

Peer Abilgaard
Stefan Büchi
Sabine Claus
Cosima Locher
(Hrsg.)

Gute Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ein Wegweiser für den Berufseinstieg

17 Praktische Aspekte guter Therapie

Sebastian Haas

17.1 Das soziale Umfeld beachten: Angehörige und Beruf

17.1.1 Einleitung

Dass wir als Therapeut:innen das soziale Umfeld beachten sollten, klingt für die einen banal, weil selbstverständlich, für andere eher abstrakt und „leicht gesagt“, denn meist ist die schwierige Frage nicht „ob“, sondern eher, „wozu“, „wann“ und „wie“ der Einbezug erfolgen soll. Berufsanfänger:innen haben oft großen Respekt vor den Mehrpersonen-Gesprächen: Einerseits aus Angst vor Überforderung in einem Mehrpersonen-Setting, andererseits weil sie organisatorisch aufwendig sind. Deshalb enthält dieses Kapitel ein Modell, welches Berufsanfänger:innen helfen kann, jederzeit die Übersicht zu behalten und sich im beruflichen Alltag effizient zu organisieren.

„Wer sind die Angehörigen?“

Die Menschen, mit denen wir es in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit zu tun bekommen, sind Einzelwesen und soziale Wesen zugleich. Das heißt, als Individuen befinden sie sich immer auch in einem (zumindest potenziellen oder meist tatsächlichen) Bezug zu Gemeinschaft(en) und zur Gesellschaft. Oder um es in anderen Worten zu sagen – unsere Klient:innen sind als Subjekte sozial eingebettet: Einerseits in familiären Gemeinschaften, als Kinder, Geschwister, in Paarbeziehungen, als Eltern oder entferntere Verwandte. Andererseits bestehen im Leben jedes Menschen erweiterte soziale und kulturelle Bezüge:

Hierzu zählen zum Beispiel die Arbeits- oder Ausbildungssituation oder die Wohnumgebung mit den Nachbarschaftsbeziehungen sowie erweiterte Helfersysteme oder Bezugspersonen. Gemeinsam ist den „angehörigen“ Menschen, dass sie in Beziehung stehen zum betroffenen Klienten, ihm oder ihr oft seit Jahren nahe stehen und damit wertvolle Beobachtungen zum diagnostischen und therapeutischen Prozess beisteuern können: Sie sind mit-betroffen von dessen/deren Erkrankung. Angehörige sind manchmal Teil des Problems der Betroffenen, meist aber auch Teil der Lösung. Gemäß dem ökologisch-systemischen Ansatz nach Willi (2005) verlaufen jegliche individuellen Veränderungen koevolutiv, d.h. sie haben wechselseitig Auswirkungen auf das Umfeld, welche wiederum auf den Betroffenen oder die Betroffene zurückwirken. Somit ist nicht nur der einzelne Mensch das Objekt der Betrachtung, sondern das ganze System, in dem er sich be-

Merke

Psychiatrisch-psychotherapeutisches Arbeiten findet immer in einem realen sozialen Kontext mit den entsprechenden Systembedingungen statt. Angehörige sind Mit-Betroffene und Beteiligte an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Problemen, aber auch deren potenzieller Lösungen. Das erweiterte Umfeld und somit die erweiterten Systembedingungen sollen deshalb stets wertschätzend berücksichtigt und wenn möglich in die Behandlung einbezogen werden.

wegt. Die Perspektive richtet sich auf bestehende Muster und Dynamiken in der Interaktion zwischen den Systemmitgliedern (Hoch, 2016). Daher ist der aktive Einbezug und die Wertschätzung des Umfeldes ein zentraler Pfeiler jeder Psychotherapie. Beziehungen „draußen“ gehen auch während und nach der Therapie weiter und sind mitunter ein wichtiger Faktor zur Genesung.

17.1.2 Das Matrixmodell

Um sich als Therapeut:in gut orientieren zu können, an welchen Frage- und Problemstellungen und mit welchen Zielsetzungen gearbeitet wird, bewährt sich nach einem jüngst beschriebenen Matrixmodell (Grünwald et al., 2020) die begriffliche Unterscheidung in „intrapersonal“, wenn es sich um Themen handelt, welche die Person selber betreffen (innerer Kontext) und „interpersonal“, wenn die angestrebten Ziele den äußeren Kontext betreffen und daher mit Vorteil im Mehrpersonensetting zu bearbeiten sind. Des Weiteren wird unterschieden, ob eine mehr klärende oder mehr bewältigende Zielsetzung (Grawe, 2000) gewünscht ist.

Interpersonale Fragestellungen betreffen das „Dazwischen“

Hauptziele bei interpersonalen Problemstellungen sind die Entwicklung einer kontextuellen Perspektive verbunden mit einer Aktivierung von systemischen Ressourcen und – wenn

zweckmäßig – einer Reorganisation des Paar- und Familiensystems oder der Lebens- und Kontextbedingungen (sog. erweitertes System). Wichtige Ziele auf der intrapersonalen Ebene im Einzelsetting sind die Förderung der Selbstwirksamkeit über die Aktivierung von Ressourcen und die Reflexion eigener Beziehungsmuster.

Auf die intrapersonale Ebene wird in den folgenden Kapiteln ausführlich eingegangen; deshalb fokussieren wir hier auf die interpersonale Ebene: Das „Inter“ steht lateinisch für das „Zwischen“, was durchaus wörtlich verstanden werden kann. Nach Koschorke (2014) sind insbesondere bei Paaren weniger die beteiligten Menschen als Individuen gefragt, sondern der Klient ist „die Beziehung“, denn alles was wir einem sagen, betrifft auch den anderen.

Für den äußeren Kontext unterscheiden wir zwei Zielgruppen:

1. Das Paar- und Familiensystem, bestehend aus Partner:innen, Kindern, Eltern, Geschwister und anderen Familienangehörigen.
2. Das erweiterte System, bestehend aus wichtigen außerfamiliären Bezugspersonen (Freunde, Bekannte etc.), Arbeitgeber:innen, Arbeitskolleg:innen sowie professionelle Helfer:innen z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Spitex-Pflege, Physiotherapie und Apotheke etc. oder auch Beistände und andere gesetzliche Vertreter:innen.

Eine erste Übersicht zur Einteilung interpersonalen Fragestellungen in Anlehnung an das Modell Methoden-Matrix von Grünwald et al. hilft dabei, sich zu orientieren (Tabelle 17-1).

Tabelle 17-1: Einteilung interpersonalen Fragestellungen (in Anlehnung an das Modell Methoden-Matrix von Grünwald et al.)

| Ebene | Interpersonale Fragestellung (äußerer Kontext) | |
|------------|--|---|
| Zielgruppe | 1. Paar-/Familiensystem | 2. Erweitertes System |
| Fokus | Klärung | Bewältigung |
| Ziel | System- und Ressourcenaktivierung sowie ggf. Reorganisation des Paar-/ Familiensystems | System- und Ressourcenaktivierung sowie ggf. Reorganisation des erweiterten Systems |

Zur 1. Zielgruppe: Familienangehörige und Lebenspartner:innen sollten ganz selbstverständlich in die Behandlung mit einbezogen werden, weil sie den Betroffenen meist lange und am besten kennen und die Krankheitssymptome oft besser einschätzen können als wir Professionellen. Auch vermögen sie wesentlich zur Rückfallprävention beizutragen und lernen dank der offenen Gespräche mit der Erkrankung ohne Scheu und Scham umzugehen. Der Fokus liegt bei den Gesprächen zunächst auf der Klärungsebene. Das Ziel der Therapeut:innen ist es, die unterschiedlichen Perspektiven der Systemmitglieder, d. h. deren „Wirklichkeiten“, verstehen zu lernen, um diese im Verlauf der Therapie dann aktiv mit einzubeziehen.

