.
- Andererseits kann man seine Fragen so vorsichtig stellen, dass der Patient sie nicht versteht.

Wenn hintergründige Probleme bestehen, soll man nie denken, dass diese zuerst gelöst werden müssen, bevor man die aktuellen angehen kann. Es ist sehr oft möglich, zuerst eine Erleichterung für kleinere, unmittelbare Probleme zu erzielen und so schon durch einen kleinen Erfolg eine gute Vertrauens- und Arbeitsbeziehung aufzubauen.

9.7 Ziele können sich ändern

Viele Patienten haben anfangs keine Vorstellung davon, was sie anstelle ihres problematischen Verhaltens tun könnten. In den ersten Sitzungen werden nützliche Ziele verabredet; aber während die Therapie vorangeht, zeigt sich hin und wieder, dass die Patienten ihre Ziele ändern. Wenn ein Alkoholiker z.B. anfangs kontrolliertes Trinken gewählt hatte, entschließt er sich abstinent zu leben oder umgekehrt.

Dies ist selbstverständlich das gute Recht des Patienten. Es ist an sich sogar ein gutes Zeichen: Der Patient nimmt mehr und mehr die Therapie in die eigenen Hände, er nimmt die Rolle des Experten an, die externe Kontrollüberzeugung wird zu einer internen.

Die Ziele sind aus diesem Blickpunkt eine Co-Konstruktion, die sich weiterentwickelt und die neue Aussichten eröffnet bei jeder Kurve auf dem Weg der Therapie. Dem Patienten erschließen sich neue Territorien; er will diese auch einmal erkunden und kartieren.

Dies hat Folgen für Therapeuten, die mit einem Therapieplan arbeiten.

1. Ein Behandlungsplan gibt den Weg an, den Therapeut und Patient verabredet haben, um ihr Ziel zu erreichen.
2. Der Therapeut muss dennoch dazu bereit sein, von der Hauptstraße abzubiegen und Seitenwege, Abkürzungen einzuschlagen, die der Patient angibt. Er muss sogar bereit sein, unterwegs das Endziel zu ändern. Ziele sind wie der Polarstern: Sie sind nützlich, um den Norden nicht zu verlieren. Wenn der Patient jedoch unterwegs plötzlich nach Osten will, ist das auch gut. Man kann dabei den Polarstern von der Seite im Auge behalten.
3. Behandlungspläne sind Hypothesen, mit denen wir arbeiten, solange die Resultate positiv sind. Diese müssen dauernd anhand von neuen Aspekten der Realität, die vom Therapeuten und vom Patienten co-kreiert werden, geprüft werden.
4. Ziel der Therapie ist es also nicht, einen Behandlungsplan auszuführen, sondern dem Patienten dabei zu helfen, eine Änderung (und eventuell eine sich „ändernde Änderung“) durchzuführen.
5. Und oft müssen wir den Patienten loslassen, wenn nur die ersten Schritte in Richtung Implementierung gegangen worden sind, er also erst angefangen hat, eine neue Gewohnheit zu entwickeln.

9.8 Umgang mit gefährlichen Zielsetzungen

Gesetzt den Fall, ein Patient setzt seine Ziele so, dass er sich selbst oder seine Umgebung damit gefährden kann. Dann muss sich der Therapeut oft die Aufgabe stellen, den Patienten oder die Umgebung zu schützen. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient kann dann keine therapeutische mehr sein, sondern sie wird eine schützende Beziehung.

> *Sarah, 15 Jahre alt, prostituiert sich seit dem 12. Lebensjahr. Sie ist zurzeit stationär in der Klinik, die Entlassung ist jedoch geplant. Sarah erklärt in einem abschließenden Gespräch mit dem Therapeuten, dass sie, sobald sie zu Hause wieder die Möglichkeit hat, ihre Freiheit nutzen und weiter der Prostitution nachgehen wird.*

Ein anderes Beispiel könnte ein Psychotiker in einem akuten Wahnzustand sein oder aber ein Patient, der sich noch im Entzug befindet. In solchen Situationen ist der „therapeutische Hut“ gegen den „schützenden Hut“ auszutauschen.

Ein weiteres Beispiel dafür, dass Patienten Ziele setzen, mit denen ein Therapeut nicht einverstanden sein kann, ist ein Alkoholiker, der aggressiv wird und seine Frau und sein Kind verprügelt, wenn er betrunken ist. Setzt er sich nun als Ziel, seinen Al-

koholkonsum auf 10 Einheiten täglich zu reduzieren, so kann der Therapeut dem dann nicht zustimmen, wenn der Mann auch bei dieser Menge aggressiv wird. Was ist zu tun?

Der Therapeut könnte dem Patienten mitteilen, dass er für ein solches Ziel keinen Therapeuten benötige und der Therapeut ihn nicht dabei unterstützen könne, wenn er Frau und Kind dann schlage. Der Therapeut geht eine unverbindliche Beziehung ein.

Oder er kann dem Patienten vorschlagen, ihm und der Familie zu beweisen, dass er sich mit 10 Einheiten anständig benehmen kann. Wenn sich beim nächsten Termin erweist, dass es ihm gelungen ist, so hat er Recht gehabt. Wenn nicht, so hat er sich geirrt. Er wird dann gebeten, einem niedrigen Konsum oder Abstinenz zuzustimmen.

Folgende Fragen sind nützlich, um erreichbare therapeutische Ziele zu formulieren.

Ziel skalieren (Goal Implementation Scaling):

- „Was wollen Sie erreichen?“
- „Was ist daran wichtig? Wie wichtig ist es für Sie (0–10)?“
- „Würde es auch Nachteile haben, wenn Sie dieses Ziel erreichen, für Sie oder für andere? Gibt es z.B. etwas, das Sie verlieren könnten oder das Sie aufgeben müssten, und wären Sie damit einverstanden?“
- „Wie würden Sie wissen, dass Sie ihr Ziel vollständig erreicht haben?“
- „Falls es nicht notwendig ist, ihr Ziel vollständig zu erreichen, wie viel wäre dann genug (0–10)? Wie würden Sie wissen, dass Sie dies erreicht haben?“
- „Was wäre der erste und kleinste Schritt, an dem Sie merken würden, dass es in die richtige Richtung geht?“

Den erwünschten Zustand erreichen:

- Die Wunderfrage, oder einfach: „Wenn in einem Jahr die Probleme, derentwegen Sie da sind, gelöst sein würden, wie würde Ihr Leben dann aussehen?“
- „Was würden Sie anders machen? Was würde X (Ihr Mann, Frau, Eltern …) anders machen? Wie würden Sie darauf reagieren?“
- „Wenn 0 für den schlimmsten Moment steht, den Sie in den letzten sechs Monaten erlebt haben, und 10 ist der Zustand, den Sie jetzt gerade beschrieben haben, auf wie viel würden Sie sich jetzt einstufen? Was steckt hinter dieser Zahl? Und was noch? Und was noch?“
- „Was müsste geschehen, um auf dieser Zahl bleiben zu können? Oder: Was wäre nötig, damit Sie das nächste Mal sagen können: Ich stehe 1 Punkt (oder ½ Punkt) höher auf der Skala?“

Isebaert, Praktisches Handbuch der Kurzzeittherapie (ISBN 9783131396228) © 2009 Georg Thieme Verlag