

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
 C. Reimer, Gießen
 B. Strauß, Jena

Johannes Michalak¹ · Martin Grosse Holtforth² · Matthias Berking²

¹ Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität, Bochum

² Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Bern

Patientenziele in der Psychotherapie

Ziele können als kognitiv elaborierte Repräsentationen davon beschrieben werden, was eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erreichen oder vermeiden möchte (Brunstein et al. 1998).

Patientenziele

Der psychotherapeutische Prozess lässt sich aus einer Reihe von unterschiedlichsten Perspektiven beschreiben. Eine mögliche und zugleich wichtige Beschreibungsperspektive ist die Konstruktion des therapeutischen Prozesses aus der Perspektive von Zielen. Alle direkt und indirekt am psychotherapeutischen Prozess Beteiligten bringen Ziele in die Therapie ein:

- der Therapeut, der seinen Patienten bei der Überwindung seiner Schwierigkeiten unterstützen möchte,
- das soziale Umfeld bzw. die Gesellschaft insgesamt, die eine möglichst optimale Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen erwartet, und
- natürlich an erster Stelle und in einem besonders existenziellen Sinne der Patient selber.

Letzterer erhofft sich in der Regel eine Besserung der psychischen Beschwerden oder des Wohlbefindens. Aber selbstverständlich verfolgen Patienten in ihrem Leben nicht nur Ziele, die sich auf die Therapie beziehen (explizite Therapieziele), sondern sie besitzen eine Reihe weitere allgemeiner Lebensziele, die sich auf unterschiedliche Lebensbereiche beziehen

(z. B. „ein guter Vater sein“, „in guter körperlicher Verfassung bleiben“). Solche allgemeinen Lebensziele müssen nicht im Fokus der Therapie stehen, können den therapeutischen Prozess aber auf unterschiedliche Weise beeinflussen (s. unten).

In den letzten Jahren ist das Interesse der klinisch-psychologischen Forschung an Patientenzielen zunehmend gewachsen (für einen ausführlichen Überblick s. Michalak et al. 2005). Deutliche Impulse hat die klinische Forschung dabei aus dem Bereich der sozial- und motivationspsychologischen Grundlagenforschung bezogen (Brunstein u. Maier 2002; Schmuck u. Sheldon 2001; Schmuck u. Sheldon 2001). Kennzeichen der grundlagenorientierten Zielforschung ist die an nichtklinischen Stichproben durchgeführte Untersuchung der Zusammenhänge von unterschiedlichen Zieleigenschaften mit Wohlbefinden und motivationalen Variablen (z. B. Erfolg bei der Erreichung von Zielen).

Ziel des vorliegenden Artikels ist es, einen Überblick über grundlagenorientierte Zielforschung und Forschung zu Zielen von Psychotherapiepatienten zu geben. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf besonders relevant erscheinende Aspekte. Die Auswahl folgt zwei Gesichtspunkten: Zum einen soll deutlich gemacht werden, wie klinische Forschung durch Ergebnisse grundlagenwissenschaftlicher Forschung befruchtet wurde; zum anderen sollen vor allem solche Befunde dargestellt werden, die für das konkrete Handeln von Therapeuten von besonderer Bedeutung sind. Darüber hinaus wird auf methodische Aspekte der Zielerfassung und auf therapeu-

tische Implikation der dargestellten Modelle und Befunde eingegangen.

Grundlagenwissenschaftliche Zielforschung

Ziele können als kognitiv elaborierte Repräsentationen dessen beschrieben werden, was eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erreichen oder vermeiden möchte (Brunstein et al. 1998). Fasst man die Ergebnisse der grundlagenorientierten Zielforschung der letzten Jahrzehnte auf einer allgemeineren Ebene zusammen, so wurde eindrucksvoll nachgewiesen, dass das Wohlbefinden von Personen durch Eigenschaften ihrer Lebensziele beeinflusst wird (Brunstein u. Maier 2002; Schmuck u. Sheldon 2001).

Verfolgen Personen entschlossen Ziele, für die die äußeren Bedingungen (zeitliche, soziale und materielle Ressourcen) günstig sind, so steigen die Chancen, Zielfortschritte zu erreichen. Ein Zielfortschritt an sich muss allerdings nicht günstig sein. Nur wenn die Ziele zu den grundlegenden Bedürfnissen einer Person passen, kann sich der Zielfortschritt günstig auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. Für diese Annahmen des „teleonomischen Modells des subjektiven Wohlbefindens“¹ (Abb. 1) konnten unterstützende Befunde in einer Vielzahl von Studien geliefert werden. So ließ sich in un-

¹ Das teleonische Modell wurde ursprünglich entwickelt, um Befunde aus der Grundlagenforschung zum expliziten und impliziten Motivationsystem zu integrieren. Es wurde hier um die Aspekte Selbstkonkordanz und Zielinhalt erweitert.

Hier steht eine Anzeige.



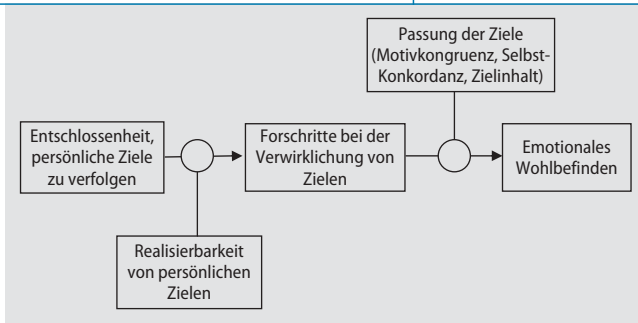


Abb. 1 ◀ Teleonomisches Modell des subjektiven Wohlbefindens. (Mod. nach Brunstein u. Maier 2002, S. 163)

terschiedlichen Längsschnittstudien an verschiedenen Personengruppen (z. B. Studenten, Brunstein 1993; Menschen höheren Lebensalters, Brunstein 1999; Berufsteilnehmer, Maier u. Brunstein 2001) zeigen, dass Personen, die fest entschlossen waren, ihre Ziele zu verwirklichen und ihre Lebensbedingungen dafür als günstig erachteten, die größten Fortschritte bei der Zielverfolgung machten und den deutlichsten Anstieg in ihrem Wohlbefinden aufwiesen. Bei Personen allerdings, die sich an Ziele banden, für deren Realisierung ungünstige Bedingungen vorlagen, zeigten sich nur geringe Fortschritte und sogar eine Minderung des Wohlbefindens.

Die Realisierbarkeit von Zielen wird außer von äußeren Bedingungen aber auch von den Eigenschaften der Ziele selbst beeinflusst. Für unterschiedliche Zieleigenschaften (z. B. Konflikthaftigkeit, Abstraktheit; Michalak et al. 2005) konnten Zusammenhänge zum subjektiven Wohlbefinden nachgewiesen werden.

Resümee 1. Als erstes Resümee der grundlagenorientierten Zielforschung lässt sich festhalten, dass Ziele nicht per se günstig sind, sondern nur dann, wenn sie unter günstigen Bedingungen entschlossen verfolgt werden.

Bezüglich des Aspektes der Zielpassung kann, wie folgt, unterschieden werden: Zum einen können Ziele, die sich eine Person bewusst setzt, unterschiedlich gut zu ihren unbewussten grundlegenden Motiven und Bedürfnissen passen. So kann eine Person leistungsorientierte Ziele verfolgen (z. B. „im Beruf erfolgreich sein“ oder „meine sportliche Leistungsfähigkeit verbessern“), ohne auf der Ebene der Motive (d. h. der emotionalen Verhaltens- und Bewertungsdispositionen) leistungsmotiviert zu sein.