Fallvignette

Herr M., 56-jährig, Jurist befindet sich in einer seit vier Monaten andauernden Depression und steht zum zweiten Mal in stationärer Behandlung. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 19 und 17 Jahren. Bisher hatten erst zwei Paargespräche stattgefunden. Vor dem Einbezug seiner Kinder hatte sich der Patient bisher v. a. aus Schamgefühl gefürchtet, sieht nun aber den Sinn in einem verbesserten Verständnis füreinander und wünscht sich ein moderiertes Gespräch. Der Patient und sein Therapeut sind gemeinsam Gastgeber für das auf 90 Minuten Dauer geplante Familiengespräch, zu dem er seine Familienmitglieder selber einlädt und eingangs seine Wünsche und Erwartungen an das Treffen formuliert. Der Therapeut moderiert das Gespräch und nimmt dabei bewusst eine Doppelrolle ein: Einerseits als „Anwalt“ an der Seite des Patienten und andererseits als neutraler Beobachter und Vermittler. Zunächst befragt er „die Gäste“ je nach ihren eigenen Wünschen und Erwartungen oder Befürchtungen, ob und wie sich das Treffen positiv oder auch negativ auswirken könnte, z. B.: „Wofür würde es sich für Sie gelohnt haben, heute hier zusammenzutreffen?“ Dann bittet er die Anwesenden einzeln, ihre Beobachtungen zur

Situation mit dem erkrankten Familienmitglied zu teilen. Hierbei kommen auch zirkuläre Fragetechniken zum Einsatz. Im zweiten Teil des Gesprächs werden Hypothesen formuliert, wie sich die Situation verbessern (oder gar verschlechtern) könnte und wer der Beteiligten in welcher Form dazu beitragen könnte. Es werden z. B. verbindliche und von allen mitgetragene Vereinbarungen über den Ablauf der gemeinsam zu verbringenden Wochenenden getroffen. Der Therapeut bewahrt eine konsequent allparteiliche und lösungsorientierte Haltung. Er geht auch auf Fragen der Systemmitglieder ein, wenn er als „Experte“ angesprochen wird, wenn es beispielsweise um die Prognose, therapeutische oder medikamentöse Fragen und Strategien geht. Abschließend fasst der Therapeut die Ergebnisse des Familiengesprächs zusammen, überprüft, ob die Erwartungen erfüllt wurden, bedankt sich zuletzt bei allen Beteiligten für ihre wertvollen Beiträge. Nach dem Gespräch wertet er die Ergebnisse zusammen mit dem Patienten aus. In einer späteren Phase der Behandlung kommt es zu einem weiteren Paargespräch, bei dem mehr die Beziehungsebene im Fokus steht.

Diese Art von Angehörigengesprächen wird meist als hilfreich und entlastend erlebt, da sich die betroffenen Angehörigen oft erstmals gehört und ernstgenommen fühlen. Paar- und Familiensysteme, welche „aktiviert“ werden können, d. h. einer Einladung zum gemeinsamen Gespräch folgen, sollten grundsätzlich als Ressourcen betrachtet werden. Das heißt, sie bringen die Fähigkeit mit, etwas Klärendes und meist auch Nutzbringendes zur gesundheitlichen Situation des oder der Betroffenen beizutragen. Für das praktische Vorgehen hat es sich bewährt, dass die Betroffenen ihre Angehörigen möglichst selbst zum Gespräch einladen und sich damit als „Co-Gastgeber“ positionieren. Damit bekunden sie einerseits ihr eigenes Interesse am gemeinsamen Gespräch und entlasten gleichzeitig die Therapeut:in vom organisatorischen Aufwand der Terminkoordination. Wie in der

Fallvignette erläutert, wird jedes Systemgespräch nach dem Joining mit einer Auftragsklärung eingeleitet, d.h.: „Wer der Beteiligten hat welche Fragen, Anliegen oder Erwartungen an das Gespräch?“ Bewährt hat sich als Einstiegsfrage auch die antizipierende Formulierung: „Wie müsste unser Gespräch verlaufen, damit Sie als Beteiligte am Ende das Gefühl hätten, es habe sich gelohnt oder umgekehrt, es wäre umsonst gewesen?“ Mit derlei hypothetischen Fragen lassen sich schon zu Beginn relevante Hoffnungen oder auch Befürchtungen erfassen, ohne bereits inhaltlich eingestiegen zu sein.

Praxistipps

Zum Reflektieren und/oder Erproben im nächsten Mehrpersonengespräch

Vor allem wenn die Beziehungen zwischen den Angehörigen konfliktuell sind, lohnt es sich gemäß Koschorke (2014) und eigener Erfahrungen, die Beziehungen selbst als „Klient“ der Beratung zu verstehen und bei den eigenen Interventionen möglichst viel Verständnis für die missliche Lage auszudrücken, z.B.: „Eujeuju! Da haben Sie ja wirklich ein großes Problem miteinander ...“ oder „Ah, ich verstehe – da sind Sie/das sehen Sie in ihrer Familie alle unterschiedlich“.

Es sollten die Themen oder Probleme jedoch möglichst nie einseitig formuliert werden, sondern stets so, dass beide Partner resp. alle am Konflikt Beteiligten in die Problembeschreibung einbezogen sind, z.B.: „Ich merke, Sie beide sind unglücklich“. Oder: „Da hat sich bei Ihnen in der Familie ja eine Menge angehäuft!“

Zur 2. Zielgruppe: Im Verlauf vieler Behandlungen, besonders in Institutionen der psychiatrischen Grundversorgung, sehen sich Therapeut:innen mit erweiterten Systemen, sogenannten „Helfersystemen“ konfrontiert, welche sich im Umfeld einer Klientin oder eines Klienten organisiert haben. Bei durch Komorbidität komplizierten und chronifizierten Verläufen kommt es sehr häufig vor, dass nach zwei bis drei Jahren solche Helfersysteme entstanden sind. Im guten

Fall bilden diese eine Art Schutznetz um den Erkrankten. Der Einbezug des Helfernetzes in die Behandlung ist vor allem dann angezeigt, wenn die sozialen Bedingungen der Klientin oder des Klienten starken Stress verursachen. Soziale Stressoren (z.B. Arbeitssituation, finanzielle Situation, rechtliche und Wohnsituation, Berentungs-Fragen) erschweren oder verunmöglichen bisweilen das psychotherapeutische Arbeiten im engeren Sinne (Auftragsklärung, Kompetenzerweiterung, Selbstreflexion). In diesem Fall sollten möglichst früh Sitzungen mit dem erweiterten System initiiert werden. Diese Art der Zusammenarbeit wird oft der sozialen Arbeit oder dem Case Management zugeschrieben. Junge Therapeut:innen sollen jedoch ermutigt sein, bei hohen sozialen Stressoren selbst die Verantwortung zu übernehmen und abzuklären, wie die erweiterten Systemressourcen aussehen und wie gut und zielführend diese zusammen funktionieren. Es gilt in Erfahrung zu bringen, wer welche Funktion hat und zu überlegen, wie diverse Akteure zu einer gemeinsamen kooperativen Haltung bewegt werden könnten. Hierbei liegt der Fokus eher auf der Bewältigungs- als auf der Klärungsebene.