In einer Querschnittstudie untersuchten Brunstein et al. (1995) die Passung von persönlichen Zielen und impliziten Motiven (d. h. des Leistungs-, Anschluss-, und Machtmotivs). Personen, die ein hohes Maß an Kongruenz zwischen Zielen und Motiven aufwiesen (z. B. Verfolgung von leistungsorientierten Zielen bei gleichzeitig hoch ausgeprägtem Leistungsmotiv), zeigten ein stärker ausgeprägtes Wohlbefinden als Personen, die motivinkongruente Ziele verfolgten. Darüber hinaus konnten Brunstein et al. (1998) in einer Längsschnittstudie zeigen, dass ein hohes Ausmaß an Entschlossenheit bei bedürfniskongruenten Zielen in Verbindung mit günstigen Lebensbedingungen zu positiven Veränderungen im subjektiven Wohlbefinden führte. Bei bedürfniskongruenten Zielen zeigte sich ein anderes Befundmuster: Personen, die fest entschlossen waren, bedürfniskongruente Ziele zu verfolgen, verzeichneten im Untersuchungszeitraum einen Rückgang ihres emotionalen Wohlbefindens.

Einen weiteren Zielpassungsaspekt stellt die intrinsische vs. extrinsische Ausrichtung der Ziele dar: Verfolgt eine Person ihre Ziele, weil sie intrinsisch dazu motiviert ist oder wegen äußerer oder innerer Notwendigkeiten und Zwänge? In einer Vielzahl von Untersuchungen wurde gezeigt, dass Zielverfolgung besonders dann mit Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit assoziiert ist, wenn die Ziele gut in das Selbstsystem der Person integriert sind („Selbstkongruanz“; Sheldon 2001), d. h. wenn Ziele deswegen verfolgt werden, weil sie persönlich bedeutsam sind („identified regulation“), oder weil die Zielverfolgung an sich erfüllend und belohnend ist („intrinsic regulation“), nicht aber, wenn Ziele vor allem wegen äußerer Belohnung („extrinsic regulation“) oder innerem Druck (z. B. Schuld-

oder Schamgefühle, „introjected regulation“) verfolgt werden (für einen Überblick s. Ryan u. Deci 2000; Ryan et al. 1996; Sheldon 2001). Diese Zusammenhänge konnten auch in längsschnittlichen Untersuchungen nachgewiesen werden (Sheldon u. Elliot 1999; Sheldon u. Houser-Marko 2001). Darüber hinaus zeigte sich in unterschiedlichen Studien konsistent, dass selbstkongruente Ziele mit höheren Fortschritten bei der Zielerreichung verbunden sind (Koestner et al. 2002)

Auch die inhaltliche Ausrichtung von Zielen stellt einen relevanten Aspekt der Zielpassung dar (Kasser u. Ryan 2001). Dieser Aspekt betrifft die Unterscheidung zwischen externalen Zielen, bei denen es vor allem darum geht, den eigenen Status in den Augen anderer zu erhöhen, und internalen Zielen, die direkter mit der Befriedigung von inhärenten persönlichen Bedürfnissen, wie Verbundenheit, Autonomie und persönlichem Wachstum, verbunden sind. In einer Reihe von Studien (z. B. Kasser u. Ryan 1993; Kasser u. Ryan 1996; Schmuck et al. 2000) konnte nachgewiesen werden, dass Menschen, die vor allem nach extrinsischen Zielen streben, ein niedrigeres Wohlbefinden aufwiesen, als Menschen, die ihr Leben vor allem nach intrinsischen Zielen ausrichteten. Ähnliche und klinisch besonders relevante Ergebnisse berichten auch Cohen u. Cohen (1996; Cohen u. Cohen 2001): In einer prospektiven Längsschnittstudie wurden Werte und Lebensziele von über 700 Kindern und Jugendlichen sowie ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit über einen Zeitraum von fast zwei Jahrzehnten verfolgt. Dabei zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche, die materialistischen und hedonistischen Lebenszielen eine hohe Priorität einräumten, im späteren Lebensverlauf bezüglich fast aller Achse-I- und Achse-II-DSM-III-Diagnosen (American Psychiatric Association 1987) erhöhte Werte aufwiesen.

Resümee 2. Als zweites Resümee der grundlagenwissenschaftlichen Forschung kann festgehalten werden, dass Zielerreichung nur dann mit Wohlbefinden assoziiert ist, wenn die Ziele zu der Person passen und somit die Zielerreichung im Dienste der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen steht.

Lebensziele von Psychotherapiepatienten

Ausgehend von diesen Befunden aus dem Bereich der Grundlagenforschung sind in den letzten Jahren in verschiedenen klinischen Studien Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Eigenschaften von allgemeinen Lebenszielen von Psychotherapiepatienten und deren psychopathologischen Zustand untersucht worden.

Das erste Modell aus dem klinischen Bereich, das allgemeine Lebensziele von Patienten berücksichtigt hat, ist das motivationale Modell des Alkoholismus von Cox und Klinger (Cox u. Klinger 1988; Cox u. Klinger 1990). In diesem Modell wird dysfunktionalen Zieleigenschaften eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholmissbrauch und anderen Substanzabhängigkeiten zugeschrieben. Die zentrale Annahme des Modells ist, dass Alkoholkonsum im Kontext der allgemeinen Verstärkungsbedingungen einer Person betrachtet werden muss. Dabei stellt die Balance zwischen den erwarteten positiven und negativen affektiven Konsequenzen des Substanzgebrauchs den „final common pathway“ dar (d. h. das vorletzte Glied in der kausalen Kette), der die konkrete Episode des Alkoholkonsums determiniert.

Entscheidet sich eine Person für oder gegen den Alkoholkonsum, so spielt die Befriedigung, die sie aus anderen Lebensbereichen außer dem Alkohol zieht, eine entscheidende Rolle. Wenn sie nicht in der Lage ist, Befriedigung aus anderen positiven nichtalkoholbezogenen Verstärkungsquellen zu bekommen, ist das Risiko erhöht, dass sie zu Alkohol und anderen Substanzen greift, um emotionale Entlastung und/oder Vergnügen zu erreichen. Cox und Klinger messen bezüglich dieser Verstärkungsbilanz den persönlichen Zielen einer Person eine zentrale Bedeutung bei.

In unterschiedlichen Untersuchungen haben Cox und Klinger (Cox u. Klinger 2002; Cox u. Klinger 2004) adaptive und maladaptive Zielstrukturen identifiziert. Zusammenfassend sind adaptive Zielstrukturen dadurch gekennzeichnet, dass eine Person positive (d. h. auf Annäherung bezogene) Ziele benennen kann,

denen sie sich stark verpflichtet fühlt („commitment“) und deren Erreichung mit emotionaler Befriedigung verbunden ist; hierbei ist sie bezüglich der Zielerreichung optimistisch. Maladaptiven Zielstrukturen fehlt eine oder mehrere dieser Komponenten (z. B. die Person erwartet keine emotionale Befriedigung, selbst wenn sie das Ziel erreicht, oder sie ist bezüglich der Zielerreichung pessimistisch). Im Sinne des teleonomischen Modells von Brunstein (Abb. 1) werden also vor allem die Aspekte der Zielerreichung als relevante Determinanten funktionaler Zielstrukturen gesehen. Der Aspekt der Passung von Zielen wird nicht weiter ausdifferenziert und kommt lediglich indirekt in der emotionalen Befriedigung zum Ausdruck, die mit der Zielerreichung verbunden ist.

An unterschiedlichen studentischen Stichproben verschiedener Nationalität konnten Cox u. Klinger (2002) die zentrale Annahme ihres Modells bestätigen: Bei Studenten mit erhöhtem alkoholbezogenen Problem waren ungünstige Zielstrukturen mit der Menge an konsumiertem Alkohol assoziiert. Bei einem Vergleich von alkoholkranken Patienten mit einer demographisch sehr ähnlichen studentischen Stichprobe konnten nennenswerte Unterschiede bezüglich der persönlichen Ziele nachgewiesen werden: Patienten berichteten insgesamt 40% weniger Ziele; im Durchschnitt hatten sie ein leicht geringeres Commitment bezüglich der Ziele und berichteten über weniger Commitment relativ zu dem Ertrag, den sie von der Verfolgung ihrer Ziele erwarteten (Man et al. 1998). Die Autoren interpretieren den letztgenannten Befund dahingehend, dass Alkoholiker mehr erwartete Belohnung brauchen, um sich ihren Zielen verpflichtet zu fühlen.

Neben diesen Befunden im Kontext des motivationalen Modells des Alkoholismus wurden in den letzten Jahren weitere Studien durchgeführt, die die Relevanz von Zieleigenschaften im klinischen Bereich belegen.

So untersuchten Michalak et al. (2004) sowohl den Aspekt der Zielerreichung als auch der Zielpassung (s. teleonomisches Modell; Abb. 1) an einer Stichprobe von ambulanten Psychotherapiepatienten mit Angst- und affektiven Störungen.

Zusammenfassung · Abstract

Psychotherapeut 2007 · 52:6–15
DOI 10.1007/s00278-006-0518-6
© Springer Medizin Verlag 2006

Johannes Michalak · Martin Grosse Holtforth · Matthias Berking
Patientenziele in der Psychotherapie

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel wird ein Überblick zum Stand der Forschung zu Patientenzielen in der Psychotherapie gegeben. Auf vier Aspekte wird dabei besonders eingegangen: (1) auf grundlagenwissenschaftliche Modelle und Befunde zu Lebenszielen, (2) auf allgemeine Lebensziele von Patienten und deren Zusammenhang zu ihrem psychopathologischen Zustand, (3) auf explizite Therapieziele und (4) auf zielbezogene therapeutische Interventionen. Durch diesen Überblick soll zum einen deutlich gemacht werden, wie grundlagenwissenschaftliche Forschung zu persönlichen Zielen klinische Forschung beeinflusst und bereichert hat. Zum anderen werden die therapeutischen Implikationen der Zielforschung herausgearbeitet.

Schlüsselwörter

Patientenziele · Forschungsstand · Explizite Therapieziele

The goals of clients in psychotherapy

Abstract

The present article gives an overview of current research on goals of psychotherapy clients. It mainly focuses on four aspects: (1) basic research on personal goals, (2) general life goals of clients and how they relate to psychopathology, (3) explicit treatment goals, (4) goal-centered psychotherapeutic interventions. The major aims of the article are to show how basic research has influenced clinical research and to illustrate the therapeutic implications of these findings.

Keywords

Concept of goals in psychotherapy · General and specific goals · Goals and psychopathology · Goal-centered psychotherapy

Zum einen wurde erfasst, wie hoch die Patienten die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung einschätzen, zum anderen, wie intrinsisch vs. extrinsisch motiviert die Zielverfolgung war (d. h. wie hoch der Grad der Zielpassung war). Beide Aspekte korrelierten hoch mit dem psychopathologischen Zustand: Patienten, die optimistisch waren, wichtige Lebensziele zu erreichen, und die diese Ziele aus eher intrinsischen Gründen anstrebten, wiesen niedrigere Werte bezüglich psychopathologischer Belastung auf. Außerdem profitierten solche Patienten mehr von den Therapiesitzungen.

In einer Studie von Püschel et al. (2005) wurde untersucht, inwieweit bei ambulanten Psychotherapiepatienten Effekte der Zielerreichung durch die Passung der Ziele zu den impliziten Motiven (d. h. Leistung, Anschluss, Macht) moderiert werden. Dabei zeigte sich, dass Zielerreichung nur dann mit geringerer Depressivität der Patienten im Zusammenhang stand, wenn Ziele zu den impliziten Motiven passten, die mithilfe des thematischen Apperzeptionstests (TAT; Winter 1994) erfasst wurden.

Eine weitere in der motivationspsychologischen Grundlagenforschung wichtiger Aspekt betrifft die Ausrichtung der Motivation bezüglich Annäherung oder Vermeidung (Elliot u. Thrash 2002). Dieser Aspekt spielt im klinischen Bereich in der Konsistenztheorie von Grawe (1998; Grawe 2004) ebenfalls eine zentrale Rolle. Nach Grawe streben Menschen nach der Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse (Bedürfnisse nach Orientierung/Kontrolle, Bindung, Lustgewinn und Selbstwerterhöhung). Um diese Bedürfnisse zu befriedigen bzw. vor Frustration schützen zu können, entwickeln Menschen unter dem Einfluss ihrer Lebensbedingungen motivationale Ziele, die ihr Verhalten bestimmen. Annäherungsziele haben sich lebensgeschichtlich entwickelt, um die Grundbedürfnisse zu befriedigen, Vermeidungsziele, um die Grundbedürfnisse vor Verletzung zu schützen. Insbesondere starke Vermeidungsziele tragen nach der Konsistenztheorie zur Entwicklung psychischer Störungen bei, da sie eine ausreichende Befriedigung zugrunde liegender Bedürfnisse erschweren. Der Zustand nichtbefriedigter motivationaler

Ziele wird dabei als Inkongruenz bezeichnet.²

Empirische Forschung mit dem Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS; Grosse Holtforth u. Grawe 2000; Grosse Holtforth u. Grawe 2002) zeigte, dass Psychotherapiepatienten stärker ausgeprägte Vermeidungsziele aufweisen als Normalpersonen, und dass die Intensität von Vermeidungszielen bei Patienten und bei Normalpersonen sehr deutlich mit dem Ausmaß an Psychopathologie, schlechtem Wohlbefinden und anderen psychischen Problemen zusammenhängt. Außerdem konnte mit dem Inkongruenzfragebogen (INK, Grosse Holtforth u. Grawe 2003; Grosse Holtforth et al. 2004) gezeigt werden, dass stark ausgeprägte Vermeidungsziele mit einem höheren Ausmaß an Inkongruenz (d. h. wahrgenommener Nichterreichung von Zielen) zusammenhängen. Wenn Vermeidungsziele und Inkongruenz an der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Psychopathologie und schlechtem Wohlbefinden maßgeblich beteiligt sind, sollte eine erfolgreiche Psychotherapie mit deren Reduktion einhergehen. Diese Hypothese ließ sich sowohl an ambulanten als auch stationären Psychotherapiepatienten bestätigen (Berking et al. 2003; Berking et al. 2003; Grosse Holtforth et al. 2004; Grosse Holtforth et al. 2005).