Fallvignette

46-jährige Patientin, geschieden, lebt alleine; hat aber ihre zwei halbwüchsigen Kinder, deren Obhut sie mit ihrem Ex-Ehemann teilt, jede zweite Woche bei sich. Eine behördliche Beiständin fungiert als Ansprechperson für die Kinder und Vermittlerin zwischen den Eheleuten. Wegen ihrer chronifizierten Angstzustände geht die Patientin mit Ausnahme der Therapiestunden bei ihrer ambulanten Psychotherapeutin kaum aus dem Haus. Eine Nachbarin hilft ihr beim Einkaufen und den täglichen Verrichtungen im Haushalt, zeigt sich aber in letzter Zeit selbst belastet. Auch ein engagierter Hausarzt ist involviert, welcher neben der Patientin auch die Kinder medizinisch betreut. Während eines stationären Aufenthaltes werden alle professionell Beteiligten (Therapeutin, Beiständin, Hausarzt) zu

einer Helfersitzung eingeladen. Wiederum agiert der behandelnde Psychiater/Therapeut zusammen mit der Patientin als Gastgeber. Nach einer kurzen Einstiegsrunde zur gegenseitigen Vorstellung und Klärung der Rollen wird gemeinsam über Möglichkeiten der Optimierung in der Betreuung nachgedacht. Die Option einer psychiatrischen Spitex (gemeindebasierte ambulante Pflege) kommt ins Spiel. Diese soll die Patientin befähigen, ihren Haushalt wieder vermehrt selbständig zu führen und ihre Einkäufe möglichst unabhängig zu erledigen. Im Einverständnis mit der Patientin dürfen sich alle professionell Beteiligten in Zukunft zweckdienlich gegenseitig informieren. Wenn nötig oder erwünscht, fasst der Therapeut zum Schluss die gemeinsam getroffenen Vereinbarungen mündlich oder schriftlich zusammen.

ten Zielgruppe (Paar- und Familiensystem) lohnt es sich auch hier, die „Ressource Patient:in“ zu nutzen, indem sie oder er aktiv in die Organisation des Treffens eingebunden wird. Die Erfahrungen rund um die Pandemie-bedingten Kontaktbeschränkungen haben zudem gezeigt, dass sich solche Mehrpersonen-Gespräche erstaunlich gut auch digital (z. B. über Video- oder Telefonkonferenzen) durchführen lassen. Zu beachten ist hierbei, dass der Daten- und Persönlichkeitsschutz gewährleistet sein muss.

17.2 Klärung von Erwartungen und Therapiezielen

17.2.1 Wie gelange ich von der Problemklärung zum Auftrag?

Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „integrierter Versorgung“, d. h. der koordinierten Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher und nicht ärztlicher Fachpersonen auf freiwilliger Basis. Das Zusammenspiel aller am „Patientenpfad“ beteiligten Institutionen hat eine bessere Behandlungsqualität und höhere Kundenzufriedenheit zum Ziel: Die Patienten werden aktiv in die Entscheidungsfindung einbezogen, was ihre Selbstverantwortung steigert. Außerdem mobilisiert die Koordination von in einen Fall involvierten Helfern und deren Dienstleistungen am Patienten systemeigene Selbstheilungskräfte.

Durch Vernetzung der Lerneffekte im natürlichen Umfeld verbessert sich deren Kooperation und damit die Nachhaltigkeit der Ergebnisse, was in gewissen Fällen nicht nur notwendig, sondern nachgewiesenermaßen auch ökonomisch sinnvoll ist.

Solche wie oben beispielhaft beschriebene Treffen mit physischer Präsenz der erweiterten Systemmitglieder sind erfahrungsgemäß aufwendig zu organisieren und wegen Kapazitätsmangel nicht immer realisierbar. Wie bei der ers-

Menschen, die zu uns in Therapie kommen haben meist Probleme, die sie nicht selbst lösen können. Sie erwarten von uns als unabhängige Fachpersonen einerseits, besser verstehen zu lernen, woher ihre Probleme kommen (Klärungsperspektive), andererseits erwarten sie Hilfe dabei, wie sie mit ihren ungelösten Problemen besser umgehen können; sei es, dass sie ihre Probleme besser akzeptieren oder meist konkret, wie sie im Alltag anders damit umgehen können (Bewältigungsperspektive). Die Psychotherapie kann mit anderen Worten gemäß D’Zurilla (1986) als „gemeinsames Problemlösen von Therapeut und Klient“ verstanden werden. Dabei scheint es von entscheidender Bedeutung zu sein, dass Therapeut:in und Klient:in sich zu Beginn des Therapieprozesses auf übereinstimmende Erwartungen und Ziele festlegen, welche sie gemeinsam angehen und verfolgen möchten. Die Übereinstimmung der Ziele von Therapeut:in und Patient:in gilt gemäß Wampold und Imel (2018) wie in früheren Kapiteln bereits betont als bedeutender Wirkfaktor.

Um sich im anfangs oft verwirrenden Konstrukt von Erwartungen, Wünschen und Zielen seitens der Patient:in zurechtzufinden, lohnt

sich eine Unterscheidung der mnemotechnisch gut merkbaren „4 A's“ der Auftragsklärung, welche insbesondere in der systemischen Therapie hohen Stellenwert genießen. Hierbei kann nach Borst (2018) unterschieden werden

in: Anlass, Anliegen, Auftrag und Abmachung (Tabelle 17-2).

Zu Beginn ist es oft schwierig, die Erwartungen oder Veränderungswünsche der Patient:innen zu erheben; sei es, dass sich die Klient:innen

Tabelle 17-2: Die 4 A's der Auftragsklärung: Anlass – Anliegen – Auftrag – Abmachung.

| | Anlass | Anliegen | Auftrag | Abmachung (Kontrakt) |
|--|---|---|---|--|
| Definition | Ereignisse, die so viel Druck aufbauen, dass jemand Hilfe engagiert oder aufsucht | Erwartung oder Veränderungswunsch (oft nicht explizit geäußert) | Explizites Anliegen, Zuweisung einer aktiven Rolle an die Therapeut:in | Auftrag und Angebot passen zu einander; Vereinbarung über Modalitäten der Therapie |
| Beispiel-Fragen | <i>Was führt Sie her? Wer hatte die Idee dazu, dass Sie zu mir kommen? Warum suchen Sie gerade jetzt Hilfe?</i> | <i>Was soll sich verändern? Was soll gleichbleiben? Wobei kann ich Sie unterstützen? Was wäre ein gutes Ergebnis unserer Treffen?</i> | <i>Wie kann ich Sie unterstützen? Was erwarten Sie (konkret) von mir? Was sollte ich auf keinen Fall tun?</i> | <i>Welche Themen besprechen wir? Welche Ziele nehmen wir uns vor? Wie oft und jeweils wie lange werden wir zusammenarbeiten? Welche Regeln gelten für die Treffen?</i> |
| Haltung und Selbstreflexion seitens der Therapeut:in | Wertfreies Interesse an der Motivation und den Umständen der Kontaktaufnahme seitens der Patient:in | Behutsames Explorieren anhand des Leidensdrucks der Patient:in | Eigenen Beitrag konkret erfassen | Das Setting festlegen; Regeln bzgl. Kontaktnahme und Kommunikation mitteilen oder aushandeln |
| | <i>Danach: Verstehe ich den Anlass oder bleibt er unklar? Könnten neben der Patient:in selbst auch andere Menschen oder Instanzen zur Kontaktnahme beigetragen haben?</i> | <i>Danach: Kann ich das Anliegen der Patient:in nachvollziehen? Gibt es neben den offen geäußerten (expliziten) Anliegen auch implizite, verschwiegene Anliegen? Besteht neben der Selbst- auch eine Fremdmotivation?</i> | <i>Bin ich dazu bereit? D.h., kann und möchte ich den Auftrag des Pat.-Systems annehmen? Wenn nicht, was kann ich stattdessen anbieten?</i> | <i>Wie oft und wie lange kann und möchte ich die Patient:in sehen? Welche Erwartungen habe ich an die Patient:in?</i> |

BEL-257YE (2024-10-10 13:37)

ihrer Erwartungen noch nicht im Klaren sind oder sie gar nicht wissen, ob und was sich dank einer Therapie überhaupt verändern könnte.

Das behutsame Explorieren von Erwartungen oder Veränderungswünschen ohne vor-schnelle Übernahme von Verantwortung oder Auftrag gehört zu den größten Herausforderungen während der beginnenden Therapeuten-Laufbahn. Deshalb wird empfohlen, in dieser Phase der Weiterbildung wenn immer möglich supervisorische Begleitung in Anspruch zu nehmen.

Der amerikanische Psychotherapeut Steve de Shazer (2015) unterscheidet folgende Beziehungsrollen, die Patient:innen uns anbieten: Kunden, Klagende oder Besucher.

- **Kunden:** Geben Aufträge, übernehmen Verantwortung und wirken an der Problemlösung mit.
- **Klagende:** Geben dagegen keine Aufträge, denn sie sehen keine Veränderungsmöglichkeit.
- **Besucher:** Werden in die Therapie geschickt; sie sehen keine Probleme, haben keine Anliegen oder Aufträge.

Diese Unterscheidung mag zu Beginn hilfreich sein, um sich zu entlasten, erscheint aber auch fragwürdig angesichts des hohen Leidensdrucks der meisten Patient:innen, die Therapien aufsuchen.

17.2.2 Auftragsklärung als Prozess

Eine andere Herangehensweise sieht die Auftragsklärung eher als prozesshaftes Geschehen. Grünwald (2020) postuliert, dass Therapeut:in und Klient:in vor der konkreten Arbeit an den Problemen zunächst einen gemeinsamen Prozess der Problem- und Auftragsklärung durchlaufen sollten. Dieser Prozess kann in fünf Phasen unterteilt werden, welche jedoch im Regelfall oft nicht in linearer Abfolge durchlaufen werden (Abbildung 17-1).

Fallvignette

Vom Anliegen zum Kontrakt

Eine 60-jährige Patientin, welche schon mehrfach stationäre und ambulante Therapien in Anspruch genommen hat, kommt in stationäre Behandlung und beklagt im Eintrittsgespräch das Leid an ihrem drogenabhängigen Sohn. Sie liebt ihn, fühlt sich aber von ihm missbraucht. Zudem sei dieser an einer bipolaren Störung erkrankt. Sie benötige eine professionelle Person, die ihr zuhört und Verständnis habe für ihre verzweifelte Lage. Vor lauter Schuldgefühlen sei sie nicht mehr fähig, ihr eigenes Leben zu bewältigen.

Primäres Anliegen: Sie möchte „Jemand der zuhört und sie von ihren Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen befreit“.

Diesen Auftrag lehne ich freundlich, aber bestimmt ab, da mir insbesondere die Befreiung von Schuldgefühlen als unrealistisches Ziel erscheint. Stattdessen kann ich ihr anbieten, gemeinsam zu erkunden, welche Bedeutung ihre hartnäckigen Schuldgefühle haben, ggf. herauszufinden woher sie kommen und wie sie mit Ihnen einen konstruktiven Umgang finden kann. Auch der Sohn und ihr jetziger Partner sollen nach Möglichkeit aktiv in den Therapieprozess einbezogen werden. Die Patientin ist einverstanden und zeigt sich motiviert, die therapeutische Arbeit gemeinsam anzugehen. In einem ersten Schritt plant sie die Formulierung eines Briefes an den Sohn, in dem sie ihre persönlichen Gedanken und Gefühle mitteilen möchte.

Phase 1: Zunächst sollen das Problem geklärt und die evtl. divergierenden Problemperspektiven der beteiligten Systemmitglieder erfasst werden.

Phase 2: Danach folgt die gemeinsame Entwicklung von subjektiven Erklärungsmodellen der Beteiligten. Dies ist gemäß der kontextuellen Psychotherapie (Wampold & Imel, 2018) von besonderer Bedeutung und wird auch in der

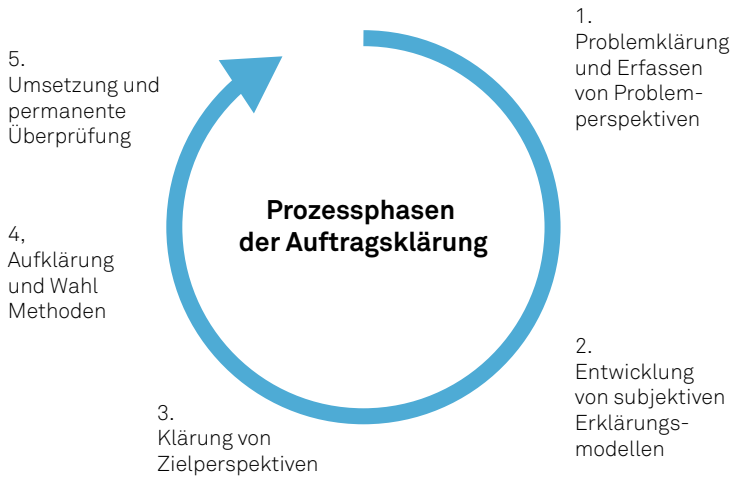


Abbildung 17-1: Prozessphasen der Auftragsklärung.

systemischen Therapie (Schlippe & Schweizer, 2012) im Sinne einer gemeinsamen Suche nach viablen, d. h. passenden und sinnstiftenden Erklärungen besonders betont.

Auch in der kognitiven Verhaltenstherapie wird dem Finden von plausiblen Erklärungen zur Verursachung und Aufrechterhaltung der Probleme Wichtigkeit beigemessen. Gemäß dem koevolutiven Modell (Willi, 2007) beinhalten gute Erklärungsmodelle im Kern einfache, sinnstiftende Entwicklungsanforderungen und -möglichkeiten, die aufgrund des aktuellen Symptom- und Problemverhaltens behindert, blockiert oder gar unmöglich gemacht werden.

Phase 3: Die Entwicklung von Zielperspektiven oder Zielklärung ist ein weiterer starker Wirkfaktor, der immer wieder belegt wurde. So ist die Qualität der Therapiezielsetzung Teil einer guten Arbeitsbeziehung (*Working Alliance*). Annäherungsziele („da möchte ich hin“) gelten bzgl. einer Verbesserung des Wohlbefindens als Erfolg versprechender im Vergleich zu Vermeidungszielen („davon möchte ich weg“). Im optimalen Fall werden Therapieziele nach den SMART-Kriterien formuliert (S = spezifisch, M = messbar, A = attraktiv, R = realistisch T = terminiert) und beziehen sowohl biologische als auch psychologische und soziale Aspekte mit ein.