Michalak et al. (2006) differenzierten Vermeidungstendenzen weiter. Sie untersuchten Vermeidungstendenzen sowohl bei den bewussten Zielen der Patienten als auch im Bereich der unbewussten impliziten Motive. Vergleichbar den Ergebnissen von Grosse Holtforth u. Grawe (2000) waren Vermeidungstendenzen bei Zielen mit psychopathologischen Symptomen assoziiert. Zusätzlich und unabhängig davon ließen sich ebenfalls deutliche Zusammenhänge zwischen Vermeidungstendenzen bei impliziten Motiven und dem psychopathologischen Zustand nachweisen. Dieser Befund legt nahe, dass es unterschiedliche Arten der Vermeidung gibt – eine Vermeidung im bewussten System

² Dieser Inkongruenzbegriff ist von dem Inkongruenzbegriff humanistischer Theorien (z. B. Speierer 1994) abzugrenzen, der sich auf Diskrepanzen zwischen verfolgten Zielen und den *eigentlichen* Bedürfnissen der Person bezieht.

der Ziele und eine eher unbewusste auf der Ebene der impliziten Motive –, und dass beide Arten von Vermeidung zu psychischen Störungen beitragen.

Weitere Ansätze und Untersuchungen zu allgemeinen Lebenszielen im klinischen Kontext stellen z. B. Arbeiten zu Zielkonflikten (für eine Zusammenfassung s. Michalak et al. 2004) und die Ansätze von Pöhlmann (1999) sowie Karoly (Karoly u. Anderson 2000) dar (für einen ausführlicheren Überblick über diese Ansätze s. Michalak et al. 2005).

Resümee 3. Auch die klinische Forschung liefert deutliche Hinweise, dass ungünstige Eigenschaften von allgemeinen Lebenszielen, wie Inkongruenz, Vermeidungstendenzen oder extrinsische Ausrichtung, mit Psychopathologie im Zusammenhang stehen.

Explizite Therapieziele

Therapieziele können als Untermenge allgemeiner Lebensziele aufgefasst werden, die sich spezifisch auf angestrebte Ergebnisse der psychotherapeutischen Behandlung beziehen (Pöhlmann 1999). Beispiele für Therapieziele sind: „wieder allein ohne Angst unter die Leute gehen“, „mich besser gegenüber anderen durchsetzen“, „erkennen, was ich will und was mir zu viel ist“. Im Folgenden werden ausgewählte Forschungsergebnisse zu den Inhalten von Therapiezielen und deren Zusammenhängen mit klinischen Diagnosen und dem Therapieergebnis dargestellt (für einen deutschsprachigen Überblick zu Therapiezielen s. auch Ambühl u. Strauß 1999).

Aus gesellschaftlicher Perspektive wird an Psychotherapie vor allem das Ziel der Behebung von „Störungen mit Krankheitswert“ herangetragen. Aber wie aus den obigen Beispielen für Therapieziele zu ersehen ist, umfassen deren Inhalte häufig mehr als nur die Beseitigung psychopathologischer Symptome. Um die ganze Bandbreite der Inhalte von Therapiezielen zu erfassen, wurden in der Literatur einige Klassifikationsvorschläge gemacht (z. B. Driessen et al. 2001; Heuft u. Senf 1998; Schulte-Bahrenberg 1990). Ein Beispiel für ein umfassendes, empirisch entwickeltes Klassifikationssystem für Therapie-

ziele ist die Taxonomie nach dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T; Grosse Holtforth u. Grawe 2002). Zur Entwicklung des BIT-T wurden die Therapieziele von 300 ambulanten Psychotherapiepatienten aus archivierten Akten gewonnen und über mehrere empirische Zwischenschritte zu einer ersten Version eines Kategoriensystems weiterverarbeitet. Um die größtmögliche Repräsentativität des Kategoriensystems zu gewährleisten, wurden daraufhin die Therapieziele von ambulanten (Grosse Holtforth u. Grawe 2000) und stationären Patienten (Berking et al. 2001; Grosse Holtforth et al. 2004) kategorisiert; dies führte zur Taxonomie des BIT-T. Der BIT-T gliedert Therapieziele auf drei Abstraktionsebenen. Die Kategorien auf der obersten Ebene sind symptombezogene Ziele (z. B. „Überwindung von agoraphobischen Ängsten“), interpersonale Ziele (z. B. „lernen, mich besser durchzusetzen“), Wohlbefinden (z. B. „lernen, mich besser zu entspannen“), Orientierung (z. B. „mir über meine berufliche Zukunft klar werden“) und Selbstentwicklung (z. B. „lernen, mich selbst besser zu akzeptieren“).

Beispiele für Anwendungen einer solchen Therapiezielklassifikation sind die Untersuchung diagnostischer Unterschiede bezüglich der Therapieziele und des Zusammenhangs zwischen Therapiezielinhalten und Zielerreichung. So zeigen ambulante Patienten mit Essstörungen, Angststörungen, somatoformen Störungen und depressiven Störungen eine absteigende Zahl „störungstypischer“ und symptombezogener Therapieziele (Fallner u. Goßler 1998). Depressive Patienten weisen neben symptombezogenen Zielen („mehr Antrieb haben“) häufiger als andere Störungsgruppen auch Ziele im interpersonalem Bereich („meine Ehequalität verbessern“) und bezüglich Orientierung auf. Vergleichbare Ergebnisse finden sich auch in anderen Stichproben ambulanter Psychotherapiepatienten (Grosse Holtforth u. Grawe 2002; Grosse Holtforth u. Grawe 2002), stationär-psychiatrischer Patienten (Grosse Holtforth et al. 2004; Grosse Holtforth et al. 2007) sowie stationär-psychotherapeutischer Patienten (Berking et al. 2004; Driessen et al. 2001; Grosse Holtforth 2001). Mit dem Vorliegen eines Kategoriensystems für Thera-

pieziele ist es außerdem möglich, über die allgemeine Quantifizierung der Zielerreichung hinaus die Zielerreichung für spezifische Arten von Therapiezielen zu untersuchen. So wurde der Zusammenhang zwischen Zielinhalten und Zielerreichung in einer Studie von Berking et al. (2004) an einer Stichprobe von 2770 stationären Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation untersucht. Es zeigte sich, dass sich das Ausmaß der Zielerreichung zwischen Zielinhalten unterschied, selbst wenn andere Einflussvariablen (Geschlecht, Diagnose, Beeinträchtigungsschwere, Therapiemotivation etc.) konstant gehalten wurden. Beispielsweise sind die Ziele „meine Panikattacken reduzieren“ oder „mich selbst besser akzeptieren lernen“ mit wesentlich besseren Erfolgsaussichten verbunden als das Ziel „meine Schlafprobleme zu bewältigen“ oder „weniger Schmerzen zu haben“.

Resümee 4. Insgesamt ist das inhaltliche Spektrum an Zielen, die Psychotherapiepatienten an ihre Behandlung herantragen, breit. Viele Patienten formulieren eine Besserung der psychopathologischen Symptomatik als Ziel der Behandlung; dies korrespondiert auch mit dem gesellschaftlich an Psychotherapie herangetragenen Ziel der Behebung von „krankheitswertigen psychischen Störungen“. Häufig formulieren Patienten aber auch Ziele in anderen Bereichen. Somit sollte sich eine patientenorientierte Behandlung in vielen Fällen nicht lediglich auf Symptombesserung beziehen. Vielmehr sollte eine Therapieplanung sowohl die symptombezogenen Ziele als auch andere explizite Therapieziele sowie die allgemeinen Lebensziele des Patienten berücksichtigen.