Phase 4: Wenn es gelungen ist, mit der Patientin oder dem Patienten eine gemeinsame Problemdefinition, entsprechende Erklärungsmodelle und gemeinsame Zieldefinitionen zu erreichen, kann nun über die Aufklärung möglicher psychotherapeutischer Veränderungswege und Vorgehensweisen die gemeinsame Wahl der Methoden erfolgen.

Phase 5: Diese Phase beschreibt die Umsetzung und permanente Überprüfung: Im Sinne von Ist-Soll-Vergleichen sollte häufig und optimalerweise in definierten Zeitabständen überprüft werden, ob die Ziele weiterhin angemessen sind und ob bereits eine Veränderung im Sinne der Zielerreichung stattfindet (Grünwald, 2020).

17.2.3 PRISM-T: Visuelles Instrument zur Entwicklung von Therapiezielen

In Metaanalysen konnte gemäß Tryon und Winograd (2011) eine hohe Korrelation zwischen guter Therapiezielsetzung und Ergebniseffekten der Therapie festgestellt werden. Die Übereinstimmung in den Therapiezielen („Goal consensus“ zwischen Therapeut:in und Patient:in) weist mit einem Wert von 0,72 verglichen mit

anderen, allgemeinen Wirkfaktoren wie Allianz und Empathie die größte, aus Metaanalysen errechnete Effektstärke auf.

Um die Therapieziele gemeinsam zu erfassen, hat sich mit „PRISM“ (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) ein einfaches Visualisierungsverfahren bewährt (Büchi, 2010). Mit PRISM lässt sich allgemein der subjektive Leidensdruck von Krankheit und Schmerz erfassen, visualisieren und therapeutisch angehen. In einer Erweiterung der Anwendung namens „PRISM-T“ (T steht für Therapieziele und Evaluation) können individuelle Therapieziele einfach erfasst und die Ergebnisse der Therapie gemessen werden: Der Patient:in wird eine weiße (im Original metallene) A4-Platte (ihr Leben) mit einem fixen großen (im Original gelben) Kreis in deren rechten unteren Ecke (ihrem „Ich“) dargeboten (Abb. 17-2). Eine dunkle (im Original rote), kreisförmige und magnetische Scheibe wird als Repräsentanz des subjektiv erlebten Hauptproblems eingeführt.

Mit der Frage, welchen Platz ihr Hauptproblem (z.B. Angst) derzeit im Leben einnehme, wird die Patient:in aufgefordert, die dunkle Scheibe zu platzieren und damit die Distanz zwischen ihrem Ich und dem quälenden Hauptproblem zu bestimmen – als Maß der subjektiven

Belastung der Patient:in. Je näher das Hauptproblem beim „Ich“ der Patient:in ist, desto höher ist der Leidensdruck.

Im zweiten Schritt kann die subjektive Bedeutung der Platzierung (z.B.: Warum gerade dieses Problem? Wie zeigt es sich und warum gerade jetzt?) erfasst werden. Auf dieser Grundlage lässt sich nun einfach das „Problemziel“ erfassen, indem die dunkle Scheibe dorthin verschoben wird, wohin die Patient:in sich die Bewegung der Scheibe bei hypothetisch optimalem Therapieverlauf wünscht (Vermeidungsziel). Dies ist meist weiter entfernt vom „Ich“. Bewährt hat sich ein Zeithorizont von ca. drei Monaten. Zur Präzisierung kann dann gefragt werden, woran die Patient:in die gewünschte Veränderung konkret bemerken würde (z.B. „Ich möchte an fünf Tagen pro Woche angstfrei sein“) und was sie zu deren Erreichung benötigt (z.B. Exposition im öffentlichen Verkehr).

Danach wird eine zweite, blaue Scheibe eingeführt, um die wichtigste anzustrebende Ressource (z.B. Gesundheit) zu markieren (Abbildung 17-2). Hierbei handelt es sich sinngemäß um ein Annäherungsziel, welches bei (hypothetisch) optimalem Therapieprozess wiederum innert ca. drei Monaten von der Patient:in angestrebt wird und bei deren Zielerreichung sie

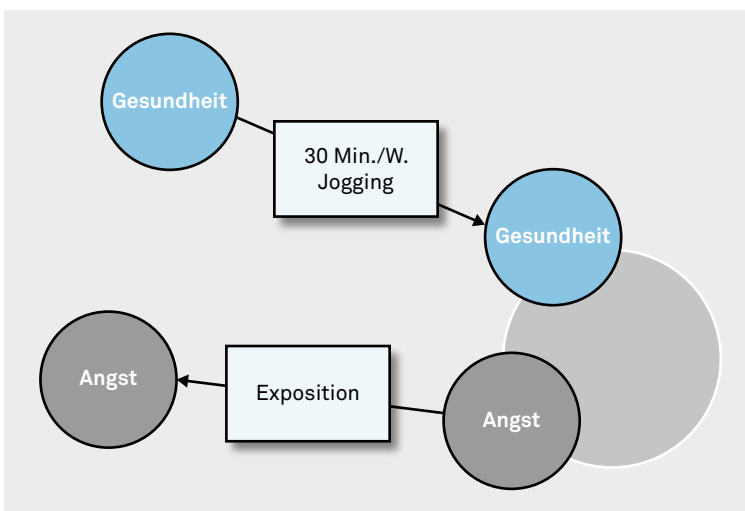


Abbildung 17-2: Beispiel PRISM-T-Anwendung anhand der IPrism-App.

auf unsere Unterstützung zählen darf (z. B. „Ich möchte wieder gesünder leben, indem ich mich täglich mindestens 30 Minuten bewege“).

Merke

Mithilfe des PRISM-Instrumentes kann die Klientin oder der Klient seinen aktuellen Zustand, d. h. seine „Wirklichkeit“ und mögliche Veränderungen haptisch d. h. konkret „erleben“.

Die Patient:in kann im Verlauf gemeinsam mit der Therapeut:in spielerisch Kontextvariablen verändern und ohne viel Anstrengung eine System- und Ressourcenaktivierung bewirken. Das Verfahren ist neu auch als Gratis-App „prism lite“ unter www.prismium.ch erhältlich. Es weist eine hohe Compliance auf und ermöglicht im Sinne eines kombinierten Prozess-Outcome-Ansatzes ein praxisnahes Qualitätsmonitoring, bei dem, wie Grünwald (2018) es beschreibt, eine Integration von Prozess- und Ergebnisqualität umgesetzt wird.

17.2.4 Fokus auf die non-verbale Kommunikation

Non-verbale Kommunikation, wie Mimik-Resonanz und Körpersprache, sollten v. a. zu Beginn einer Behandlung genau beobachtet werden. Sie können wichtige Hinweise darauf liefern, ob Patient:innen dem Gespräch noch folgen und die Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in ausreichend stabil ist, um weiter zu fragen. Wie ist das Kontaktverhalten? Achten Sie auf Irritationen und nutzen Sie diese als therapeutische Feedbackmöglichkeit – z. B., um sich wieder darauf abzustimmen, ob die Erwartungen resp. der Auftrag noch gültig oder eine Hypothese für die Patient:in anschlussfähig ist und der Überprüfung in einen Alltagstransfer standhält. Dem eigentlichen Beratungskontakt, dem Joining, dem Vertrauen, der Verbindlichkeit, der Neugier, der Wertschätzung und dem Humor sollten jederzeit eine hohe Priorität zukom-

men. Diese Art der Beziehungsgestaltung ist vor allem ausschlaggebend für den Erfolg einer therapeutischen Beratung (Hoch, 2016).

Die Art der Fragestellung hingegen ist wie nachfolgend weiter ausgeführt hilfreich, um neue Impulse zu geben, neue Sichtweisen zu ermöglichen und um in einer konstruktiven Weise in der Beratung weiterzukommen.

17.2.5 Kompass-Modell zur Orientierung in Phasen der Auftragsklärung

Nachfolgendes „Kompass“-Modell, das während meiner Dozententätigkeit mit Psychotherapie-Weiterbildungsteilnehmer:innen am Institut für Ökologisch-systemische Psychotherapie entstanden ist, stellt den Versuch einer Orientierungshilfe dar, um sich im Dickicht der Auftragsklärung, d. h. im zu Beginn oft komplexen Gesprächsgeschehen nicht zu verlaufen. Der Kompass kann den „bifokalen“ Blick fördern, d. h. die gleichzeitige Exploration von relevanten Problemzusammenhängen und der stetigen Suche nach der Verwirklichung einer Ziel- und Ressourcenperspektive. Einschränkend muss betont werden, dass dieses Kompass-Modell nicht den Anspruch erfüllen kann, eine für jeden Kontext gültige Gesprächs- und Denkstruktur zu bieten. Außerdem gründet sich das Modell auf dem systemischen Hintergrund, dessen Prämissen an dieser Stelle nur grob umrissen werden können: Systemische Fragen sind gemäß Hoch (2016) eine Technik. Sie sollen helfen, Informationen über ein System zu gewinnen. So kann zum Beispiel der „Wirklichkeitsgehalt“ von Hypothesen über ein Patienten-System von Therapeut:in und Patient:in im Gespräch überprüft werden, um damit für die Patient:in neue Wahlmöglichkeiten und Perspektiven zu eröffnen. Die Fragen sind oft „zirkulär“ und werden damit den Prozessen zwischenmenschlicher Beziehungen gerecht. Das tun sie, indem sie dazu anregen, die Sicht und Erlebensweisen direkt oder indirekt beteiligter dritter Personen eines Systems mit einzubeziehen.

Der „Kompass“ wird wegen seiner grafischen und inhaltlichen Komplexität in zwei aufeinander aufbauenden Abbildungen (Abbildung 17-3 und Abbildung 17-4) anschaulich erläutert. Zunächst orientiert sich der Kompass an einem Zeitstrahl, der von der Vergangenheit über die Gegenwart bis zur Zukunft führt (Abbildung 17-3).

Der Kreis wird ausgefüllt von zwei senkrechten Halbkreisen, welche für die Perspektive von

uns Therapeut:innen stehen. Der linke (graue) Halbkreis entspricht dem diagnostischen Fokus. Dieser besagt, dass sich diagnostische Fragen meistens auf Beobachtungen der Vergangenheit oder Gegenwart beziehen. Wir sprechen hier auch von der **Klärungsperspektive**, d.h. als Therapeut:innen orientieren wir uns, indem wir die Beschreibungen (handlungsbezogen), Erklärungen (kognitionsbezogen) oder Bewertungen (emotionsbezogen) der

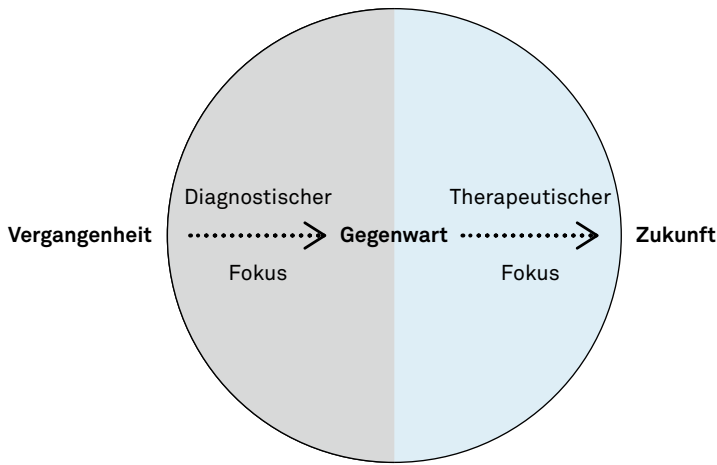


Abbildung 17-3: Kompass-Modell Ebene 1.

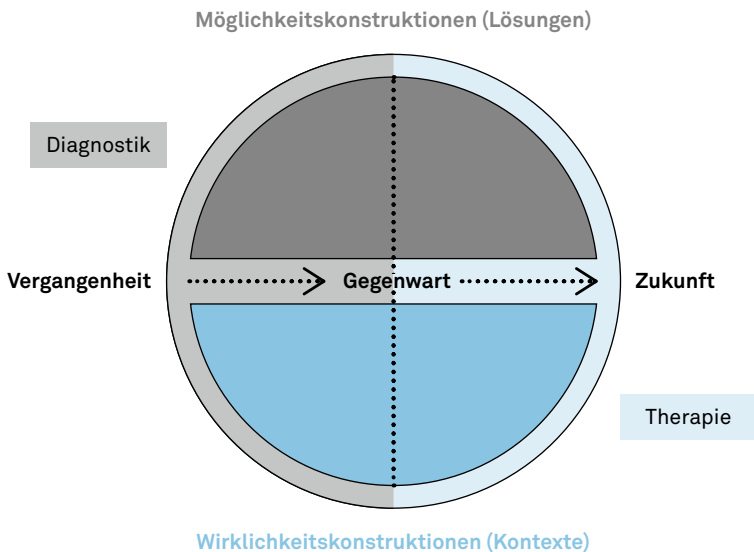


Abbildung 17-4: Kompass-Modell Ebene 2.

Patient:in für das zum Leiden führende Problem erfassen, um zu einer klinischen (z. B. gemäß der ICD- oder DSM-Nosologie) oder auf das System bezogenen Diagnose zu gelangen.

Der rechte (blaue) Halbkreis besagt, dass sich therapeutische Interventionen meistens auf die Gegenwart oder Zukunft beziehen. Wir sprechen hier auch von der **Bewältigungsperspektive**, d. h. als Therapeut:innen versuchen wir, die Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen der Patient:innen und deren Umfeld in zielfieldienlicher Weise zu beeinflussen.

In der folgenden, zweiten Darstellung des Kompass-Modells (Abbildung 17-4) werden als zusätzliche Orientierungshilfen zwei waagrechte Halbkreise (liegende Halbmonde) dargestellt, welche für die Perspektive unserer Patient:innen oder deren Angehörige (relevantes soziales Umfeld) stehen und die wir als Therapeut:innen im Prozess erfassen und nutzbar machen möchten. Zunächst bedarf es jedoch einiger Erklärungen zu einem wichtigen systemischen Paradigma, den Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen (Schlippe & Schweitzer, 2012):

„Ich bin frei, denn ich bin einer Wirklichkeit nicht ausgeliefert, sondern kann sie gestalten.“ (Paul Watzlawick)

Der amerikanische Kommunikationsforscher Paul Watzlawick beschreibt mit diesem Satz ein systemisches Paradigma, nämlich, dass „Wirklichkeit“ ein subjektiv konstruiertes Phänomen ist. Mit anderen Worten: Im systemischen Ansatz wird angenommen, dass jeweils verschiedene Wirklichkeiten existieren und es nicht nur eine „richtige“ Wirklichkeit gibt. In diesem Sinne wird von einer individuellen Wirklichkeitskonstruktion ausgegangen. Die Kenntnis „anderer Wirklichkeiten“, z. B. die von anderen Systemmitgliedern mit oft unterschiedlicher Perspektiven, schwächt die Absolutheit der subjektiven Wirklichkeit. Erst wenn die Wirklichkeitskonstruktion der Patient:in für uns als Therapeut:innen nachvollziehbar wird, kann eine

Veränderung angestoßen werden. Wer sich selbst seine Wirklichkeit konstruieren kann, kann auch seine neuen Möglichkeiten konstruieren: Dies führt zu Hypothesen, die im günstigen Fall die Möglichkeiten der Kommunikation, der Sichtweisen und der Spielräume innerhalb eines Systems konstruktiv, d. h. lösungsorientiert erweitern können.