Erfassung von Zielen

Im Bereich der grundlagenwissenschaftlichen Zielforschung werden persönliche Ziele meist im Rahmen eines idiographisch-nomothetischen Vorgehens erfasst: Im idiographischen Teil werden die zu untersuchenden Personen gebeten, im freien Selbstbericht eine individuelle Liste mit persönlichen Zielen zu generieren. Danach werden diese individuellen Ziele im nomothetischen Teil anhand von unterschiedlichen Variablen eingeschätzt,

die einen Vergleich zwischen den Personen erlauben. Die Zieleinschätzung kann dabei von der Person selbst oder aus der Perspektive unabhängiger Rater erfolgen (Beispielvariablen: Wichtigkeit des Ziels, Erfolg bei der Zielverfolgung, Konflikthaftigkeit der Ziele, inhaltliche Kategorisierung der Ziele nach Lebensbereichen oder Motiven). Beispiele für dieses idiographisch-nomothetische Vorgehen sind die „striving assessment scale“ (Emmons 1986) oder das „personal concerns inventory“ (Cox u. Klinger 2002).

Weiterhin wurden Interviewverfahren (z. B. AIMS; Wadsworth u. Ford 1983) oder Fragebögen (z. B. FAMOS, Grosse Holtforth u. Grawe 2000; Grosse Holtforth u. Grawe 2002; Goals, Pöhlmann u. Brunstein 1997; INK, Grosse Holtforth u. Grawe 2003; Grosse Holtforth et al. 2004) zur Erfassung von Zielen entwickelt.

Explizite Therapieziele können mehr oder weniger standardisiert erfasst werden. Dabei kann die Erfassung der Zielerreichung auch als eine Möglichkeit der Erfolgsmessung genutzt werden. Zur Messung der Erreichung individualisiert formulierter Therapieziele wurden verschiedene Methoden entwickelt, die in der Regel Variationen und Weiterentwicklungen des „Goal Attainment Scaling“ (GAS) nach Kiresuk et al. (1994) darstellen. In den GAS-Verfahren werden zuerst die Veränderungsbereiche definiert und – im Dialog zwischen Patient und Therapeut – für jeden Bereich ausformuliert, wie sich konkret eine Verbesserung, Stagnation oder Verschlechterung des Ist-Zustands äußern würde. Den unterschiedlichen Graden der Zielerreichung werden im Verlaufe oder nach der Therapie Zahlenwerte zugeordnet, die daraufhin als individuelle Erfolgsmaße betrachtet werden können (vgl. Kordy u. Hannover 1999). Ein Vorteil des Einsatzes der Zielerreichungsskalierung zur Erfolgsmessung neben der Individualisierung ist deren stärkere Unabhängigkeit von Therapieschulen, sodass sie sich auch zum Vergleich der Effektivität verschiedener therapeutischer Ansätze eignet. Gegenüber der Zielerreichungsskalierung als Messung des Therapieerfolgs wurden jedoch auch erhebliche methodische Bedenken geäußert (Hill u. Lambert 2004). In der beschriebenen Verwendung der Zielerreichungsskalie-

nung betreffen diese Bedenken u. a. Verzerrungen durch die Beurteilung der Ziele durch die gleichen Personen, die sie formulieren, die Abhängigkeit der Ziele untereinander oder die Relativität der Einschätzungen in Abhängigkeit von Erwartungen (vgl. Zielke 1999).

Zu einer standardisierten Erhebung von Therapiezielinhalten sind verschiedene Fragebögen und Checklisten entwickelt wurden. Dieses sind im deutschsprachigen Raum z. B. der Therapiezielfragebogen nach Faller (2000), der Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen (FRAPT; Driessen et al. 2001) oder die Checkliste des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-C; Grosse Holtforth 2001). Diese Fragebögen können mit den Verfahren zur Zielerreichungsskalierung in sinnvoller Kombination angewendet werden. Erhebung, Kategorisierung und Skalierung von Therapiezielen werden z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie mithilfe der Psy-BaDo (Heuft u. Senf 1998) eingesetzt. Darin definieren sowohl Patient als auch Therapeut zu Beginn der Therapie je bis zu fünf Therapieziele, die zum Behandlungsende hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt werden. Weiterhin erlaubt die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD, OPD-2; Arbeitskreis OPD 1996; Arbeitskreis OPD 2006) innerhalb eines multiaxialen Diagnosesystems erstens die Erschließung sowie Kategorisierung motivationaler Konflikte und zweitens die Definition von Schwerpunkten der psychodynamisch/psychoanalytischen Behandlung bezüglich bestimmter Konflikte und/oder Strukturaspekte.

Zielbezogene psychotherapeutische Interventionen

Wenn sich in einer psychotherapeutischen Behandlung herausstellt, dass dysfunktionale Ziele von Patienten für die Aufrechterhaltung der jeweiligen Problematik eine wichtige Rolle spielen, sollen diese auch zum möglichen Ziel therapeutischer Veränderungsbemühungen werden. Fasst alle Therapieschulen stellen Konzepte zur Veränderung von Zielen von Patienten bereit, auch wenn die jeweiligen Interventionen oft nicht explizit auf die Beeinflussung von Zielen bezogen sind (z. B. die Dis-

putation von „Ich-muss-...Sätzen“ in der kognitiven Therapie nach Ellis Ellis 1997). Bei den Ansätzen, die explizit die Veränderungen motivationaler Faktoren beabsichtigen, werden solche Veränderungen in der Regel darüber eingeleitet, dass mit dem Patienten zusammen ein Modell seiner – ihm bis dahin evtl. nicht ausreichend bewussten – Zielstruktur erarbeitet wird. Für einen solchen „Klärungsprozess“ können Therapeuten z. B. auf das Konzept der „Plananalyse“ (Caspar 1996) zurückgreifen. Diese gibt eine Anleitung, wie mit dem Patienten gemeinsam überlegt werden kann, welche Ziele hinter relevanten Verhaltensweisen und Gefühlen stehen bzw. mit welchen Plänen oder Zielen der Patient wichtige allgemeine Grundbedürfnisse (sensu Grawe 1998) zu befriedigen sucht. Durch weiteres Reflektieren darüber, welche Ziele diesen Zielen wiederum als Mittel dienen, entsteht dann eine hierarchische Zielstruktur als ein veränderungsvorbereitendes Modell des Zielsystems des Patienten. Dieses plananalytische Vorgehen kann ökonomisiert und durch den Einsatz des Fragebogens zur Erfassung motivationaler Schemata (FAMOS; Grosse Holtforth u. Grawe 2002) sowie des Inkongruenzfragebogens (INK; Grosse Holtforth et al. 2004) ergänzt werden. Die von Willutzki u. Koban (2004) entwickelte EPOS-Intervention kann ebenfalls zur Bewusstmachung vorhandener Ziele genutzt werden, und hat den Vorteil, dass über die imaginativ-holistische Herangehensweise besonders gut Emotionen aktiviert werden können; dies ist für die Klärung der Bedeutung einzelner Ziele oft sehr wichtig. Die EPOS besteht aus zwei Phasen: In der Phantasiephase werden durch eine Imaginationsübung (z. B. „Wie sieht Ihr Leben bei günstigem Verlauf in 15 Jahren aus?“) positive Perfektiven und Phantasien entwickelt. In der Auswertungsphase wird dann die entwickelte Zukunftsphantasie gemeinsam mit dem Patienten analysiert, um hieraus Ziele abzuleiten. Das Modell des Zielsystems des Patienten kann dann – wiederum zusammen mit dem Patienten – auf seine Funktionalität (z. B. Konflikthafte Ziele, ungenügende Mittel zur Zielerreichung, Anteil an Vermeidungszielen, intrinsische Motiviertheit der Ziele) hin analysiert werden. Gelingt es,

dem Patienten die dysfunktionalen Anteile in seinem Zielsystem bewusst zu machen, lassen sich anschließend Veränderungen im Zielsystem planen, die die negativen Konsequenzen reduzieren. Diese neu erarbeiteten Ziele können dann auf verschiedenen Wegen etabliert und weiter gestärkt werden (vgl. Berking 2005; Margraf u. Berking 2005). Mit dem Ansatz, beim Patienten zunächst ein Bewusstsein für sein Zielsystem zu schaffen und dann an der Optimierung der Funktionalität des Zielsystems zu arbeiten, kann die Vorgehensweise bei der Plananalyse und bei EPOS als exemplarisch für eine ganze Reihe weiterer Ansätze gesehen werden. Dazu zählen

1. die „self-system therapy“ (SST) von Vieth et al. (2003) zur Verbesserung der Zielverfolgung bei depressiven Patienten,
2. das „life goal programm“ von Bauer u. McBride (2003) für die Behandlung von depressiven bzw. bipolaren Störungen,
3. der „Motivational-counseling-Ansatz“ (SMC) von Cox u. Klinger (2004) zur Behandlung von Alkoholproblemen und
4. eine Kurzintervention von Sheldon et al. (2002) zur Verbesserung der Selbstkonkordanz und der Integration von Zielen.

Eine zentrale Rolle spielt der Aufbau neuer, intrinsischer und mit einer hohen Selbstverpflichtung versehener Ziele auch in der „acceptance and commitment therapy“ (ACT) von Hayes (Hayes et al. 1999) und – mit explizit „spirituellem Bezug“ – auch in der Logotherapie nach Frankl (Frankl 2002). Speziell auf die Bewusstwerdung von Zielen und Plänen zielt auch die zielorientierte Gesprächstherapie nach Sachse Sachse 1992.

In Bezug auf den Grad der empirischen Absicherung der positiven Effekte dieser Interventionen auf das Befinden von Patienten sind zwischen den einzelnen Ansätzen erhebliche Unterschiede zu verzeichnen. Während für die Logotherapie bislang keine Wirksamkeitsbelege vorliegen, konnte die Gesprächspsychotherapie die Effektivität in einem breiten klinischen Anwendungsbereich nachweisen (Wissenschaftlicher Beirat Psycho-

therapie 2002). Für die ACT liegen erste ermutigende Befunde in spezifischen Anwendungsfeldern vor (zusammenfassend Bach u. Hayes 2002; Hayes et al. 1999), ebenso für den SMC-Ansatz (zusammenfassend Cox u. Klinger 2004) und das Life goal programm (Bauer u. McBride 2003). Bei der Kurzintervention von Sheldon et al. (2002) ergaben sich positive Effekte auf das Befinden nur für Patienten mit ohnehin gut integrierten und selbstkonkordanten Zielsystemen. Die SST zeigte durchschnittlich gleich gute Effekte wie die kognitive Therapie, aber war bei Patienten, in deren Sozialisation die Verfolgung von Annäherungszielen vernachlässigt worden war, überlegen (Strauman et al. 2006).

Mithilfe der Plananalyse konnte gezeigt werden, dass depressive Patienten den Erfolg ihrer Therapien besser einschätzten, wenn die Interventionen der Therapeuten ihrer Planstruktur entsprachen (Caspar et al. 2005). Außerdem kann die Plananalyse als zentrales Element in der allgemeinen Psychotherapie nach Grawe Grawe 1998 angesehen werden. Und für diese wurde in der Untersuchung von Grosse Holtforth et al. (2007) gezeigt, dass sie in der Lage ist,

- die Ziele von Patienten zu verändern,
- gleichzeitig zu einer Verbesserung des Befindens der Klienten zu führen, und dass
- die Zielveränderungen mit den Verbesserungen des Befindens zusammenhängen.

Ähnliche Befunde hatten sich allerdings zuvor auch für die kognitive Verhaltenstherapie ergeben, die eine Veränderung des Zielsystems zwar nicht explizit in diesem Maß intendiert, diese aber dennoch bewirkt und auch zu einer besseren Erreichung wichtiger Ziele führt (Berking et al. 2003; Berking et al. 2003). Die allgemeine Psychotherapie zeigte jedoch stärkere Verringerungen interpersonaler Probleme im Vergleich zu einer kognitiv-behavioralen (bewältigungsorientierten) Therapie bei Patienten mit starken Vermeidungszielen (Grosse Holtforth et al. 2007). Insgesamt besteht in diesem Forschungsbereich noch ein großer Bedarf an Studien, die konkrete zielbezogene Intervention messen, die sowohl motivationale als auch emotional-

verhaltensbezogene Effekte differenziert erfassen, und die diese systematisch miteinander in Beziehung setzen.

Fazit für die Praxis

Die Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses aus der Zielperspektive ist auf der Grundlage der dargestellten Befunde lohnenswert und, gerade im Hinblick auf die derzeit im Bereich klinisch-psychologischer Forschung dominierenden rein störungsspezifischen Ansätze, eine wichtige Ergänzung. Eine Stärke der Zielforschung besteht darin, dass sie ein Beispiel darstellt, wie sich Grundlagenforschung und klinische Forschung gegenseitig befruchten können. Die dargestellten Befunde sprechen dafür, sowohl die expliziten Therapieziele als auch die allgemeinen Lebensziele des Patienten kontinuierlich bei der Abklärung, im Rahmen der Therapieplanung und über den gesamten Therapieverlauf hinweg zu berücksichtigen. Neben der Arbeit an expliziten Therapiezielen sollten auch dysfunktionale Aspekte von Lebenszielen, wie geringe Erfolgsaussichten oder unzureichende Passung zu den Motiven und Bedürfnissen der Person, therapeutisch bearbeitet werden. Auf der Grundlage der Befunde zur inhaltlichen Ausrichtung von Zielen erscheint es möglicherweise günstig, stärkeren Einfluss auch auf die inhaltliche Ausrichtung der Patientenziele zu nehmen. So sollten Patienten, die einseitig hedonistische und materialistische Ziele verfolgen, ermutigt werden, Zielperspektiven zu erarbeiten, die „über sie selbst hinausweisen“ (Schmuck u. Sheldon 2001). Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, mit dem Patienten in einen Diskurs über seine Zielausrichtung zu treten, der die Autonomie des Patienten bewahrt und ein „Überstülpen“ von Lebensvorstellungen des Therapeuten verhindert. Die Zielgerichtetheit des Menschen ist aber nur ein – wenn auch wichtiger – Aspekt menschlichen Lebens. Das Streben nach Zielen impliziert indirekt eine Zukunftsgerichtetheit, bei der die Gefahr besteht, das konkrete Leben im Hier-und-Jetzt aus den Augen zu verlieren bzw. nur noch im Sinne seiner Funktionalität

für die Zielerreichung (d. h. „Wie nützlich ist meine Gegenwart für die Zukunft?“) zu betrachten (s. hierzu neuere acht-samkeitbasierte Ansätze; Heidenreich u. Michalak 2003; Heidenreich u. Michalak 2004; Kabat-Zinn 2003; Michalak u. Heidenreich 2005). In diesem Sinne sollte die Zielperspektive – auch in der Therapie – den ihr gebührenden wichtigen Stellenwert erhalten. Gleichzeitig sollten aber auch die Grenzen dieser Perspektive bedacht werden, sodass Vitalität, Zielfreiheit und Spontaneität den ihnen gebührenden Platz erhalten können.