Gemäß dem blauen, liegenden Halbmond im unteren Halbkreis (Abbildung 17-4) interessieren uns zunächst v. a. die erlebten „Wirklichkeiten“ der Patient:in, d. h. wie erlebt sie oder (in systemischer Sprache formuliert) wie „konstruiert“ sie die Wirklichkeit rund um ihr aktuelles Problem resp. Leiden?

Wie entstand ihr Wunsch nach Hilfe? Letzteres nennen wir den Auftragskontext. Was hat sie bisher schon probiert, um die Situation zu entschärfen? Was waren bisherige Lösungsversuche? Sind die Beschwerden immer gleich oder variieren sie im Tages- oder Wochenverlauf? Der Fokus liegt hier also auf den Kontexten, d. h. den Umständen der Problemstellung und Manifestation in der Vergangenheit und Gegenwart, seltener auch in die Zukunft gerichtet. Zur Vervollständigung aller relevanter Wirklichkeitskonstruktionen sollten neben der Perspektive der Patient:in auch die Wirklichkeiten von Angehörigen oder anderen relevanten Bezugspersonen erfasst werden. Formulierungsbeispiele finden sich in der Tabelle 17-3.

Gemäß dem dunklen, liegenden Halbmond im oberen Halbkreis interessieren wir uns neben den Wirklichkeiten auch für Lösungsmöglichkeiten, für die eine Patient:in oder deren relevantes soziales Umfeld im therapeutischen Prozess gewonnen werden können. Diese sogenannten Möglichkeitskonstruktionen eröffnen somit Perspektiven auf noch nicht verwirklichte Beziehungs- und Erlebensmöglichkeiten. Hierzu gehören lösungsorientierte Fragen, welche sich oft, aber nicht ausschließlich auf zukünftige, potenzielle Lösungskonstellationen beziehen. Sie haben oft schon therapeutischen Wert, können aber ebenfalls

diagnostische Informationen vermitteln (senkrechte Halbkreise). Fragen zur Möglichkeitskonstruktion beinhalten neben potenziellen Lösungen aber auch problemorientierte Verschlimmerungsfragen (nach dem Motto: „Wer etwas verschlimmern kann, kann es auch

verbessern!“). Folgende Fragetypen auf der Grundlage systemischer Interventionen haben sich in der praktischen, klinischen Tätigkeit bewährt, siehe Tabelle 17-3 (Haas, 2018).

In einem letzten didaktischen Schritt werden in der kompletten Kompassdarstellung die bei-

Tabelle 17-3: Systemische Interventionen in der Phase der Auftragsklärung.

| Systemische Intervention | Fragetypen und Beispiele |
|---|---|
| Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion | Zirkuläre Fragen/Unterschiedsfragen |
| Auftragskontext | „Wer hatte die Idee, hierher zu kommen?“ „Warum gerade jetzt?“ |
| Problemkontext | „Für wen ist das Problem, das Sie zu mir führt am größten, am kleinsten?“ „Was brodelt möglicherweise unter der Oberfläche?“ |
| Bisherige Lösungsversuche | „Wo und wann gab es schon Ausnahmen vom beklagten Zustand?“ „Was war bisher hilfreich, was war eher kontraproduktiv?“ |
| Unterschiede (Skalierungsfragen) | „Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stufen Sie (resp. Ihr Umfeld) die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung ein?“ |
| Fragen zur Möglichkeitskonstruktion | Hypothetische Fragen |
| Lösungsorientierte Fragen (= Verbesserungsfragen) | „Was wäre für eine mögliche Lösung wirklich wichtig?“ „Unter welchen Umständen würden Sie sich rundum glücklich und erfüllt fühlen?“ „Was möchten Sie in Ihrem Leben genau so behalten, wie es jetzt ist?“ |
| Problemorientierte Fragen (= Verschlimmerungsfragen) | „Was müssten Sie tun, um Ihr Problem zu verschlimmern, oder sogar, um es für immer zu behalten?“ „Welche Lösungsversuche werden mit Sicherheit scheitern?“ „Wie oder wodurch könnte Ihnen die Therapie auch schaden?“ |
| Kombinierte lösungs- und problemorientierte Fragen | „Was wäre der Vorteil/Nachteil daran, das Problem noch eine Weile zu behalten?“ „Was wäre ein guter Zeitpunkt, um sich von dem Problem zu verabschieden?“ „Wenn Ihre Probleme sich durch ein Wunder in Luft auflösen würden, woran würden Sie oder Ihr Umfeld dies merken?“ „Wenn Sie Ihr Problem schon längst gelöst hätten, es aber noch einmal auffrischen wollten, wie könnten Sie das tun?“ |

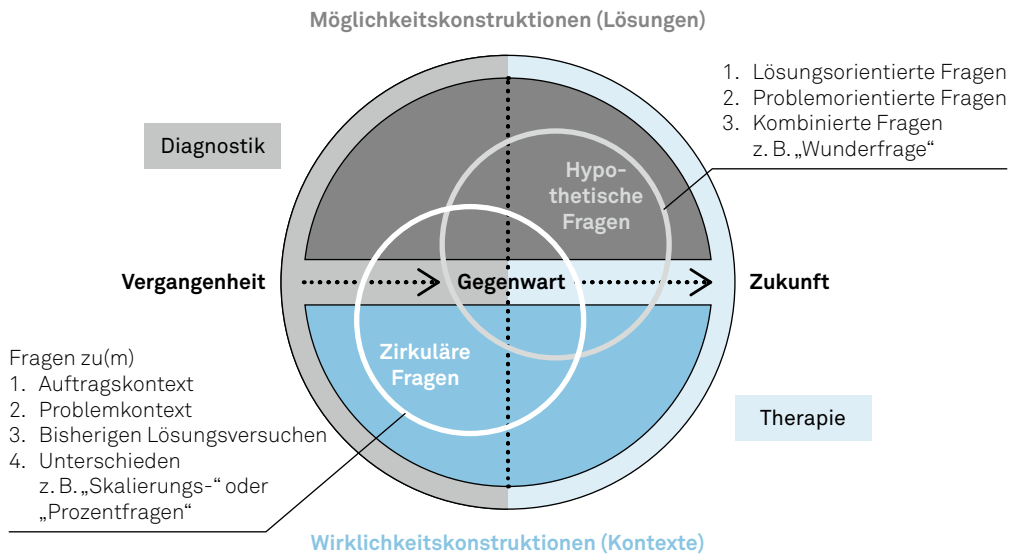


Abbildung 17-5: Kompass-Modell (komplett); Kompass zur Orientierung in der Phase der Auftragsklärung.

den Fragetypen (zirkulär und hypothetisch) den zuvor beschriebenen zwei senkrechten Halbkreisen und den zwei liegenden Halbmonden zugeordnet (Abbildung 17-5).