Korrespondierender Autor

PD Dr. Johannes Michalak
Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum
micha@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

- Ambühl H, Strauß B (Hrsg) (1999) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th edn. APA, Washington DC
- Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Huber, Bern
- Arbeitskreis OPD (2006) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik, OPD 2. Huber, Bern
- Bach P, Hayes SC (2002) The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalisation of psychotic patients. A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 70: 1129–1139
- Bauer MS, McBride L (2003) Structured group therapy for bipolar disorder: the life goals program. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Berking M (2005) Beeinträchtigungen der Psychotherapiemotivation. In: Lutz W, Kosfelder J, Joorman J (Hrsg) Ungünstige Behandlungsverläufe rechtzeitig erkennen und daraus lernen. Huber, Bern
- Berking M, Jacobi C, Masuhr O (2001) Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 2: 259–272
- Berking M, Grosse Holtforth M, Jacobi C (2003a) Reduction of incongruence in inpatient psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* 10: 86–92
- Berking M, Grosse Holtforth M, Jacobi C (2003b) Veränderungen klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer kognitiven Verhaltenstherapie. *Z Psychother Psychosom Med Psychol* 53: 171–177
- Berking M, Grosse Holtforth M, Jacobi C, Kröner-Herwig B (2004) Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy. *Psychother Res* 15(3): 316–324
- Brunstein J, Maier GW (2002) Das Streben nach persönlichen Zielen: emotionales Wohlbefinden und proaktive Entwicklung über die Lebensspanne. In: Thomä H (Hrsg) Persönlichkeit und Entwicklung. Beltz, Weinheim, S 157–189

- Brunstein JC (1993) Personal goals and subjective well-being: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol* 65: 1061–1070
- Brunstein JC (1999) Persönliche Ziele und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. *Z Diff Diagn Psychol* 20: 58–71
- Brunstein JC, Lautenschlager U, Nawroth B et al. (1995) Persönliche Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Z Diff Diagn Psychol* 16: 1–10
- Brunstein JC, Schultheiss OC, Graessmann R (1998) Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *J Pers Soc Psychol* 75: 494–508
- Caspar F (1996) Beziehungen und Probleme verstehen, 2. Aufl. Huber, Bern
- Caspar F, Grossmann C, Unmüssig C, Schramm E (2005) Complementary therapeutic relationship: therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychother Res* 15: 91–102
- Cohen P, Cohen J (1996) Life values and adolescent mental health. Erlbaum, Mahwah NJ
- Cohen P, Cohen J (2001) Life values and mental health in adolescence. In: Schmuck P, Sheldon KM (eds) Life goals and well-being: towards a positive psychology of human striving. Hogrefe, Seattle, pp 167–181
- Cox WM, Klinger E (1988) A motivational model of alcohol use. *J Abnorm Psychol* 97: 168–180
- Cox WM, Klinger E (1990) Incentive motivation, affective change, and alcohol use: a model. In: Cox WM (ed) Why people drink: parameters of alcohol as a reinforcer. Amereon, New York, pp 291–314
- Cox WM, Klinger E (2002) Motivational structure relationships with substance use and processes of change. *Addict Behav* 27: 925–940
- Cox WM, Klinger E (2004) Systematic motivational counseling: the Motivational Structure Questionnaire in action. In: Cox WM, Klinger E (eds) Handbook of motivational counseling: motivating people for change. Wiley, London, pp 217–237
- Cox WM, Schippers GM, Klinger E et al. (2002) Motivational structure and alcohol use of university students across four nations. *J Stud Alcohol* 63: 280–285
- Driessen M, Sommer B, Röstel C et al. (2001) Therapieziele in der Psychologischen Medizin – Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Z Psychother Psychosom Med Psychol* 51: 239–245
- Elliot AJ, Thrash TM (2002) Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *J Pers Soc Psychol* 82: 804–818
- Ellis A (1997) Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Emmons RA (1986) Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. *J Pers Soc Psychol* 51: 1058–1068
- Faller H (2000) Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Z Psychother Psychosom Med Psychol* 50: 292–300
- Faller H, Goßler S (1998) Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48: 176–186
- Frankl VE (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Beltz, Weinheim
- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Grosse Holtforth M (2001) Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltensther Psychosoz Prax* 33: 241–258
- Grosse Holtforth M, Grawe K (2000) Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Z Klin Psychol Psychother Forsch Prax* 29: 170–179
- Grosse Holtforth M, Grawe K (2002) Bern inventory of treatment goals (BIT), part 1: development and first application of a taxonomy of treatment goal themes (BIT-T). *Psychother Res* 12: 79–99
- Grosse Holtforth M, Grawe K (2002) Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) – Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
- Grosse Holtforth M, Grawe K (2003) Der Inkongruenzfragebogen (INK) – Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Z Klin Psychol Psychother* 32: 315–323
- Grosse Holtforth M, Grawe K, Tamcan Ö (2004) Der Inkongruenzfragebogen (INK) – Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
- Grosse Holtforth M, Reubi I, Ruckstuhl L et al. (2004) The value of treatment goals in the outcome evaluation of psychiatric inpatients. *Int J Soc Psychiatry* 50: 80–91
- Grosse Holtforth M, Grawe K, Egger O, Berking M (2005) Reducing the dreaded: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychother Res* 15(3): 261–271
- Grosse Holtforth M, Grawe K, Fries A, Znoj H (2007) Inkonsistenz als differentielles Indikationskriterium in der Psychotherapie – Eine randomisierte kontrollierte Studie. (im Druck)
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999) Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavioral change. Guilford, New York
- Heidenreich T, Michalak J (2003) Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 13: 264–274
- Heidenreich T, Michalak J (Hrsg) (2004) Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. DGVT, Tübingen
- Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: das Manual zur Psy-BaDo. Thieme, Stuttgart
- Hill CE, Lambert MJ (2004) Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. In: Lambert MJ (ed) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 84–135
- Kabat-Zinn J (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 10: 144–156
- Karoly P, Anderson CW (2000) The long and short psychological change: toward a goal-centered understanding of treatment durability and adaptive success. In: Snyder CR, Ingram RE (eds) Handbook of psychological change. Wiley, New York, pp 154–176
- Kasser T, Ryan RM (1993) A dark side of the American dream: correlates of financial success as a central life aspiration. *J Pers Soc Psychol* 65: 410–422
- Kasser T, Ryan RM (1996) Further examining the American dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Pers Soc Psychol Bull* 22: 280–287
- Kasser T, Ryan RM (2001) Be careful of what you wish for: optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. In: Schmuck P, Sheldon KM (eds) Life goals and well-being: towards a positive psychology of human striving. Hogrefe, Seattle, pp 116–131
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) Goal attainment scaling: applications, theory, and measurement. Erlbaum, Hillsdale NJ
- Koestner R, Lekes N, Powers TA, Chicoine E (2002) Attaining personal goals: self-concordance plus implementation equals success. *J Pers Soc Psychol* 83: 231–244
- Kordy H, Hannover W (1999) Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In: Ambühl H, Strauss B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, S 75–90
- Maier GW, Brunstein JC (2001) The role of personal work goals in newcomers' job satisfaction and organizational commitment: a longitudinal analysis. *J Appl Psychol* 86: 1034–1042
- Man F, Stuchlikova I, Klinger E (1998) Motivational structure of alcoholics and nonalcoholics. *Czech men. Psychol Rep* 82: 1091–1106
- Margraf M, Berking M (2005) Mit einem „Warum“ im Herzen lässt sich fast jedes „Wie“ ertragen: Konzeption und empirische Evaluation eines psychotherapeutischen Entscheidungsstraining. *Verhaltenstherapie* 12: 254–262
- McClelland DC, Koestner R, Weinberger J (1989) How do self-attributed and implicit motives differ? *J Pers Soc Psychol* 96: 690–702
- Michalak J, Heidenreich T (2005) Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen: die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie. *Psychotherapeut* 50: 415–422
- Michalak J, Heidenreich T, Hoyer J (2004) Goal conflicts – Concepts, findings and consequences for psychotherapy. In: Cox WM, Klinger E (eds) Handbook of motivational counseling. Motivating people for change. Wiley, London, pp 83–98
- Michalak J, Klappheck M, Kosfelder J (2004) Personal goals of psychotherapy patients: the intensity and the „why“ of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychother Res* 14: 193–206
- Michalak J, Grosse Holtforth M, Veith A (2005) Wo soll's denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In: Kosfelder J, Michalak J, Voccks S, Willutzki U (Hrsg) Fortschritte der Psychotherapieforschung. Hogrefe, Göttingen, S 49–80
- Michalak J, Püschel O, Joormann J, Schulte D (2006) Implicit motives and explicit goals: two distinctive modes of motivational functioning and their relations to psychopathology. *Clin Psychol Psychother* 13: 81–93
- Pöhlmann K (1999) Persönliche Ziele: Ein neuer Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 45: 14–20
- Pöhlmann K, Brunstein JC (1997) Goals: ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostica* 43: 63–79
- Püschel O, Michalak J, Schulte D (2005) Be careful of what you strive for – The significance of motive-goal congruence for depression (abstract). Paper presented at the international congress of Society for Psychotherapy Research (SPR). Lausanne, Switzerland
- Ryan RM, Deci EL (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 55: 68–78
- Ryan RM, Sheldon KM, Kasser T, Deci EL (1996) All goals are not created equal: an organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In: Gollwitzer PM, Bargh JA (eds) The psychology of action: linking cognition and motivation to behavior. Guilford, New York, pp 7–26