Der österreichische Kybernetiker Heinz von Förster weist zu Recht auf die Wichtigkeit hin, die Wahlmöglichkeiten von Klient:innen und Patient:innen zu vermehren. Das gilt besonders auch für zusätzliche Perspektiven im System. Besonders bewährt für die Exploration der unterschiedlichen Perspektiven (Wirklichkeitskonstruktionen) auf das Problem haben sich die „zirkulären“ Fragen. Hierbei fragen wir zum Beispiel die Patient:innen, was diese darüber denken, wie ihre Familienmitglieder ihr Problem beschreiben, erklären oder bewerten würden. Zirkuläre Fragen sind oft von diagnostischem Wert (diagnostische Perspektive: linker Halbkreis im Hintergrund), können im gut gewählten Fall aber auch schon therapeutisch wirksam sein (therapeutische Perspektive: rechter Halbkreis im Hintergrund).

Im Kompass-Modell dem „hellen Ring“ entsprechend, spielt sich der Ansatz der Zirkularität auf der Zeitachse v. a. in der Gegenwart und

Vergangenheit ab, dient dem diagnostischen Fokus und der Klärung von Problemen und reicht sowohl in den Bereich der Auftragsklärung als auch in die Bereiche der Wirklichkeits- und Möglichkeitenkonstruktion hinein (Tabelle 17-3).

Im systemisch-orientierten Interview wirken sich durch Zirkularität eröffnete Perspektiven hilfreich aus. Sie können Muster, Wechselwirkungen und Sinnzusammenhänge aufzeigen, aber auch „ökologische“ Auswirkungen von z. B. Verhaltensänderungen innerhalb eines Systems verdeutlichen. Für die Patient:innen kann dadurch eine Metaebene eröffnet werden, die eine angemessene „gefühlte“ Sicherheit für erste Gedankenexperimente im Rahmen der Möglichkeitenkonstruktion gewährleistet. Für diesen therapeutischen, zukunfts- und lösungsorientierten Blickwinkel haben sich die „hypothetischen“ Fragen besonders bewährt: Menschen entwickeln Hypothesen, überall, ständig, insbesondere allerdings im Rahmen von Beziehungen. Menschen in Systemzusammenhängen erwarten, dass die anderen Systemmitglieder in einer bestimmten Art und Weise reagieren, wenn ein bestimmtes

Verhalten gezeigt wird. Dasselbe gilt u. a. auch für die Bereiche Kommunikation und Emotionalität. Da es, wie beschrieben, unterschiedliche Wahrheiten geben kann, entstehen häufig interaktionale „Erwartungsdynamiken“: „Weil meine Frau mit mir schimpft, ziehe ich mich zurück“ vs. „Weil mein Mann sich so oft zurückzieht, schimpfe ich mit ihm“. Eine Hypothese könnte ganz im Sinne der Kompetenzfokussierung darauf ausgerichtet sein, dass dieser Mann durchaus in der Lage wäre, seiner Frau mitzuteilen und sogar zu erklären, warum solche „Phasen des Rückzugs“ für ihn wichtig sind. In der Möglichkeitskonstruktion wäre diese Option nun *kleinschrittig* und *im Konjunktiv* zu prüfen. Hypothetische Fragen beginnen meist mit „Angenommen, dass ...?“ oder „Was wäre, wenn?“; zum obengenannten Beispiel: „Angenommen, Sie wollten Ihrer Frau auf wertschätzende Art und Weise vermitteln, dass die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, für Sie eine besondere Bedeutung hat, welche Erklärungen könnte Sie gut annehmen?“

Zu einer Kombination der Fragetypen kommt es, wenn Hypothesen zirkulär überprüft werden, z. B.: „Angenommen, ich würde Ihre Frau fragen, was für Sie hilfreich sein könnte, um in Zukunft etwas weniger mit Ihnen zu schimpfen, welche Möglichkeiten würde Sie mir dann aufzählen?“

Besonders bewährt ist auch die Wunderfrage: „Angenommen, Sie würden eines Nachts von einer Fee besucht, welche die Fähigkeit hätte, Sie von ihrem Leid zu erlösen; woran würden Sie am Morgen danach merken, dass Ihr Problem nicht mehr da ist? Wer würde es außer Ihnen noch merken und woran? Was würden Sie vermissen?“ Aus den Antworten auf diese Fragen lassen sich oft neue Sichtweisen, kreative Lösungswege und gut passende, nächste Behandlungsschritte ableiten. Im Kompass-Modell dem „dunklen Ring“ entsprechend spielt sich der Ansatz des Hypothesisierens auf der Zeitachse v. a. in der Gegenwart und Zukunft ab, dient dem therapeutischen Fokus und der Bewältigung von Problemen und reicht vom Be-

reich der Möglichkeitskonstruktion in den Bereich der Wirklichkeitskonstruktion hinein (vgl. Tabelle 17-3).

Zusammenfassung

Zu Beginn der Therapie werden die Erwartungen der Patientin oder des Patienten erfasst. Da die Anliegen der Klient:innen zu Beginn oft jedoch noch nicht so explizit sind, als dass sie sich als Auftrag oder als Therapieziel formulieren ließen, ist die gemeinsame Erarbeitung des Auftrags bereits Teil des Prozesses, und sollte im Verlauf der Behandlung regelmäßig überprüft werden.

Die „4 A's“, Prozessmodelle, ein Instrument zum Erfassen von Therapiezielen (PRISM-T) sowie das „Kompass-Modell“ helfen während der Auftragsphase, sich zu orientieren, Therapieziele auszuhandeln und im Verlauf des Therapieprozesses die Zielerreichung zu evaluieren.

Merke

Oft werden durch die Patient:in oder die Therapeut:in zu große Ziele in zu kurzer Zeit gesteckt. Es lohnt sich, für einen erfolgreichen Therapieprozess zunächst kleinere, realistische Zwischenziele zu finden, diese mit der Patient:in erfolgreich zu verwirklichen und damit die Selbstwirksamkeit und weitere Therapiemotivation zu stärken.

Literatur

- Borst, U. (2018). In K. von Sydow und U. Borst (Hrsg.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 115–122). Weinheim: Beltz.
- Büchi, S., Straub, S. & Schwager, U. (2010). Shared decision-making and individualized goal setting—a pilot trial using PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) in psychiatric inpatients. *Praxis*, 99(24), 1467–1477. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000320>
- De Shazer, S. (2015). *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie* (13. Aufl.). Heidelberg: Auer.

- D' Zurilla, T.J. (1986). *Problem-Solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Pub.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grünwald, H. (2018). In K. von Sydow und U. Borst (Hrsg.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 142–151). Weinheim Basel: Beltz.
- Grünwald, H., Held, T. & Horni, B. (2020). *Die Methoden-Matrix der Psychotherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Haas, S. (2018). In K. von Sydow & U. Borst (Hrsg.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 529–540). Weinheim, Basel: Beltz.
- Hoch, R. (2016). *400 Fragen für systemische Therapie und Beratung – von Auftragsklärung bis Möglichkeitskonstruktion*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Koschorke, M. (2014). *Keine Angst vor Paaren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tryon, G.S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. In J.C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 153–167). New York: Oxford University Press.
- Wampold, B., Imel, Z.E., Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte*. Bern: Hogrefe.
- Willi, J. (2005). *Ökologische Psychotherapie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Willi, J. (2007). *Die Kunst gemeinsamen Wachsens. Ko-Evolution in Partnerschaft, Familie und Kultur*. Freiburg i. Br.: Herder.