- Sachse R (1992) Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Schmuck P, Sheldon KM (eds) (2001a) Life goals and well-being: towards a positive psychology of human striving. Hogrefe, Seattle
- Schmuck P, Sheldon KM (2001b) Suggestions for healthy goal striving. In: Schmuck P, Sheldon KM (eds) Life goals and well-being: towards a positive psychology of human striving. Hogrefe, Seattle, pp 216–230
- Schmuck P, Kasser T, Ryan RM (2000) Intrinsic and extrinsic goals: their structure and relationship to well-being in German and U.S. college students. Soc Indic Res 50: 225–241
- Schulte-Bahrenberg T (1990) Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg. Centaurus, Pfaffenweiler
- Sheldon K (2001) The self-concordance model of healthy goal striving: when personal goals correctly represent the person. In: Schmuck P, Sheldon KM (eds) Life goals and well-being: towards a positive psychology of human striving. Hogrefe, Seattle, pp 18–36
- Sheldon K, Elliot AJ (1999) Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. J Pers Soc Psychol 76: 482–497.
- Sheldon K, Houser-Marko L (2001) Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: can there be an upward spiral. J Pers Soc Psychol 80: 152–165
- Sheldon KM, Kasser T, Smith K, Share T (2002) Personal goals and psychological growth: testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. J Pers 70: 5–31
- Speierer GW (1994) Das differentielle Inkongruenzmodell: Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Asanger, Heidelberg
- Strauman TJ, Vieth AZ, Merrill KA et al. (2006) Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: a randomized comparison with cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 74(2): 367–376
- Vieth AZ, Strauman TJ, Kolden GG et al. (2003) Self-system therapy (SST): a theory-based psychotherapy for depression. Clin Psychol Sci Pract 10: 245–268
- Wadsworth M, Ford DH (1983) Assessment of personal goal hierarchies. J Counsel Psychol 39: 514–526
- Willutzki U, Koban C (2004) Enhancing motivation for psychotherapy: the elaboration of positive perspectives (EPOS) to develop patients' goal structure. In: Cox M, Klinger E (eds) Handbook of motivational counseling. Wiley, New York, S 337–356
- Winter DG (1994) Manual for scoring motive imagery in running text, version 4.2. Department of Psychology, University of Michigan
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2002) Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie. <http://www.wbpsychotherapie.de/STFRamesetOhneRand/index.html?/Homepage/Pub/10Gutstell/11Gespraech2doc/>. Cited 16 Nov 2006
- Zielke M (1999) Direkte und indirekte Veränderungsmessung bei Interventionsansätzen – Methoden und Ergebnisse. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 45: 3–13

Saarbrücker Gedächtnisforscher dem Erinnern auf der Spur

Belege für Zwei-Prozess-Theorie

Wie das Erinnerungsvermögen des Gehirns genau funktioniert, ist in der Gedächtnisforschung noch immer umstritten. Auf der einen Seite gibt es Modelle, nach denen das Wiedererkennen durch eine Reaktivierung einer Gedächtnisspur zustande kommt. Andererseits wurden Modelle entwickelt, sog. „Zwei-Prozess-Theorien“, die davon ausgehen, dass das Wiedererkennen auf zwei unterschiedlichen Gedächtnisprozessen – Vertrautheit und bewusstem Wiedererkennen – basiert. Mit einem von Neuropsychologen der Universität des Saarlandes entwickelten Verfahren lassen sich diese beiden Teilaspekte des Wiedererkennens nun getrennt untersuchen. Dazu wurden die Versuchsteilnehmer gebeten, sich die Gesichter von zwei Personen oder zwei verschiedene Aufnahmen des Gesichts derselben Person einzuprägen. Während der Bearbeitung dieser Gedächtnisaufgaben wurde bei den Versuchsteilnehmern die Gehirnaktivität aufgezeichnet. Die Ergebnisse zeigten, dass Erinnerungen über zwei verschiedene Erinnerungswege hergestellt werden. Beim Wiedererkennen der Aufnahmen zweier Personen fand sich im Gehirn ein zeitlich später Gedächtniseffekt über dem Scheitellappen. Dieser Effekt spiegelt das rekolektionsbasierte, bewusste Wiedererkennen von früheren Ereignissen wider. Dagegen zeigten die Hirnstrommessungen beim Wiedererkennen der beiden Aufnahmen derselben Person ausschließlich einen zeitlich frühen Gedächtniseffekt über dem Stirnlappen (Vertrautheit). Also geht die eine Erinnerungsform nur mit einem bestimmten Gedächtniseffekt einher, nicht aber mit einem anderen, während für die andere Erinnerungsform genau das Umgekehrte gilt. Das Gedächtnis arbeitet also nach einem ökonomischen Prinzip: Situationen und zusammengehörende Merkmale können von unserem Gehirn schnell und ohne großen Aufwand als vertraut eingeordnet werden. In Situationen, in denen solche Vertrautheitssignale nicht zur Verfügung stehen, werden unter höherem Aufwand Verknüpfungen verschiedenster Merkmale aus dem Gedächtnis abgerufen.

Publikation:

Jäger T, Mecklinger A, Kipp KH (2006) Intra- and Inter-Item Associations Doubly Dissociate the Electrophysiological Correlates of Familiarity and Recollection. Neuron 52: 535–545

Quelle:

Universität des Saarlandes
<http://www.uni-saarland.de>